

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

ЛЕКЦИЯ №2
ИНТЕГРАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ИНТЕЛЛЕКТА.
КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

ДИРЕКТОР МОУ ППМС ЦЕНТРА «СОЗВЕЗДИЕ» СЮРИН СЕРГЕЙ
НИКОЛАЕВИЧ
surin2002@mail.ru

pptcloud.ru

СТРУКТУРА ЛЕКЦИИ

1. Интеллект и его интегральная структура.
2. Структурно-функциональные блоки мозга.
3. Речь как интегральный компонент интеллекта. Классификация нарушений речи.
4. Гнозис как интегральный компонент интеллекта. Классификация нарушений гнозиса.
5. Праксис как интегральный компонент интеллекта. Классификация нарушений праксиса.
6. Память как интегральный компонент интеллекта. Классификация нарушений памяти.
7. Мышление как интегральный компонент интеллекта. Классификация нарушений речи мышления.

Интеллект (от латинского *intellectus* — понимание, познание, постижение, разумение) в широком смысле — это совокупность всех познавательных функций индивида: от ощущений и восприятия до мышления и воображения; в более узком смысле — мышление.

Интеллект — основная форма познания человеком действительности. Это определение интеллекта принято в современной отечественной психологии (Психологический словарь, 1983).

Однако многими учеными признается, что понятие «интеллект» не имеет однозначного определения, так как на протяжении XIX и особенно XX столетий были даны разные его трактовки, каждая из которых имеет право на существование.

Рассмотрим некоторые из них:

Интеллект — способность к труду и чувствительность к физическим раздражителям (F. Galton, 1883) — двоюродный брат Ч. Дарвина.

Интеллект — способность к суждению, способность адаптироваться к обстоятельствам (A. Vine, 1904).

Интеллект — результат теста (операционное определение интеллекта) (E.G. Boring, 1923).

Интеллект — проявление наследственности (A. Jensen, 1969).

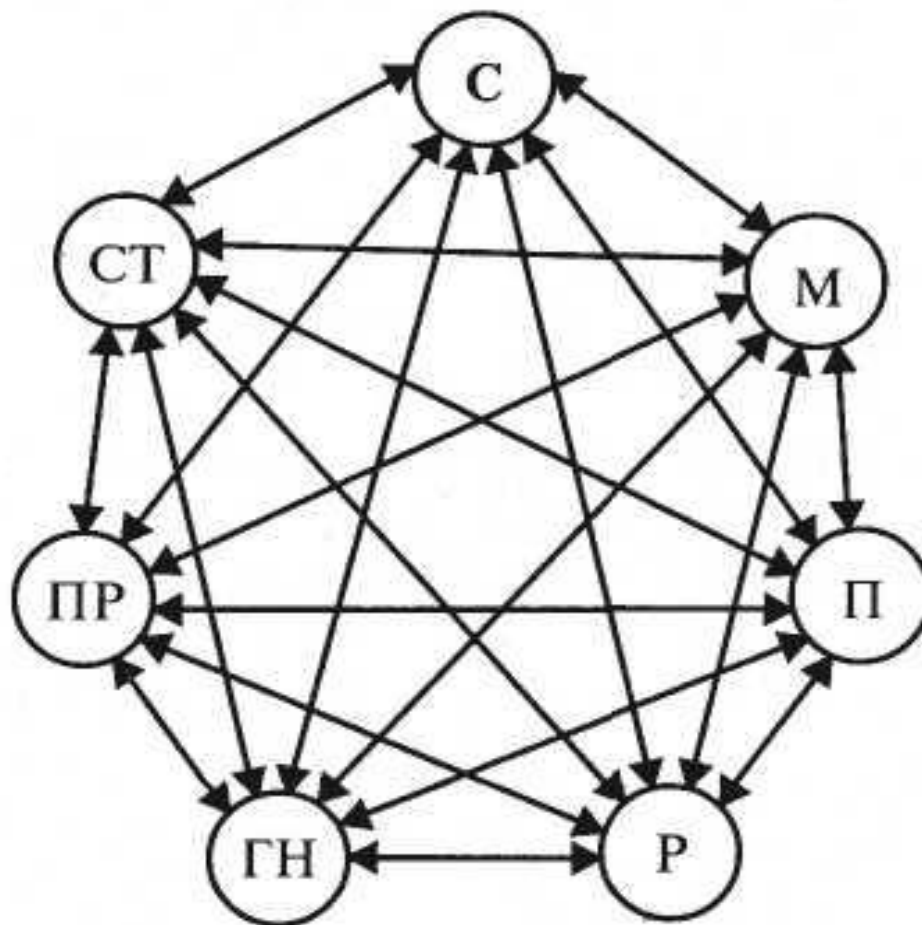
Интеллект — общая врожденная способность к познанию (C. Burt, 1940).

Интеллект - способность адаптации к вновь возникающим жизненным проблемам и ситуациям (R. Robenson, 1950).

Интеллект — способность постигать и аккумулировать опыт при переходе от одной ситуации к другой (G. Ferguson, 1956).

Интеллект — способность человеческой личности действовать в соответствии с поставленными целями, рационально мыслить и эффективно сосуществовать со своим окружением (D. Uexler, 1958, R. Sternberg, 2000).

Интеллект — общий термин, обозначающий высшие формы организации и равновесия в структуре познания, интеллект — это по преимуществу система живых и действующих операций (J. Piaget, 1972).



- С — сознание
- М — мышление
- П — память
- Р — речь
- ГН — гнозис
- ПР — праксис
- СТ — стеническое психодинамическое состояние

