**Нарушения познавательных процессов и клинико-психологические принципы их анализа**

. **Проблема психической нормы и патологии**

Клиническая психология занимается проблемой определения, что же такое психическая норма и патология. В рамках нозологического подхода принято выделять два состояния человека - здоровье и болезнь.

Типичными признаками здоровья считаются структурная и физическая сохранность нервной системы и органов человека, индивидуальная приспособляемость к физической и социальной среде, сохранность стабильного привычного самочувствия.

Болезнь характеризуется общим или частным снижением приспособляемости, при этом выделяют следующие возможные исходы болезни: полное выздоровление, выздоровление с наличием остаточных явлений, инвалидизация (получение дефекта) и летальный исход.

Также выделяют патологическое психическое состояние, обусловленное этиологией процесса и не имеющее исхода.

Вопрос определения нормы и патологии является крайне сложным и затрагивает различные сферы человеческой деятельности - от медицины и психологии до философии и социологии. Был совершён ряд попыток вывести критерии психической нормы, в число которых включали соответствующую возрасту человека зрелость чувств, адекватное восприятие действительности, наличие гармонии между восприятием явлений и эмоциональным отношением к ним, умение уживаться с собой и социальным окружением, гибкость поведения, критический подход к обстоятельствам жизни, наличие чувства идентичности, способность планировать и оценивать жизненные перспективы. Во многих случаях под психической нормой определяют то, насколько индивид адаптирован к жизни в социальной среде, насколько он продуктивен и критичен в жизни.

**2. Высшие психические функции в норме и при патологии**

Отдельные психические процессы, выделяемые в психической деятельности, определяются как высшие психические функции. К ним относят мышление, речь, письмо, счет, память, произвольные движения, перцептивные процессы (процессы восприятия).

Память - форма психического отображения действительности, заключающаяся в запоминании, удержании, воспроизведении, забывании.

Существуют следующие виды памяти: мгновенная (иконическая), кратковременная, оперативная, долговременная, генетическая, зрительная, слуховая, двигательная, эмоциональная, осязательная, обонятельная, вкусовая, произвольная, непроизвольная, опосредованная, непосредственная и др.

Различают такие расстройства памяти: амнезия: фиксационная, антероградная - помнится всё в прошлом, далее не запоминается, ретроградная - всё забывается в прошлом, ретро - антероградная - забывается и прошлое и настоящее; гипомнезия, гипермнезия, парамнезия: конфабуляция (обманы памяти, заполнение вымышленным), псевдореминисценция (нарушение хронологии), крипомнезия (присваивание чужих мыслей себе).

Мышление - процесс опосредованного и обобщённого познания реальности. Мышление является одним из основных познавательных процессов, его считают высшей степенью познания. Именно мышление представляет собой ядро интеллектуально - творческого потенциала личности, его активную составную. Как часть интеллекта, мышление есть процесс непосредственного оперирования образами, идеями, символами, представлениями, понятиями.

Во время процесса мышления человек воспринимает информацию, перерабатывает ее, делает выводы и объединяет их в предположения относительно ситуации, в которой он находится. Для создания адекватных ситуации выводов и предположений нормальный (общепринятый) процесс мышления должен соответствовать нескольким условиям:

) способы восприятия и переработки информации должны быть адекватны объективной ситуации;

) выводы должны делаться в соответствии с законами формальной логики;

) содержание мышления должно оцениваться человеком в соответствии с общепринятыми эмпирическими основаниями;

) процесс мышления должен быть организован по принципу системной регуляции;

) мышление должно быть сложно структурированным и отражать в развернутой системе понятий общепринятую структуру мира.

Нарушения способа восприятия и переработки информации (основные когнитивные расстройства) влияют на качество мышления. Например, при неустойчивом внимании, нарушенной памяти, плохом зрении человек получает неадекватные сведения о ситуации, в которой он находится, делая неправильные выводы и предположения. Так, при аутизме человек в большей мере отдает предпочтение внутренним импульсам, тогда как внешние источники информации о ситуации могут игнорироваться. В результате человек делает неправильные выводы и прогнозы относительно ситуации, в которой находится. При задержках умственного развития некоторые виды информации не могут быть адекватно восприняты и учтены в выводах и предположениях, что не позволяет мышлению выполнять свою основную функцию обобщенного отражения существенных сторон реальности. При повреждениях височных областей мозга изменяются процессы памяти, что влияет на распознание необходимых аспектов ситуации, дезорганизует восприятие раздражителей и не позволяет их категоризовать. Изменения на клеточном уровне искажают поступающую информацию (например, при шизофрении или болезни Альцгеймера), давая неверные сведения о реальности, из чего следуют неадекватные ситуации решения.

