**Лекции 15-16**

**Патопсихологический анализ нарушений внимания, памяти, умственной работоспособности.**

**План.**

1. **Расстройства памяти.**
2. **Нарушение внимания.**
3. **Нарушения умственной работоспособности.**

# **Расстройства памяти.**

**Память** – это запечатление, сохранение, последующее узнавание и воспроизведение следов прошлого опыта.

Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим, и является важнейшей познавательной функцией, лежащей в основе развития и обучения.

*Память лежит в основе любого психического явления. Без ее включения в акт познания ощущение и восприятие будут переживаться как впервые появившиеся, ориентировка в мире и его познание станут невозможными. Личность, ее отношения, навыки, привычки, надежды, желания и притязания существуют благодаря памяти. Распад следов памяти равноценен распаду следов личности: человек превращается в живой автомат, способный лишь реагировать на стимулы, действующие в данный момент.*

Память включает не только процессы сохранения индивидуального опыта, но и механизмы передачи наследственной информации.

Свойства памяти – это скорость запоминания, объем запоминания, скорость забывания, длительность сохранения информации в памяти, точность процессов памяти.

На качество памяти влияет множество факторов: индивидуальные особенности мозга и психики человека, психофизическое состояние человека, его способность к концентрации внимания, установка, важность информации, повторение и применение дополнительных мнемотехнических приемов.

**Расстройства процесса памяти:**

***Амнезия – это выпадение из памяти событий определенного отрезка времени, возникшее вследствие невозможности запечатлевать, кодировать и идентифицировать информацию, а также невозможности перевести следы события в долговременную память.***

**Классификация амнезий:**

**По отношению к периоду времени:**

*- ретроградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях, предшествовавших острому периоду болезни;*

*- антероградная амнезия – утрата воспоминаний о текущих событиях, происходивших в период, следующий за острым этапом болезни, при этом кратковременная память обычно сохраняется пример из методички;*

*- конградная амнезия – полное или частичное выпадение воспоминаний о событиях острого этапа болезни (как правило проявляется нарушением сознания);*

*- ретроантероградная амнезия (тотальная) – выпадение из памяти событий, во время и после острого периода болезни.*

**По преимущественному нарушению функции памяти:**

*- фиксационная амнезия – резкое ослабление или отсутствие способности запоминать текущие события, вследствие чего возникает анамнестическая дезориентировка, при этом память на прошлые события и профессиональные навыки сохранена пример из методички.*

*- анэкфория – неспособность к произвольному воспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, извлечь которые из памяти можно только после подсказки.*

**По динамике:**

*- прогрессирующая амнезия – распад памяти в соответствии с правилом Рибо («сдвиг ситуации в прошлое») пример из методички;*

*- Ретардированная амнезия (отставленная или запаздывающая) – события выпадают не сразу, а спустя некоторое время после болезненного состояния;*

*- стационарная амнезия – стойкий дефект памяти, фактически не имеющий динамики;*

*- регрессирующая амнезия – амнезия с постепенным восстановлением памяти, которое никогда не бывает полным.*

**По механизму амнезии:**

*- аффектогенная (кататимная) амнезия – пробелы в памяти возникают под влиянием выраженного эмоционального напряжения, вызванного конкретной ситуацией (при эмоционально-шоковых реакциях);*

*- истерическая амнезия возникает психогенно по механизму вытеснения (из памяти выпадают лишь отдельные неприятные события и впечатления, неприемлемые для личности).*

Также выделяют частичную (перфорационную) или парциальную амнезию, при которой информация о каком-то отрезке времени фиксируется лишь частично, часть эпизодов не запоминается (на фоне интоксикации, также при тяжелом алкогольном опьянении).

***Гипомнезия – ослабление памяти, проявляется в нарушении хранения и воспроизведения полученного опыта, более заметно ухудшение механической, чем словесно-логической памяти, быстрее забывается недавняя и недостаточно закрепленная информация.*** Возникает при органических поражениях мозга или при психическом недоразвитии. Типична гипомнезия для многих лиц пожилого, особенно старческого возраста (связана со старением и атеросклерозом сосудов головного мозга). Гипомнезия может наблюдаться у депрессивных больных.