Схема 1. Структура интеллекта

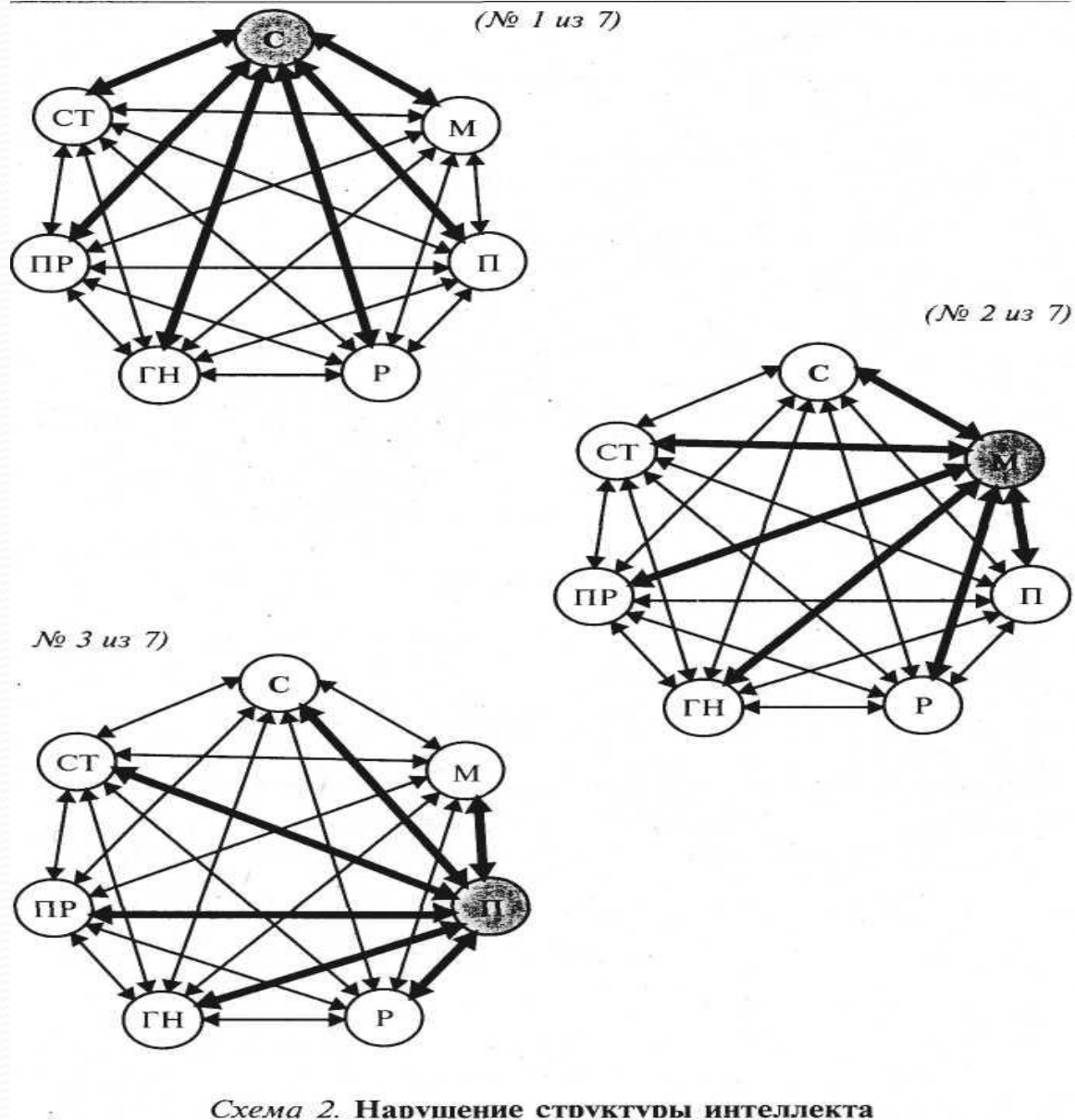


Схема 2. Нарушение структуры интеллекта

А.Р. Лурия выделил три основных структурно-функциональных блока, обеспечивающих интегративную деятельность головного мозга:

А — первый блок регуляции общей и избирательной неспецифической активации мозга, включающий ретикулярные структуры ствола, среднего мозга и диэнцефальных отделов, а также лимбическую систему и медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга:

- 1 — мозолистое тело; 2 — средний мозг; 3 — теменно-затылочная борозда;
- 4 — мозжечок; 5 — ретикулярная формация ствола; 6 — крючок;
- 7 — гипоталамус; 8 — таламус.

Б — второй блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, включающий основные анализаторные системы (зрительную, кожно-кинестетическую, слуховую), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий:

- 1 — теменная область (общечувствительная кора); 2 — затылочная область (зрительная кора); 3 — височная область (слуховая кора); 4 — центральная извилина.

В — третий блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности, включающий моторные, премоторные и префронтальные отделы мозга с их двусторонними связями:

- 1 — префронтальная область; 2 — премоторная область; 3 — моторная область;
- 4 — центральная извилина; 5 — прецентральная извилина.

(По Хомской.)

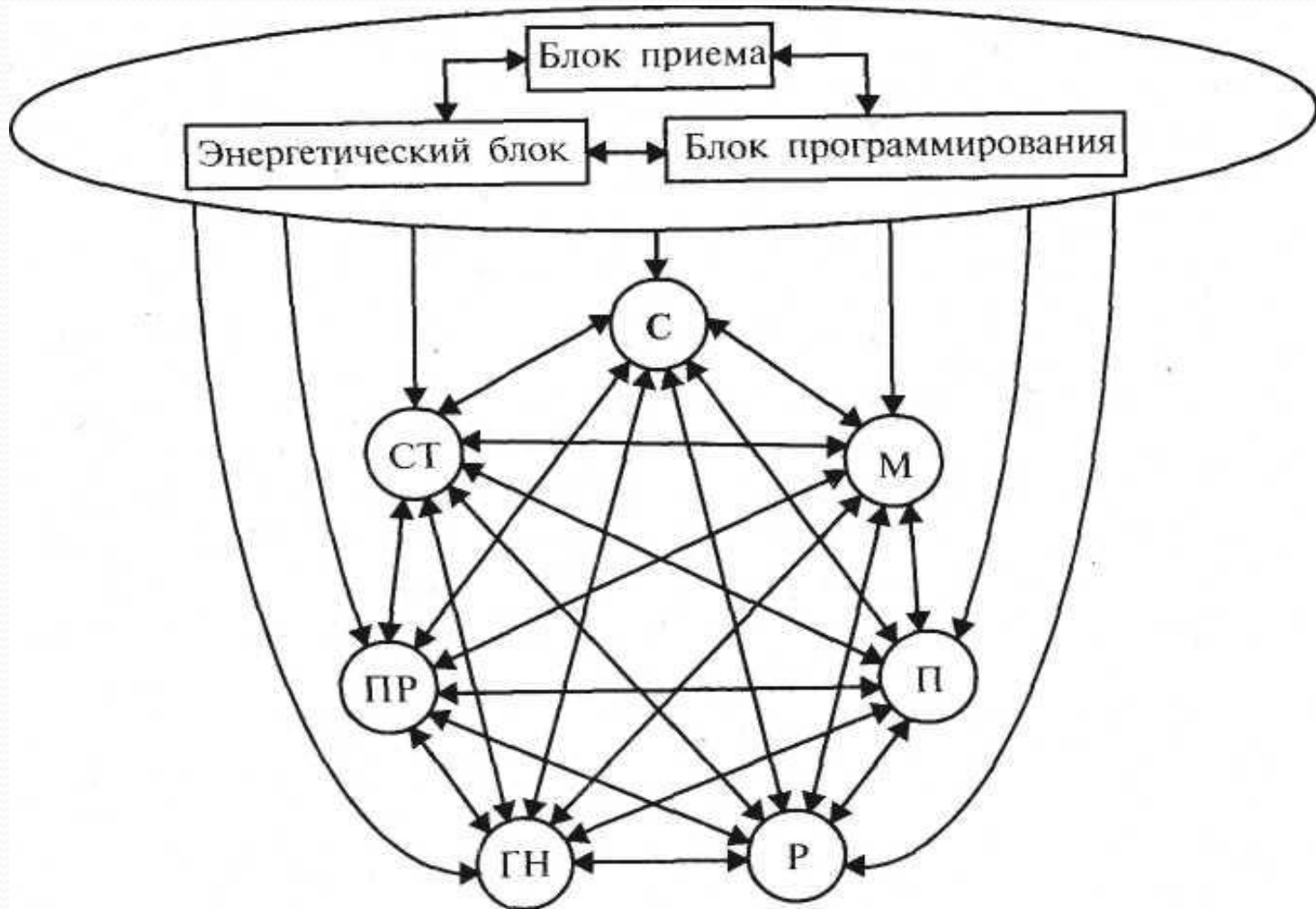


Схема 5. Регуляция интеллектуальной деятельности структурно-функциональными блоками головного мозга

Речь — важнейшая специфическая функция человека, обеспечивающая общение между людьми.