Нарушения формы мышления возникают чаще всего при психозах. При этом человек перестает соблюдать базовые логические законы упорядочения информации, что приводит его к нереалистичным умозаключениям. К формальным нарушениям относят бессвязность мыслей, их разорванность (связь между мыслями сохраняется в течение непродолжительного времени, а потом под действием случайных факторов мышление начинает протекать в другом направлении и на других основаниях), ассоциативность мыслительных процессов (отсутствие внутренней структуры, ориентация мысли только на внешние признаки ситуации, внешнее сходство).

Содержательные расстройства заключаются в том, что одна информация приобретает большую ценность по сравнению с другой, при этом в качестве критерия истинности утверждения берется произвольный субъективный конструкт. Здесь нарушается не сам процесс обработки информации, а объяснение событий. Причиной этого могут быть слабая селекция внешних раздражителей и восприятие нерелевантной информации (из-за слабости системы восприятия), придание преувеличенного значения событиям и содержанию памяти в ущерб актуальной информации и т.п.

Недостаточная системная регуляция (метакогниция) касается систематического обращения к предшествующему опыту и личностному опосредованию процесса мышления. Сюда включается, например, одновременная обработка нескольких аспектов проблемы, создание общего плана мышления, поиск подходящей информации из разных источников, координация мыслительных усилий, обращение к самому себе с вопросами с одновременным представлением себя как стороннего человека, не занятого сиюминутным решением проблемы (умение увидеть себя над проблемой, абстрагироваться от конкретных мешающих условий). Недостаточная системная регуляция может быть обусловлена травматическими и токсическими поражениями, опухолями, воспалительными процессами лобных долей мозга. Системная регуляция мыслительных процессов также нарушается под влиянием сильных эмоциональных перегрузок.

Степень когнитивной структурированности мышления определяет то, как человек воспринимает, категоризирует, помнит и использует в своих действиях и поступках информацию о внешнем мире.

Содержательную сторону мышления у человека выражает речь.

Речь - это совокупность произносимых или воспринимаемых звуков, имеющих тот же смысл и то же значение, что и соответствующая им система письменных знаков. Речь является средством общения, носителем сознания, памяти, информации (письменные тексты), средством управления поведением других людей и регуляции собственного поведения человека.

Хотя речь и связана с мышлением, отставание в развитии речи не следует смешивать с отставанием интеллектуального развития. Только дети с серьезными речевыми расстройствами относятся к группе риска развития интеллектуальной недостаточности. Однако проблемы с речью становятся базой для последующего возникновения расстройств коммуникативных и учебных навыков.

Базовым показателем развития речи ребенка является фонологическая осведомленность. Под фонологической осведомленностью понимается:

возможность различать основные звуки языка;

возможность распознавать связи между звуками и буквами (знаками);

знание того, что звуки составляют различные слоги;

определение ритма и аллитерации речи.

О причинах развития речевых расстройств до сегодняшнего дня мало что известно. Известно только то, что причиной дефицита фонологической осведомленности может быть дисфункция задней части левого полушария, контролирующего способность обрабатывать фонемы, или левой височной доли, контролирующей артикуляцию. Имеются данные о том, что причиной ослабления функции речи могут быть временные слуховые проблемы, возникающие при хронических воспалениях органов слуха в возрасте до трех лет.

Выделяют четыре вида расстройств речи:

специфическое расстройство речевой артикуляции;

расстройство экспрессивной речи;

расстройство рецептивной речи;

заикание.

О специфическом расстройстве речевой артикуляции можно говорить тогда, когда освоение ребенком звуков речи значительно задерживается. О значительном отставании речевого развития можно говорить тогда, когда оно в два раза превышает стандартное (нормативное) отклонение. В норме большинство речевых звуков осваивается к возрасту 6-7 лет. К возрасту 11-12 лет почти все речевые звуки должны быть освоены. Если к 12 годам ребенок пропускает, искажает или заменяет речевые звуки, изменяет произношение звуков в зависимости от их сочетания (т.е. один звук в некоторых словах может произнести, а в некоторых - нет) и это не является следствием особенностей употребления речи в культуре, к которой он принадлежит, или в семейном окружении, то речь уже может идти о специфическом расстройстве речевой артикуляции.

Под расстройством экспрессивной речи понимается такое специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. Ребенок хорошо понимает обращенную к нему речь, расстройств речевой артикуляции у него может не быть, но выразить свое состояние и мысли словами он не может.

К подростковому возрасту нарушения экспрессивной речи спонтанно разрешаются: половина детей совершенно избавляется от коммуникативных проблем, тогда как у другой половины наблюдается значительное улучшение.