**Гипермнезия – усиление памяти, проявляется врожденным усилением возможности запоминания.** Встречается редко и существенного значения в клинике не имеет. Это свойство памяти не зависит от интеллекта и часто сочетается при умственной отсталости. Проявления гипремнезии могут возникать на фоне болезненно повышенного настроения, когда продуктивность запоминания и воспроизведения резко увеличивается.

**Парамнезия – это качественное расстройство памяти (обманы памяти), при них наблюдается нарушение репродукции, но может быть нарушено и запоминание.** Обманы памяти встречаются и у нормального человека, когда эмоциональное влияние и личностные интересы нарушает процесс восприятия и воспроизведения *пример из методички*. **Выделяют 4 вида парамнезий:**

- *конфабуляции – замещение провалов в памяти вымыслами фантастического характера, в которых больной абсолютно уверен, причина – врожденный церебросклероз пример из методички.*

*- псевдореминисценции – это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени (старческое слабоумие);*

*- криптомнезии (присвоенные воспоминания) – провалы в памяти, заполненные информацией, источник которой больной забывает, также это отчужденное воспоминание – события, произошедшие с больным, он воспринимает как не реальные, а прочитанные в книге, увиденные в кино или театре, услышанные по радио. Может быть и наоборот, события, увиденные в кино, воспринимаются как реальные пример из методички.*

*- эхомнезии – это особый вид обмана памяти, при котором события, происходящие в настоящем времени, кажутся уже произошедшими ранее.*

Расстройства памяти характерны в основном для органической патологии головного мозга (последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации, опухоли). К структурам мозга, задействованным в механизмах памяти, относятся: гиппокамп, миндалина, таламус, мозжечок, кора больших полушарий. Известно, что повреждение гиппокампа ухудшает долговременную память, лобных долей – смысловую, доминантного полушария (чаще левого) – вербальную.

***Кроме отдельных нарушений памяти в структуре расстройств принято выделять так называемые синдромы.***

**Амнестический синдром Корсакова включает:**

*- фиксационную амнезию (неспособность сохранить в памяти события более нескольких секунд или минут);*

*- нарушение ориентировки во времени;*

*- относительную сохранность памяти на прошлые события;*

*- псевдоременсценцию;*

*- конфабуляцию;*

*- иногда криптомнезия.*

Данный синдром встречается при алкогольных и других интоксикациях, а также при органических психозах. Симптомы этого синдрома в подавляющем большинстве необратимы *(пример из методички)*.

**Психорганический энцефалопатический синдром включает:**

*- эмоциональную лабильность;*

*- расстройства памяти;*

*- снижение интеллекта.*

Больные беспомощны, с трудом ориентируются в обстановке и особенно во времени, плохо приспосабливаются к новым условиям жизни, снижены волевые процессы и работоспособность. Эмоциональная лабильность проявляется в легком переходе от слез к благополучию и наоборот. Причина менингоэнцефалиты, сосудистая патология, опухоли и травмы головного мозга, тяжелые соматические заболевания.

**Синдром инфантильного расстройства памяти – больной при этом расстройстве достаточно хорошо все помнит, но самостоятельно воспроизвести полученную информацию не может.** Страдает только воспроизведение, данный синдром наблюдается только у детей. Они знают о своем недуге, стараются записывать то, что хотят запомнить, нуждаются в поддержке собеседника, в наводящих вопросах.

# **Нарушения внимания.**

**Внимание** – это направленность и сосредоточенность психической деятельности на чем-либо определенном. От состояния внимания зависит деятельность человека, его ориентировка, адаптация в окружающей среде.

Направленность внимания носит избирательный характер, то есть из окружающей действительности выделяются только значимые предметы и явления.

К основным характеристикам внимания относят объем, устойчивость, концентрацию, переключаемость, распределение внимания.

**Нарушения внимания – это патологические изменения направленности и избирательности психической деятельности.**

**Отвлекаемость внимания – невозможность сосредоточиться на нужном объекте,** поверхностность и неустойчивость внимания, обусловленная ослаблением активного и преобладанием пассивного внимания (возникает при маниях, слабоумии, детском аутизме).