Выделяют два основных вида речи:

- ✓ импрессивную;
- ✓ экспрессивную.

1. Речевые нарушения, связанные с органическим поражением центральной нервной системы:

Афазия Алалия Дизартрии

2. Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями центральной нервной системы:

Мутизм (немота) Сурдомутизм (глухонемота) Заикание

3. Речевые нарушения, связанные с дефектами строения артикуляционного аппарата:

Механические дислалии Ринопалия

4. Задержки речевого развития различного генеза, в частности при: недоношенности;

Соматической ослабленности, педагогической запущенности

5. Патопсихолингвистические речевые нарушения.

Афазия

Афазии: исходя из основных видов речи, выделяются два вида афазий:
сенсорная (рецептивная, импрессивная) — непонимание речи как окружающих лиц, так и своей;
моторная (экспрессивная) — нарушение воспроизведения активной устной речи.

Сенсорная акустико-гностическая афазия (афазия Вернике), или «словесная глухота» характеризуется нарушением восприятия речи вследствие слуховой (акустической) агнозии. При этом при отсутствии глухоты больной не различает на слух сходные по звучанию слова, фонемы в результате чего искажается понимание смысла отдельных слов и предложений. Больной воспринимает обращенную к нему речь как шум, либо как непонятную иностранную речь. При этом развиваются различные элементы вторичного расстройства экспрессивной речи (логорея, «словесная крошка», парафазия, персеверация).

Логорея — многословие, речевое недержание, повышенная речевая активность.

«Словесная крошка» — поток бессмысленных, нечленораздельных звуко сочетаний.

Парафазия — искажение, неточное употребление слов, букв, звуков.

Персеверация — ответ одним и тем же словом на различные по смыслу вопросы.

Акустико-мнестическая афазия характеризуется нарушением памяти. Больной забывает названия предметов, имен. При акустико-мнестической афазии грамматическая структура фраз остается правильной, однако трудности речи связаны с подбором нужных слов.

Вербальные парафазии — затруднения при назывании предметов. Причем подсказка первых слогов обычно не помогает.

Семантическая афазия

Основными ее признаками являются затруднения в понимании сложных логико-грамматических конструкций, особенно таких, которые выражают пространственные отношения. При этом больные затрудняются в понимании и выполнении инструкций типа: «нарисуй точку над кружком» или «нарисуй кружок над точкой». Для них недоступен смысл сравнительных конструкций (например, волосы у Тани светлее, чем у Лены, но темнее чем у Оли. У кого самые светлые волосы?).

Моторная афазия (афазия Брока, речевая апраксия) — характеризуется нарушением всех компонентов экспрессивной речи. При этом больной понимает речь, но не может говорить. Он произносит только сохранившиеся в памяти единичные слова или слоги, повторяя их (речевой эмбол) и сопровождая выразительной мимикой и жестами.

Динамическая афазия. Этот вид афазии характеризуется нарушением, распадом внутренней речи. При этом больные ограничиваются односложными ответами, часто повторяя слова вопроса. Устный рассказ или сочинение на заданную тему им недоступны.

Моторная афазия афферентного типа характеризуется утратой всех видов устной речи — спонтанной, автоматизированной, повторения предлагаемых слов, называния показываемых предметов. Особенно грубо нарушается артикуляция звуков. Страдают также чтение и письмо. Нередко такая афазия сочетается с оральной апраксией (расстройство сложных движений губ и языка).

Моторная афазия эфферентного типа

Артикуляция отдельных звуков сохранена, затруднено произношение серии звуков или фразы. Продуктивная речь заменяется постоянным повторением отдельных звуков (литеральная персеверация) или слов (вербальная персеверация), а в тяжелых случаях представлена речевым эмболом. Другой отличительной чертой речи является «телеграфный стиль»: больной составляет фразы в основном из существительных, глаголы в них почти отсутствуют. Сохранены автоматизированная речь, чтение стихов, пение.

Алалия — системное недоразвитие речи, возникающее в результате поражения корковых речевых зон в возрасте до 2—3 лет (в доречевом периоде), т.е. когда ребенок еще не овладел речью как средством общения. Алалия, как и афазия, подразделяется на **моторную** и **сенсорную**.

Дизартрия — расстройство артикуляции речи, обусловленное параличом мышц речедвигательного аппарата в результате поражения языкоглоточного, блуждающего и подъязычного черепных нервов или их ядер, располагающихся в нижних отделах продолговатого мозга. Речь больных с дизартрией характеризуется невнятностью, нечеткостью, смазанностью, стертостью, ощущением «каши во рту», трудностью при произношении шипящих звуков.

Мутизм (немота) - отсутствие речи при сохранности центров речи и речевого аппарата. Этот вид нарушения речи наблюдается при истерии, психических заболеваниях (шизофрения), реактивном неврозе. Мутизм может возникнуть остро после психической травмы.

Сурдомутизм (глухонемота) — отсутствие речи и слуха при сохранности центров слуха и речи, речевого и слухового аппаратов. Подобная глухонемота носит психологический характер.

Заикание — нарушение ритма и плавности экспрессивной речи с преимущественным поражением коммуникативной ее функции, обусловленное судорожным состоянием речевого аппарата. Речь сопровождается запинками, остановками, повторением отдельных звуков, слогов, слов (за счет судорог речевых мышц). Заикающиеся во время речи вводят в нее добавочные слова, например «ну», «вот», «значит», а также излишние движения (кивки поддерживания). Иногда они подменяют «трудные» слова «легкими». У многих заикающихся наблюдается страх речи, особенно при необходимости быстрых и точных ответов. Речь заикающихся, особенно в ситуации волнения или ожидания, протекает с изменением ритма дыхания, с учащением сердцебиения, с повышением потоотделения, покраснением или побледнением лица. Среди причин заикания типично отставание общего моторного развития, что проявляется более поздним развитием речи и наличием признаков нарушения психической сферы.

«Патопсихолингвистические речевые нарушения встречаются при ряде психических заболеваний, что обусловлено патологией высших мозговых функций и личности. Эти нарушения характеризуются либо потерей инициативы в словесном общении, либо многоречивостью.