**Апрозеския** – полная невозможность сосредоточиться, может наступать при некоторых расстройствах сознания, поражениях лобных отделов мозга (умственная отсталость, ранняя шизофрения).

**Прикованность** – неспособность переключить внимание с одного объекта на другой (депрессия, ипохондрия).

**Истощаемость внимания** – снижение способности к длительному сосредоточению на определенном объекте (при астении, минимальной мозговой дисфункции, при грубых органических поражениях ЦНС).

**Сужение объема внимания** – неспособность удерживать в зоне произвольной, целенаправленной психической деятельности большое количество объектов и оперировать ими.

**Тугоподвижность внимания** – неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного объекта на другой, застреваемость на одном из воспринимаемых событий или явлений (эпилепсия).

**Модально неспецифические нарушения внимания** – недостаточность сосредоточения на зрительных, слуховых и любых других объектах.

**Модально специфические нарушения внимания** – расстройства в одной из областей психики (страдает зрение или слух).

КЛИНИКО -ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЫШЛЕНИЯ И ИНТЕЛЛЕКТА.

**I. Нарушения мышления.**

Мышление – это высшая ступень познания действительности, оно представляет собой психологический процесс опосредованного и обобщенного отражения предметов и явлений в их существенных связях и отношениях.

**Операционные компоненты мышления:**

- *анализ – мысленное разделение целого на части и выделение отдельных признаков предметов и явлений;*

*- синтез – объединение отдельных элементов, соединение частей в целое;*

*- абстрагирование – выделение наиболее важных признаков и отвлечение от несущественных признаков и свойств;*

*- сравнение – выявление сходства и различия между предметами и явлениями;*

*- обобщение – объединение объектов по их существенным признакам и свойствам и по причинно-следственным связям;*

*- классификация – разделение и последующее объединение предметов по каким-либо признакам или основаниям;*

*- систематизация – обеспечение разделения и последующего объединения с образованием групп и классов объектов и явлений.*

**Виды мышления:**

1. Предметно-действенное мышление – рано формируется в онтогенезе, опирается на ощущение и восприятие, возникает при конкретных действиях с предметом;

2. Наглядно-образное – опирается на воспоминания, представление, образы, более гибкое и разнообразное;

3. Словесно-понятийное мышление – лишено непосредственной наглядности, оперирует понятиями.

***Нарушения мышления, встречающиеся в психиатрической практике, носят разнообразный характер. Их трудно уложить в какую-нибудь жесткую схему, классификацию. В настоящее время различают классификацию нарушений мышления в патопсихологии и клиническую классификацию расстройств мышления.***

**В патопсихологии на основании экспериментальных психологических исследованиях мышления обычно выделяют три основных вида нарушений мышления:**

*- нарушения операционной стороны мышления;*

*- нарушения личностной стороны мышления;*

*- нарушения динамики мыслительных действий.*

Возможны также различные сочетания.

**К нарушениям операционной стороны мышления относят:**

***- снижение уровня обобщения (обобщение – следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами) – в суждениях пациента оперирование общими признаками заменяется преобладанием непосредственных представлений о предметах и явлениях, а также установления конкретных связей между ними 9коза и волк, жук и кошка – не объединяю в одну группу, хотя все это животные).***

***- Искажение процесса обобщения это установление чрезвычайно общих связей между предметами и явлениями, отражает не существенную, а случайную сторону предметов и явлений. Проявляется данное нарушение при шизофрении и психопатии (объединение вилки, стола, лопаты по принципу твердости).***

**К нарушениям личностной стороны мышления относят:**

***- разноплановость мышления – суждение испытуемого проявляется одновременно в разных плоскостях (больной ищет разные основания для классификации);***

***- нарушение критичности мышления – бесплодное мудрствование, непродуктивные многоречивые рассуждения, неадекватное стремление подвести любое явление под какую-либо концепцию.***

***- Нарушение саморегуляции мышления - это невозможность целенаправленной организации испытуемым своих мыслительных действий.***

**К нарушениям динамики мыслительной деятельности относят:**

***- лабильность мышления – неустойчивые способы выполнения задачи, высокий уровень обобщения, при этом адекватный характер суждений в целом сохраняется;***

***- инертность мышления проявляется трудностями изменения избранного способа работы, тяжело переключаться с одного вида деятельности на другой. Возникает при органических поражениях ЦНС.***

Такая классификация помогает понять расстройства мышления, но не заменяет клинической классификации.