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 рифмующих 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. Эхολалия - повторение слов собеседника, или вербигерация - бессмысленное выкрикивание одного и того же слова или высказывания» (П.И. Сидоров, А.В. Парняков. Введение в клиническую психологию. М., 2000). Таким образом, диапазон речевых нарушений, обусловленных поражением мозговых структур, довольно широк, и любое из них, несомненно, приводит к разрыву функциональных связей между процессами речи и мышления, что клинически проявляется в тех или иных нарушениях интеллекта.

Гнозис и его расстройства

знание, познание - узнавание предметов через органы чувств, систему анализаторов (зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой и др.).

Зрительная агнозия — оптическая агнозия — душевная слепота.

Она характеризуется нарушением узнавания предметов, при этом больной видит предмет, но не узнает его. Он может описать внешние свойства предмета (величину, форму, цвет), однако узнать предназначение предмета больной не может.

Предметная агнозия. Характеризуется невозможностью или затруднением узнавания предмета в целом при сохранном опознании его отдельных признаков или частей.

Оптико-пространственная агнозия. При этом виде агнозии больные теряют способность к ориентации в окружающей среде, нарушается лево — правое узнавание, больные не могут определять пространственные признаки объектов: вверху — внизу, больше - меньше, дальше — ближе и т.д. Этот вид агнозии встречается при двустороннем поражении гностического зрительного центра.

Буквенная (символическая) агнозия. Больной не узнает буквы, цифры, в связи с чем распадается навык чтения.

Симультанная агнозия проявляется в невозможности одновременного восприятия образа, предмета, картины или нескольких зрительных объектов в целом. Больной отмечает только один какой-либо элемент, находящийся в данный момент объектом внимания.

Лицевая агнозия — потеря способности распознавания знакомых лиц в реальности либо на фотографиях, рисунках. В тяжелых случаях больной не узнает знакомые, родные лица и даже самого себя в зеркале. Лицевая агнозия возникает при поражении теменно-затылочной области правого полушария (у правшей).

Цветовая агнозия. Она проявляется нарушением распознавания цветов — цветовая слепота и возникает также при поражении правого полушария головного мозга.

Слуховая (акустическая) агнозия

Слуховая (акустическая) агнозия («душевная слепота») характеризуется нарушением способности узнавания мелодии, звуков, речи, интонации. В зависимости от клинической картины слуховые агнозии разделяются на следующие виды.

Речевая акустическая агнозия. При этом виде патологии родная речь воспринимается как набор звуков без всякого смысла, в результате чего нарушается и экспрессивная речь, напоминающая «словесный салат», когда больные произносят непонятные слова в виде звуков. Нарушается также письмо под диктовку и чтение вслух.

Слуховая агнозия (истинная) характеризуется не узнаванием больным привычных шумов, звуков (тикание часов, скрип дверей, журчание воды и т.д.).

Амузия — нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию.

Просодия — нарушение интонационной стороны речи. Больные не различают интонаций в речи других, собственная речь невыразительна, голос лишен модуляций и интонации.

Сенситивная агнозия

Характеризуется нарушением узнавания предметов при помощи тактильных, температурных, болевых рецепторов, а также рецепторов глубокой чувствительности или их сочетаний. Она возникает при поражении теменной области. Среди всех типов сенситивной агнозии наиболее распространенными являются тактильные агнозии.

Виды тактильных агнозий:

Астереогноз, или тактильная предметная агнозия. Стереогноз — узнавание предмета при помощи его ощупывания.

Тактильная алексия (дермоалексия) — невозможность узнавания букв и цифр, которые рисуются на руке больного.

Аутоагнозия — затруднение узнавания частей своего тела, их расположения по отношению друг к другу.

Метаморфопсия — такое состояние, когда больной воспринимает измененными различные предметы и части своего тела (изменение размеров головы, руки, языка, удвоение конечностей).

Полимелия — ощущение ложных конечностей (третьей руки, ноги).

Анозогнозия (синдром Антона—Бабинского) — больной не воспринимает собственный дефект (нарушение чувствительности, паралич руки, ноги).

Праксис (в переводе с греческого — действие) - целенаправленное действие, привычные движения.

Моторная апраксия, или апраксия Дежерина характеризуется невозможностью совершать действия по подражанию или по заданию. Больного просят выполнить какие-то действия, например причесаться, застегнуть пуговицы, одеть ботинки и т.д.

Конструктивная апраксия. При этом виде апраксии у больных нарушается ориентировка в пространстве. Больные дезориентированы в знакомых местах, даже в собственной квартире.

Идеаторная апраксия. Больной не в состоянии совершать действия с реальными предметами (причесывание, употребление пищи, размешивание сахара в стакане и т.д.), хотя по подражанию эти действия выполняются.

Кинестетическая апраксия проявляется невозможностью совершать привычные действия без контроля зрения. При постоянном зрительном контроле целенаправленные движения совершаются.

Пространственная апраксия характеризуется невозможностью придать конечности заданное положение (придать кисти вертикальное положение и т.д.), нарисовать круг, квадрат, попасть точно в указанную цель.

Лобная апраксия. При ней больной не в состоянии выполнять нетипичные запрограммированные действия: например, в ответ на стук по столу больной должен поднять правую руку, а на стук по стакану — левую. Для лобной апраксии характерны также постоянные, множественные повторения движений исследующего, так называемые **эхопраксии**.

Память — один из ведущих компонентов высшей нервной и психической деятельности.

1. Классификация памяти по времени сохранения материала.

Мгновенная (иконическая) память Кратковременная память
Оперативная память Долговременная память
Генетическая память

2. Классификация памяти по выделению преобладающего анализатора в процессах запоминания.

Зрительная память. Слуховая память. Двигательная память.
Эмоциональная память. Осязательная память. Обонятельная память.
Вкусовая память.

3. Классификация памяти по характеру волевых качеств человека.

Непроизвольная память Произвольная память.

Процессы памяти тесно связаны с особенностями личности человека и разделяются на следующие компоненты:

запоминание (фиксация материала, информации);

вспоминание, припоминание (способность воспроизводить то, что зафиксировано в памяти).

Выделяют следующие виды **амнезий**:

Ретроградная амнезия. Наиболее часто наблюдается при травмах черепа и характеризуется потерей памяти на события, связанные с данной травмой.

Антероградная амнезия — выпадение памяти на события, которые имели место по окончании расстройства сознания.

Антероретроградная амнезия - выпадение памяти на события как предшествующие травме или болезни, так и на последующие события, по окончании расстройства сознания.

Гипомнезия — снижение памяти. Особенно часто этот вид расстройства наблюдается и проявляется в низкой успеваемости у детей, что, несомненно, требует детального анализа по выявлению причин гипомнезии.

Гипермнезия - необычно хорошая память. А. Р. Лурия в работе «Маленькая книжка о большой памяти» описал многолетние наблюдения над человеком с феноменальной памятью. Он был репортером одной из газет. Когда по утрам редактор давал задание своим подчиненным, то он никогда ничего не записывал. Этот человек с легкостью воспроизводил более 70 элементов (воспроизводство длинного ряда цифр, слов, бессмысленных сочетаний букв в любом порядке — с начала, с конца, с середины).

Фиксационная амнезия — снижение памяти на ближайшие и текущие события при сохранности ее на отдаленные и на приобретенные в прошлом знания.

Прогрессирующая амнезия — постепенное ослабление памяти на приобретенные знания, сведения, жизненный опыт.

Мышление и его расстройства

Мышление — высшая форма познавательной деятельности и активного отражения объективной реальности в сознании человека сущности, закономерных связей и отношений между вещами и явлениями природы и общества. Она развивается на основе чувственных форм ощущений, восприятия и далеко выходит за их пределы. Ощущения, восприятия, мышление - это звенья единого акта - познания.

Стадии когнитивного развития детей по Ж. Пиаже

- 1. Стадия сенсомоторных операций** -действия с конкретным, чувственно воспринимаемым материалом: предметами, их изображениями, линиями, фигурами разной формы, величины и цвета. Эта стадия продолжается у детей до 2 лет и свободна от пользования языком, отсутствуют представления.
- 2. Стадия дооперационального интеллекта (2-7 лет)** - характеризуется сформированной речью, представлениями, интериоризацией действия в мысль (действие замещается каким-либо знаком: словом, образом, символом). Если раньше ребенок производил различные внешние действия, чтобы достичь цели, то теперь он уже может комбинировать схемы действий в уме и внезапно приходит к правильному решению.
- 3. Стадия конкретных операций (8-11 лет)** характеризуется осознанием обратимости и симметричности отношений за счет преодоления эгоцентризма. Этап конкретных операций связан со способностью к рассуждению, доказательству, соотнесению разных точек зрения. Логические операции тем не менее нуждаются в опоре на наглядность, не могут производиться в гипотетическом плане (поэтому они названы конкретными).
- 4. Стадия формальных операций (12-15 лет)** - подросток освобождается от конкретной привязанности к объектам, данным в поле восприятия, что характеризует завершение формирования логического мышления. Подросток приобретает возможность мыслить так же, как взрослый человек, т.е. мыслить гипотетически, дедуктивно.

Любая мыслительная деятельность совершается при помощи мыслительных операций: **анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстракции, конкретизации и систематизации.**

Анализ - мысленное разъединение предмета, явления на отдельные стороны, признаки, свойства, составляющие в совокупности этот предмет или явление.

Синтез - мысленное соединение отдельных частей, признаков, свойств в целое.

Сравнение - мысленное установление сходства или различия предметов и явлений окружающего мира.

Обобщение - выделение не только общих, но и основных признаков, характеризующих сущность данных объектов и явлений.

Абстрагирование – способность в процессе обобщения предметов и явлений действительности отвлекаться от целого ряда других их признаков, сторон.

Конкретизация - одновременная фиксация признака либо стороны предмета, явления вне учета других сторон, признаков предмета и явления в целом.

Систематизация (классификация) — мысленное распределение предметов или явлений по группам или подгруппам в зависимости от сходства и различий друг с другом.

На основе онтогенетического развития мыслительных операций и их сочетаний выделяются три основных **вида мышления**: **наглядно-действенное** (предметное), **наглядно-образное** и **абстрактно-логическое** (отвлеченное, словесное, теоретическое).

Наглядно-действенное мышление характеризуется опорой на непосредственное восприятие предметов в процессе выполнения действий с ними. При этом мышлении слова выполняют в основном констатирующую функцию.

Наглядно-образное мышление — это мышление, опирающееся на представления. Характерная черта данного вида мышления — широкое оперирование конкретными наглядными образами, возникшими ранее в процессе решения той или иной мыслительной задачи.

Абстрактно-теоретическое мышление — это мышление с опорой на понятия, которые отражают сущность предметов и выражаются в словах. Оно тесно связано с решением теоретических задач и отражает уровень развития логической стороны мышления, т.е. отвлеченное мышление

В практической деятельности ни один человек, естественно, не пользуется каким-то одним видом мышления, в так называемом «чистом виде», а использует все виды, объединение которых образует так называемое **практическое мышление**.

Индивидуальные различия мыслительной деятельности человека проявляются в качествах ума, основными из которых являются *широта, глубина, самостоятельность, критичность, гибкость и быстрота.*

- *Широта ума* проявляется в широком охвате познанием различных вопросов действительности, во всестороннем и творческом подходе к исследуемым вопросам теории и практики.
- *Глубина ума* означает умение проникнуть в сущность явления, события, понять причины их возникновения и предвидеть дальнейший процесс развития.
- Для *самостоятельности* мышления характерно умение человека ставить новые задачи и самому находить соответствующие решения и ответы.
- *Критичность ума* означает умение человека оценивать свои и чужие мысли, всесторонне проверять выводы и умозаключения.
- *Гибкость ума* выражается в самостоятельности и свободе мысли во время выбора **приемов**, способов решения новых задач, новых проблем.
- *Быстрота ума* характеризуется умением человека быстро разобраться в сложной обстановке, быстро обдумать и принять правильные решения.

Мышление всегда имеет целенаправленный характер, включающий в себя специальные приемы (**стратегии**) для решения задач, проблем. Стратегии мышления:

- 1) случайный перебор (метод проб и ошибок, поиск решения ведется несистематично);
- 2) рациональный перебор (отсечение более вероятных неверных направлений поиска) — конвергентное мышление;
- 3) систематический перебор (проверка всех возможных вариантов решения) — дивергентное мышление.

При решении мыслительной задачи проходит четыре этапа — подготовки, инкубации, инсайта и проработки.

Подготовка — подбор всей относящейся к проблеме информации.

Инкубация — пауза, необходимая для анализа ситуации.

Инсайт — озарение, когда решение приходит внезапно, как бы само собой, зачастую на уровне подсознания (иногда во сне, при засыпании).

Проработка — детальная проверка решения проблемы, задачи.

Имеется множество классификаций различных видов расстройств мышления. Авторы придерживаются классификации Б.В. Зейгарник (1986), которая выделяет три основных **вида патологии мышления**:

1. Нарушение операциональной стороны мышления.
2. Нарушение динамики мыслительной деятельности.
3. Нарушение личностного компонента мышления.

Нарушение операциональной стороны мышления проявляется в снижении уровня обобщения и искажении процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения характеризуется тем, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. При выполнении задания такие больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают **понятие**.

Так, например, в опыте по методу классификации один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, «потому что они враждуют», другой больной не объединяет лису и жука, потому что «лиса живет в лесу, а жук летает». При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию.

Искажение процесса обобщения характеризуется тем, что больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, понятий, предметов, не учитывая часто их содержание. Так, выполняя задание на классификацию предметов, они руководствуются лишь общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например: ложку, вилку, лопату и стол больной объединяет по принципу «твердости», самолет и дерево — «это небо и земля», тетрадь, диван, книга — «на диване можно заниматься».