**Расстройства мышления в психиатрии у больных подразделяют на две большие группы:**

***- нарушения процесса мышления;***

***- качественные патологические продукции мышления (патологические суждения и умозаключения)***

**Нарушения процесса мышления:**

**1) Нарушения темпа мышления.**

*- Ускоренное мышление характеризуется быстрым облегченным возникновением и сменой мысли. Внешняя связь идей при этом серьезно не нарушается, однако при особенно сильном ускорении мышления, последовательность мыслей может быть нарушена – возникает поверхностность, спутанность, незаконченность суждений. Такое нарушение характерно для больных, страдающих аффективными психозами.*

*- Заторможенное мышление – замедление темпа течения мыслей, характерна бедность представлений, суждений и понятий, малая подвижность целенаправленности мышления, характерно также расстройство осмысления, медленный подбор ассоциаций, соответствующих поставленной задаче, длительно застревает на одной и той же идее. Часто данное нарушение возникает при депрессии.*

**2) Нарушения подвижности мышления.**

*- Детализация мышления – цель рассуждения достигается не по краткому пути, а через множество побочных, второстепенных ассоциаций, несущественных деталей и подробностей, что делает мышление не экономичным.*

*- Обстоятельность мышления – медленное мышление с затрудненным переходом от одной мысли к другой, чрезмерно детализированное мышление, характерно «топтание на месте», характерно неумение кратко формулировать свои идеи, неспособность переключаться на что-то новое. Данное нарушение возникает при эпилепсии и тяжелых формах умственной отсталости (пример из методички).*

*- Вязкое мышление – это крайняя степень обстоятельности мышления, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически непонятной, а мышление – непродуктивным. Больной не может удержать основную линию разговора, не может освободиться от побочных ассоциаций.*

*- Персеверация мышления – застой, монотонность мышления, постоянное возвращение одной и той же мысли, застревание на каком-нибудь представлении, повторение одних и тех же слов, ответов на различные вопросы. То есть, первоначально правильный ответ на вопрос повторяется в новых обстоятельствах и становится бессмысленным*.

**3) Нарушения целенаправленности мышления.**

*- Резонерство характеризуется склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных формальных аналогиях рассуждениям.*

Характерны также неадекватные реальной ситуации мудрствования, многословность и банальность рассуждений, которые неконкретны и не связаны с прошлым опытом, не основаны на реальных представлениях. Вместо целенаправленности мышления, которая приводит к познанию действительности, на передний план выступает рассуждательство. Данное нарушение характерно для лиц, страдающих шизофренией, эпилепсией, умственной отсталостью (пример из методички).

*- Разорванное мышление проявляется в виде нарушения связи между представлениями и понятиями, отсутствует целенаправленность мышления, порядок мыслительного процесса искажается, но иногда сохраняется грамотная форма фраз, что делает лишенную смысла речь внешне упорядоченной. В тех случаях, когда утрачиваются и грамматические связи, мышление и речь превращаются в бессмысленный набор слов.*

*- Паралогическое мышление характеризуется грубыми нарушениями логики, которые приводят больного к необоснованным, даже нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств. Бурные аффективные вспышки могут вызвать это расстройство, но постоянно оно наблюдается при паранойях, шизофрении, реже при психопатии.*

*- Символическое мышление – символика свойственно и нормальному мышлению, когда отражаются общепринятые идеи и взгляды. При патологическом символизме, символика сугубо индивидуальна и непонятна окружающим, при этом логическая проработка в рассуждениях больного имеется, но в общепринятые понятия, которыми оперирует его мышление, вложен иной смысл (пример из методички).*

Патологическая продукция мышления.