Нарушение динамики мыслительной деятельности: лабильность (неустойчивость) и инертность.

□ **Лабильность (неустойчивость)** — чередование адекватных и неадекватных решений. Логические связи часто подменяются случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания «классификация предметов» нарушалось тем, что больные объединяли предметы в одну группу лишь потому, что карточки с их изображением оказались рядом.

□ **Инертность мышления** (расстройство мышления) отмечается тогда, когда больные не в состоянии изменить ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Нарушение личностного компонента мышления. К нему относятся: разноплановость мышления, нарушение критичности и нарушение саморегуляции.

Разноплановость мышления заключается в том, что суждения больных о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях. Например, при выполнении задания «исключение предметов» — барабан, фуражка, зонтик - больной высказался следующим образом: «Зонтик не нужен, сейчас носят плащи. Зонтик — это устаревший атрибут, я — за модернизм».

Нарушение критичности - один из основных «лобных синдромов», когда у больных полностью отсутствует критика к своему состоянию.

Нарушение саморегуляции - нарушение самоанализа, направленное к смене позиций, отчуждению и объективизации своих действий.

В каждом виде патологии мышления отмечается еще множество клинических приложений.

В каждом виде патологии мышления отмечается еще множество клинических приложений. Рассмотрим основные из них:

Ускорение мышления. Этот вид расстройства характеризуется быстрой сменой мыслительных операций. Мысли так быстро сменяют друг друга, что со стороны это воспринимается как словесный поток. Больные не останавливаются на отдельных идеях, их суждения поспешны, непродуманны, односторонни.

Замедленное мышление характеризуется уменьшением количества идей и сопровождается субъективным чувством затруднения мышления, смущением своей интеллектуальной несостоятельностью. Мысли текут медленно, сами больные говорят, что у них «мало мыслей», что им «трудно думать и доводить свои рассуждения до конца». У некоторых больных возникают мысли о самоубийстве.

Аутистическое мышление (аутизм) — у больных с таким видом нарушения теряется способность различать границы между субъективным миром и реальностью. Это — погружение в мир внутренних переживаний, при котором логическое суждение отодвигается на второй план и теряется желание контактировать с внешним миром. Например, больной аутизмом, беседует с человеком так, будто тот в курсе его переживаний, проблем, знает о ком и о чем идет речь. В определенных жизненных ситуациях у некоторых здоровых людей может ослабевать логическое мышление и его место занимает аутистическое. Это бывает под влиянием многих факторов (стресс, аффект, наркотическое опьянение и др.), когда эмоционально-чувственная сфера берет верх над познавательной деятельностью человека, его рассудком.

Паралогическое мышление характеризуется «кривой», «изогнутой» логикой при хорошей памяти, способностью к счету, рассудительностью. Подчас бывает трудно найти границу между нормой и патологией. Во многих случаях отмечается патологическая склонность к паралогизмам, которые вполне искренне отстаиваются, утверждаются, хотя доказаны быть не могут. Иногда высказывания больных могут представляться правильными и даже оригинальными, но при их анализе нетрудно убедиться в том, что речь идет об аномалиях мышления, логических изгибах и ошибочных доказательствах. Больные с паралогическим мышлением, как правило, эмоционально и чувственно пытаются доказывать и защищать отчетливо неподкрепленные суждения и факты. Для таких больных характерны высказывания, не подходящие по смыслу и содержанию, отсутствие рассудительности, критики в отношении логических ошибок.

Приведем некоторые примеры паралогического мышления. Больной, страдающий психическим заболеванием (шизофренией), считает, что ему изменяет жена, так как любовник носит красный галстук, а его жене нравится красный цвет. Другой пример — больной по имени Лева заявляет, что он царь, так как все знают, что Лев — царь зверей. Некоторые больные идентифицируют реальные предметы с какими-либо нереальными образами, сюжетами. Так, одному больному был подан поджаренный хлеб. Для него это означало, что его подозревают в покушении на поджог, так как горелая корка хлеба идентифицировалась у него с огнем и пожаром.

Таким образом, при паралогическом мышлении фактически реально доказанные факты игнорируются и заменяются совершенно абсурдными для здравого рассудка соображениями, суждениями.

Бессвязность мышления (спутанность). Больные с таким видом мышления совершенно не осмысливают происходящее вокруг них, они не ориентируются во времени и месте. Лицо их, как правило, выражает недоумение, растерянность, речь бессвязна, состоит из отдельных отрывков воспоминаний прошлого, между которыми невозможно установление каких-либо связей.

Наплыв мыслей (мантизм) - навязчивый, бурный, автоматический поток бессвязных мыслей, непрерывно возникающий и не зависящий от желания больного.

Задержка мышления (шперрунг) — внезапная остановка течения мыслей, которая выявляется при беседе с больным (больной внезапно замолкает). Продолжительность шперрунга — от нескольких секунд до нескольких дней.

Вязкость мышления. неумение больного отделить главное от второстепенного, тугоподвижностью, «топтанием» на месте, невозможностью переключиться на что-либо иное. В речь больных включаются слова-паразиты, заполняющие паузы («понимаете», «так сказать», «значит» и т.п.). Характерны паузы, «растяжка» слов, повторение, уменьшительные и ласкательные слова. Вязкость мышления — один из основных симптомов эпилептического слабоумия. У таких больных наблюдается склонность к чрезмерной детализации, обстоятельности, педантизму и эгоцентрическим тенденциям. Ответы таких больных однообразны и стереотипны («хороший» или «плохой», «да» или «нет», «знаю» или «не знаю»). Излагая свои мысли, больные не обращают внимания на вопросы, которыми перебивают их речь, на окружающие события, а продолжают свой рассказ красочно, с элементами фантазии. Вязкость мышления сочетается с вязкостью поведения, которая видна в надоедливости, прилипчивости, непредсказуемости поступков.

Разорванность мышления — это прерывистость логической связи отдельных понятий, при которой мысли текут вразброд понятий. Выражается в разорванности речи, которая лишена содержания и состоит из беспорядочного набора слов («словесная крошка»). У многих появляется симптом «соскальзывания мысли», проявляющийся в переходах от одного представления к другому вне естественных логических связей.

Резонерство — это мышление типа пустого «рассуждательства». Оно четко проявляется там, где выполнение задания требует словесных определений, формулировок, сравнений, понятий. Речь таких больных характеризуется множеством словесных ссылок, банальных выражений, утвердительного тона на фоне повышенной самооценки и неадекватных притязаний. Резонерство легко обнаруживается, если предложить больному раскрыть смысл пословицы, произвести сравнение, передать содержание показываемой картинки.

Навязчивые идеи — это мысли, постоянно и независимо от сознания человека, вторгающиеся в психику больного и тяжело им переживаемые. Больной при этом понимает нелепость навязчивых идей, но бороться с ними в большинстве случаев не может, хотя и пытается от них освободиться. Навязчивые идеи проявляются в виде **навязчивых сомнений, мудрствований, мелодий, навязчивого счета** и т.д.