**К патологической продукции мышления принято относить бредовые, навязчивые, сверхценные и доминирующие идеи.**

***1. Бредовые идеи – это идеи, возникающие на патологической основе, не соответствующие действительности или ее искажающие. Они полностью овладевают сознанием, определяют поведение и не поддаются коррекции. Наличие бреда свидетельствует о грубом болезненном нарушении психики, требующим психиатрической помощи, так как больные не критичны к своим суждениям и поступкам, их поведение может представлять опасность для окружающих и их самих.***

**Виды бреда:**

*А) С положительным тоном, по содержанию выделяют:*

*- бред величия – это мысли о знатном или инопланетном происхождении, о способностях преобразить мир или исправить погрязших в грехах людей, мысли о гениальности или грандиозной физической силе.*

*- бред богатства – мысли о несметном богатстве, представление о владении множеством домов и драгоценностей.*

*- бред изобретения – мысли о изобретении вечного двигателя, космических кораблей, которые могут достичь дальних галактик, изобретение лекарства от всех болезней.*

*Б) С отрицательной эмоциональной окраской, по содержанию выделяют:*

*- бред самообвинения, самоуничижения – мысли о том, что сам больной является плохим человеком, приносит вред государству, своей семье, является виновником тяжких преступлений.*

*- бред обнищания и материального ущерба – больной убежден, что лишился имущества, квартиры, у него нет даже кровати, одежды, ожидает прихода голодной смерти.*

*- ипохондрический бред – убежденность больного в том, что он болен неизлечимой болезнью, должен скоро умереть. Варианты такого бреда –*

*отсутствие кишечника. Возникает данный бред при депрессиях, предстарческих и старческих психозах, соматогенном психозе, шизофрении.*

*В) Окрашенные чувством страха, подозрения, недоверия; по содержанию выделяют:*

*- бред преследования.*

*- бред отношения или особого значения – малозначительные факты из жизни больного приобретают определенное значение.*

*- бред воздействия или влияния – мысли о том, что больного сглазили, он находится под воздействием гипноза, навели на него порчу. Данный бред возникает при психозах и шизофрении.*

*- бред одержимости – представление о том, что в больного вселился посторонний дух, который способен управлять им и влиять на его жизнь (пример из методички).*

*- бред ревности .*

Возможно сочетание нескольких бредовых идей одновременно.

***2. Сверхценные идеи – идеи, возникающие в связи с реальными событиями, которые в сознании человека приобретают чрезмерное значение, связаны с личностью больного, эмоционально переживаются с недостаточной критичностью к собственным высказываниям и поведению. Все другие мысли или концентрируются вокруг сверхценной идеи, или подавляются. От бредовой идеи сверхценную идею отличает наличие реальной основы, психологической понятности, отсутствие изменений личности и мировоззрения.***

***3. Навязчивые идеи – идеи, возникающие у человека непроизвольно, сопровождающиеся переживанием чуждости и желанием избавиться от нее при сохранности критики. В сознании больного помимо его желания вторгаются мысли, сомнения, воспоминания, страхи. Больной понимает ненужность, неуместность, нелепость этих явлений, но не может с ними бороться. Синдром навязчивости включает мысли,страхи, действия.***

***4. Доминирующие идеи – мысли, которые занимают в сознании человека незаслуженно большое место. Встречаются и у здоровых людей – это стремление сосредоточиться на достижении цели. Также это могут быть болезненные идеи, неправильно отражающие действительность.***

**II. Нарушения интеллекта.**

Интеллект (от лат. intellectus – познание, понимание, ум, рассудок) – это интегративная функция психики, заключающая в себе все познавательные способности человека. Основными предпосылками интеллекта являются мышление и память.

Однако интеллект нельзя считать простой суммой когнитивных способностей. Интеллект оценивают по наличию способностей приобретать знания и умения, проникать в сущность явлений, устанавливать причинно-следственные отношения, планировать и предвидеть ход событий и использовать знания и умения на практике адекватно ситуации.