Навязчивые сомнения проявляются в том, что больной постоянно сомневается в своих действиях, например, выключил ли он свет, закрыл ли кран, положил ли в портфель нужную тетрадь и т.д.

Навязчивое мудрствование характеризуется постоянно возникающими бессмысленными сомнениями. Например, кого больше в вагоне — мужчин или женщин, какое количество людей проживает в высотном доме и т.д.

Навязчивый счет (аритмомания) — навязчивее пересчитывание попавших в поле зрения предметов, произведение арифметических действий и т.д.

В отличие от бредовых, при навязчивых идеях больные сохраняют критичность по отношению к своим мыслям.

Навязчивые контрастные мысли характерны своим несоответствием той или иной обстановке. Например, у больного внезапно появляется мысль выразиться в театре, на торжестве, банкете и т.п.

Навязчивые страхи, фобии. Фобии и страхи могут быть самыми разными. Например: страх смерти — танатофобия, страх покраснеть — эрейтофобия, страх загрязнения при прикосновении — миаофобия, страх замкнутого пространства - клаустрофобия, боязнь заболеть раком - канцерофобия, болезнью сердца - кардиофобия, сифилисом - сифилофобия и т.д. Навязчивые страхи приводят к тяжелым невропатическим и ипохондрическим расстройствам.

Навязчивые действия, как правило, являются следствием фобий, когда у больных появляется желание что-то сделать, совершить какое-то действие. Например, чтобы не произошло несчастья, больной определенное количество раз ударяется головой о стену. Сам больной понимает нелепость своих действий, но противостоять им не может.

Бредовые идеи - неправильные рассуждения и выводы, искажающие объективную, реальную действительность. Эти идеи отличаются стойкостью, непоколебимостью, убежденностью, уверенностью в правильности высказываний и совершенно не поддаются коррекции. Попытки разубедить больного, доказать ему абсурдность его идей, как правило, приводят лишь к усилению бреда. По своей разновидности бредовые идеи в свою очередь могут подразделяться на бред величия, богатства, изобретательства, эротичности, ревности, преследования, воздействия и др.

Приведем некоторые примеры различных видов бредовых идей:

при **бреду величия** больные считают себя великими людьми, обладающими незаурядным умом и силой;

при **бреду изобретательства** больные говорят об изобретении ими различных машин, приборов, аппаратов;

эротический бред характеризуется настоящим преследованием лиц, к которым больной испытывает влечение;

при **бреду воздействия** больные убеждены в том, что они подвергаются какому-то воздействию (им подсыпают яд в пищу, напускают смертоносный газ в их квартиру и т. д.);

бред ревности характеризуется утверждениями больных о супружеской неверности партнера по браку с высказыванием доказательств измены (больной следит за женой, роется в ее сумочке, проверяет ее записную книжку, прислушивается к телефонным разговорам и т.д.).

Все вышеперечисленные нарушения мышления могут возникать при различных неврологических, наследственных психических заболеваниях (травмы черепа, энцефалиты, шизофрения, эпилепсия, алкоголизм и др.), а расстройства мышления, даже незначительные, приводят к снижению уровня интеллекта и к слабоумию, кроме того, в результате поражения нервной системы на ранних этапах онтогенеза наступает отставание в умственном развитии.

Сознание и его расстройства

Сознание — высшая форма отражения действительности, характеризующаяся функционированием психических процессов, позволяющих человеку ориентироваться в окружающем мире, времени, месте, собственной личности и поведении. Оно является свойством высокоорганизованной материи, продуктом ее развития. Сознание воплощено в мозговой нейродинамике, высших мозговых функциях и деятельности человека.

Психологическими свойствами, характеризующими сознание, являются:

- **Активность**, когда действия человека обусловлены не столько внешней ситуацией, сколько внутренними целями;
- **интенциональность** — это направленность на конкретный объект или явление;
- **рефлексия** или **самонаблюдение**, т.е. осознание самого себя;
- **уровень активности сознания** (сверхбодрствование, бодрствование, ясность суждения, спутанность и оглушение).
- ❖ **Сверхбодрствование** — чувство подъема, вдохновения, прозрения, озарения с глубоким погружением в мир самого себя.
- ❖ **Бодрствование** — состояние, в котором все явления действительности носят адекватный характер.
- ❖ **Ясность** — состояние формального осознания действительности, без цельного ее отражения.
- ❖ **Сужение сознания** — частичное осознание действительности, одностороннее ее отражение.

Разные степени сужения сознания наблюдаются в состоянии аффекта. Спутанность сознания — искажение структуры внешнего и внутреннего мира. Реальный мир, как правило, заслоняется мнимыми, галлюцинаторными образами.

Оглушение сознания — блокада психической активности, вплоть до полного ее выключения (кома).

Расстройства сознания многообразны и разделяются по **характеру и их глубине**. В свою очередь они условно подразделяются на две группы синдромов:

1. Синдромы выключения сознания:

кома; сопор; оглушенность;

2. Синдромы (психопатологические) помрачения сознания:

аментивный; делириозный; онейроидный;
сумеречное помрачение сознания; ауры сознания;
замыкания в себя; синдром акинетического мутизма.

Кома — самое глубокое выключение сознания, характеризующееся глубоким сном с угасанием всех рефлексов (условных и безусловных), кроме акта дыхания и сердечной деятельности.

Кома является самым опасным осложнением различных заболеваний, которые условно можно разделить на следующие группы:

1. Болезни и травмы центральной нервной системы (инсульты, эпилепсия, опухоли головного мозга и его оболочек, черепно-мозговые травмы и др.).
2. Эндокринные заболевания (сахарный диабет, патология надпочечников, тиреотоксикоз и др.).
3. Патология организма, связанная с потерей воды, энергетических веществ, электролитов (голодание, упорная рвота и др.).
4. Различные эндогенные и экзогенные токсикоинфекции (недостаточность печени, почек, алкоголизм, наркомания, отравления различными веществами).
5. Болезни, обусловленные нарушением газообмена (воспаление легких, дыхательная недостаточность, удушье, анемия, тяжелые острые расстройства кровообращения и др.).

Сопор (бесчувственность, беспамятность, непробудный патологический сон) характеризуется утратой сознания, при которой больные не реагируют на обращенную к ним речь при сохранности безусловных рефлексов (реакция зрачков на свет, кожные, сухожильные рефлексы и др.). При нанесении болевых раздражений иголкой или булавкой на различные участки кожи больной реагирует отдергиванием конечности либо гримасой лица.

Оглушенность. Основными симптомами являются затруднение восприятия внешних воздействий, замедленность мышления с ослаблением анализа и синтеза, резкое снижение волевой активности с ослаблением фиксации текущих событий с последующей амнезией. Больные заторможены, вялы, дезориентированы. Лицо их амимично. Вербальный контакт с ними устанавливается с большим трудом и то лишь при повторных громких обращениях к ним.

Аментивный синдром (безумие) характеризуется помрачением сознания с преобладанием растерянности, бессвязности мышления, речи и актов движения. Клиническая картина аментивного синдрома проявляется бессвязностью мышления и речи, растерянностью, повышенной отвлекаемостью внимания, дезориентировкой в месте, во времени, иногда в собственной личности, замедленностью восприятия. Причиной возникновения аментивного синдрома являются такие заболевания, как тиф, сепсис, рожа, общее истощение организма, старческая деменция, различные виды психозов, алкоголизм, наркомания.

Делириозный синдром (лихорадочный бред, белая горячка). В клинике заболевания отмечается постепенное нарастание самых различных симптомов, что позволило выделить несколько его стадий:

- ✓ В начальной стадии делириозного синдрома больные разговорчивы, многословны с непоследовательными высказываниями, вплоть до бессвязности речи. У них возникают различные наплывы чувств, воспоминаний на фоне повышенной психомоторной возбудимости. Выявляется резкая смена настроений: радость, веселье быстро сменяются подавленностью, плаксивостью;
- ✓ Во второй стадии к вышеописанным симптомам присоединяются нарушение сна, кошмарные сновидения, дезориентировка во времени и месте;
- ✓ Третья стадия болезни характеризуется, помимо вышеописанных симптомов, истинными зрительными галлюцинациями в виде устрашающих чудовищ, зверей.

Онейроидный синдром (сновидное фантастически бредовое помрачение сознания, синдром сноподобной оглушенности) — особая форма помрачения сознания с произвольно возникающими бредовыми представлениями, переживаниями, грезами. Перед больным возникают картины в виде сновидений, следующие одна за другой. Окружающая обстановка воспринимается как сцены из сказок, басен, фантастической литературы, фильмов, а люди, находящиеся рядом, превращаются в персонажи этих сцен. Онейроидный синдром часто сопровождается расстройством самосознания, т.е. расстройством сознания своего «я», депрессией, отключенностью от реальной действительности.

Сумеречное помрачение сознания — потеря ясности сознания с оторванностью от окружающего мира с искаженным восприятием. Заболевание развивается внезапно, когда у больного полностью прерывается восприятие окружающего мира, замедляются движения, затухает речь. Иногда это состояние сопровождается непроизвольным блужданием (фуга, транс, сомнамбулизм). Состояние, когда блуждание длится несколько минут, называется фугой, более длительное время — трансом, а во время сна — сомнамбулизмом, лунатизм. Синдром сумеречного помрачения сознания, как правило, возникает при эпилепсии, черепно-мозговых травмах, алкогольном опьянении, хроническом алкоголизме, токсикомании и наркомании.

Ауры сознания (дуновение, ощущение легкого ветерка, симптом-сигнал) — предвестники эпилептического припадка, непосредственно предшествующие его возникновению. Выделяют несколько видов — ауры: двигательные, сенсорные, вегетативные, вазомоторные, секреторные и психические. Ауры сознания относятся к разновидностям психических аур. Они проявляются различными кратковременными иллюзиями или галлюцинациями с последующим развитием эпилептического припадка.

Замыкание в себе — синдром, характеризующийся обездвиженностью больного за исключением моргания и вертикального движения глазными яблоками. Сложная психическая функция у таких больных сохранена. Такое состояние развивается при поражениях ствола головного мозга (инсульты, опухоли и др.).

Синдром акинетического мутизма (глубокий паркинсонический синдром) наблюдается при поражении подкорковых образований мозга и характеризуется общей скованностью больного, маскообразным лицом, резкой заторможенностью (двигательной и психической) при относительной сохранности функции коры большого мозга.

Помимо непосредственно расстройств сознания в клинической практике встречаются **саморасстройства сознания**, выражающиеся в раздвоенности личности и сознании внутреннего антагонистического двойника, а в дальнейшем в чувстве овладения внешними силами. У таких больных отсутствует критическое отношение к заболеванию, прогрессирует опустошение сферы личного «Я», развивается соматопсихическая деперсонализация. Наблюдаются несколько видов нарушения самосознания.

- **Психическая анестезия** — ослабление и утрата актов самовосприятия, характеризующиеся вытеснением из сознания различных сторон образа собственного «Я».
- **Телесная анестезия** - выпадение актов восприятия собственного тела или отдельных его частей: «Не чувствую правую ногу... Тела нет, остались только глаза... Просыпаюсь с ощущением, что нет пальцев... и т.д.».
- **Утрата сознания активности мышления:** «Голова пустая, мыслей нет... Говорю, но не думаю, только слышу, что сказал... Скажу, а потом только доходит, что сказал...».
- **Утрата сознания собственной активности:** «Чувствую себя роботом, автоматом... Если я ем, то это делает мое тело, а не «Я».
- **Дереализация** — утрата сознания реальности окружающего и самого себя: «Окружающее мне только снится, я не есть на самом деле... Не пойму, «Я» есть или мне только снится».
- **Утрата сознания витальности** — потеря ощущения жизненности: «Не могу понять, живой я или уже мертвый... Я воскрес из мертвых... Я уже умер, но продолжаю говорить».
- **Утрата эмоционального резонанса** — выпадение из сознания актов восприятия эмоционального отклика, сопровождающего взаимодействие с внешним миром. В результате этого возникает чувство разобщения с окружающими: «Жизнь идет мимо меня, я стою на обочине жизни... Меня нет в этом мире, я в другом месте...»

Стеническое психодинамическое состояние и его расстройства

Стеническое состояние - это состояние психически нормального человека с уравновешенными основными нейрофизиологическими процессами — возбуждение и торможение. Нарушение стенического состояния характеризуется быстрой истощаемостью нервных элементов и раздражительного процесса, ослаблением функции вегетативных центров. Истощение нервных элементов является результатом чрезмерного расхода энергии, недостаточного питания, нарушения внутриклеточного обмена, интоксикации или токсикоза.

Астенический синдром (бессилие, слабость) - состояние, при котором главными симптомами являются повышенная утомляемость и истощаемость, снижение физической и умственной работоспособности. У больных отмечаются общая слабость, повышенная раздражительность, ухудшение сна (диссомния) в виде повышенной сонливости либо бессонницы, плаксивость, снижение аппетита, неустойчивое настроение, неуверенность в себе.

Истерический синдром характеризуется повышенной неустойчивостью эмоциональной сферы, при которой поведение больных носит демонстративный характер и определяется эмоциями и чувствами, но ни в коем роде — разумом. Заболевание чаще появляется в молодом возрасте и преимущественно у женщин. Такие больные постоянно хотят находиться в центре внимания, поэтому у них появляется стремление к позерству, фантазированию, театральности. Истерический синдром может проявляться в виде истерических припадков, параличей, гиперкинезов, нарушений походки, заикания, мутизма. Истерический припадок, как правило, вызывается самими больными демонстративно в присутствии близких им людей с целью вызвать у них сочувствие и желание сделать так, как хочет больной.