**Психологи в структуре интеллекта выделяют три вида мыслительных процессов:**

*- вербальный интеллект (запас слов, умение понимать прочитанное, эрудиция);*

*- способность решать проблемы;*

*- практический интеллект (адаптация к окружающей обстановке и умение достигать поставленных целей).*

Также на сегодняшний день принято выделять такие виды интеллекта, как эмоциональный и социальный интеллект.

Расстройства интеллекта принято называть слабоумием. Слабоумие – это стойкое, как правило, необратимое обеднение психической деятельности.

Оно проявляется в ослаблении познавательных способностей, обеднении чувств, изменении поведения.

Выраженная и стойкая недостаточность интеллекта может быть врожденной или обусловленной причинами, действующими в первые три года жизни. Второй вид слабоумия возникает в более старшем возрасте.

Врожденное слабоумие называется олигофренией. Это общее, выраженное в той или иной степени недоразвитие интеллекта. Проявляется в неспособности к абстрактному мышлению, в недоразвитии речи, крайне скудном запасе слов, бедности представлений, слабости памяти, ограниченном запасе приобретенных знаний. Также отмечается эмоциональная бедность.

**Степени олигофрении:**

*1) Легкая умственная отсталость (дебильность) – у таких людей ограничена способность к абстрактному мышлению, такие дети могут обучаться в школе по специальной программе (4 класса они проходят за 8 – 9 лет). Взрослые осваивают некоторые рабочие специальности, но получают только низкую квалификацию. При эмоциональной и социальной незрелости не справляются с требованиями брачной жизни или воспитанием детей.*

*2) Умеренная умственная отсталость (имбецильность) – у таких людей медленно развивается понимание и использование речи, отстает развитие навыков самообслуживания и моторики. Часть больных осваивает основы чтения, письма, счета. Овладевают простой работой и выполняют ее под надзором. Независимое проживание невозможно. При этом они могут участвовать в простейших социальных занятиях.*

*3) Тяжелая умственная отсталость (тяжелая имбецильность) – у таких людей навыки самообслуживания развиты не полностью, основы школьных умений недоступны, нуждаются в постоянном надзоре. Характерны моторные нарушения и слабое развитие речи.*

*4) Глубокая умственная отсталость (идиотия) – у таких людей на развиваются предпосылки интеллекта, они не осваивают никаких навыков, используют только 2 – 3 элементарные эмоции, ограничены способности к пониманию и выполнению инструкции. Неподвижны или малоподвижны, характерно недержание мочи и кала. Нуждаются в постоянной помощи и уходе.*

Приобретенное слабоумие называется деменцией – это частичное разрушение интеллекта, вызванное болезнями или повреждениями головного мозга. Проявляется нарушениями памяти, языка, речи, суждений, познавательных способностей, аффективных проявлений, моторных умений и пространственной ориентации. В основе нарушения – поражения кортикальных функций, подтверждается неврологическим или электроэнцефалографическим исследованием, а также с помощью компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.

**Степени деменции:**

*1) Легкая – рабочая и социальная активность ухудшены, однако остаются способности к самостоятельной жизни, самообслуживанию и относительно ненарушенным суждениям.*

*2) Умеренная – независимая жизнь затруднена, требуют некоторого ухода и поддержки.*

*3) Тяжелая – требуется постоянный уход и поддержка. У большинства больных грубо нарушены речь и суждения.*

Также принято выделять тотальную и частичную деменцию.

**Тотальная деменция** – это глубоко охватывающее всю психику явление, включая интеллект и память, при ней наблюдается резкое снижение или отсутствие критики, замедляются психические процессы, могут быть

полностью утрачены индивидуальные особенности. Возникает при диффузных поражениях коры головного мозга.

**Частичная деменция** проявляется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций, замедлением интеллектуальных процессов, снижением сообразительности, частичным выпадением памяти. Личность при этом остается сохранной, расстройства критики выражены слабо, сохранены профессиональные навыки, но имеют место эмоциональное недержание, слезливость, беспомощность, растерянность. Возникает при очаговых поражениях головного мозга.

**Виды частичной деменции:**

*- эпилептоидная;*

*- сосудистая;*

*- травматическая;*

*- алкогольная;*

*- шизофреническая;*

*- психогенное слабоумие или псевдодеменция.*