Подобные нарушения экспрессивной речи отмечаются и у взрослых людей. Однако у взрослых они не могут компенсироваться спонтанно, поскольку всегда связаны с врожденным дефектом ЦНС, системным заболеванием, поражающим головной мозг, эндокринной патологией, соматическими заболеваниями или наступают в связи с другими психическими расстройствами.

Расстройство рецептивной речи характеризуется нарушением понимания ребенком обращенных к нему высказываний. Дети с таким расстройством обладают нормальным слухом, но не могут понять значение отдельных звуков, слов и предложений. Развитие рецептивной речи всегда опережает развитие экспрессивной речи, поэтому расстройство рецептивной речи всегда сопровождается расстройством и экспрессивной речи.

Нейрофизиологические механизмы, обеспечивающие развитие речи, также связаны с обеспечением развития навыков письма и счета (поскольку для счета необходимы не только «математические способности», но и наличие абстрактного мышления, связанного с речью).

Однако расстройство навыков письма в некоторых случаях оказывается не связанным с нарушением чтения: оно может выступать и самостоятельным расстройством, вызванным слабыми визуально-моторными навыками. В качестве самостоятельного расстройства нарушение навыков письма определяется физиологически обусловленным рассогласованием взаимодействия глаз и руки. Из-за того, что дети с самостоятельным нарушением письма, не связанным с нарушением чтения, в силу возникающего напряжения стараются писать как можно короче, их сочинения бедны по содержанию (иногда уточняют, что это «расстройство экспрессивного письма»). Расстройство экспрессивного письма еще слабо изучено в клинической психологии.

Расстройство навыков счета, не связанное с интеллектуальной недостаточностью, начинается с нарушения распознавания цифр и символов, к которому присоединяются нарушения упорядочивания чисел, запоминания действий, недостаточность понимания абстрактных понятий, лежащих в основе арифметики (например, «целое», «часть», «мнимое число»). При этом у ребенка диагностируется нормальный интеллект, не повреждены сенсорные функции, не отмечается эмоциональных нарушений и имеются все возможности для нормального обучения. Нередко ошибки в счете связаны с нарушениями пространственной ориентации и затруднениями выбора направления (вверх / вниз, влево / вправо). Детям с расстройством счета обычно трудно производить нумерацию чисел, сравнивать их, читать и писать правильно математические символы, владеть вычислением в уме.

Высшие психические функции имеют специфические признаки и формируются на основе биологических предпосылок. Они складываются прижизненно во взаимодействии человека с другими людьми и окружающим миром в целом, а потому они социально обусловлены и несут в себе отпечаток той культурно-исторической среды, в которой развивается человек. Кроме того, такие функции по своей природе инструментальны: они осуществляются с использованием различных средств, способов, «психологических орудий», среди которых особое место занимает речь. Используя эти орудия, человек овладевает возможностями регуляции своих отношений с предметным миром, другими людьми, овладевает собственным поведением. Например, при запоминании словесного ряда с помощью логических или образных ассоциаций человек вводит в память мышление или воображение. Таким образом, одна функция опосредует оптимальное осуществление другой; человек, по словам Л.С. Выготского, сотрудничает с самим собой. Диапазон спектра доступных индивиду способов опосредования, высших психических функций является важным критерием степени развития личности. В этом контексте одной из задач психокоррекционной и психотерапевтической работы является расширение опыта человека в отношении развития арсенала способов опосредования собственной деятельности. И, наконец, высшие психические функции осознаваемы субъектом и доступны произвольной (волевой и целенаправленной) регуляции и самоконтролю.

Развитию высших психических функций свойственна определенная динамика, более новые и сложные функции надстраиваются над более ранними и простыми, «вбирая» их в себя. Генезис высших психических функций идет по пути преобразования развернутых наглядно-действенных форм в сокращенные, автоматизированные, выполняемые во внутреннем плане в виде так называемых умственных действий. Этот аспект важно принимать во внимание при клинико-психологическом обследовании больного человека, поскольку патология высших психических функций проявляется на фоне их неполной сформированности. Кроме того, и при диагностике патологии у взрослых больных следует учитывать, что, если выполнение заданий осуществляется развернуто с применением наглядных способов решения, с участием проговаривания (т.е. наблюдается перенос умственных действий во внешний план), то это может указывать на дефицитарность, осознаваемую больным и преодолеваемую с помощью аутокомпенсации.

Высшие психические функции человека рассматриваются с позиции структурно-функционального подхода, в котором важным является анализ входящих в них звеньев (составляющих), с оценкой роли и места каждой из них в обеспечении психической деятельности. При этом следует отметить, что дифференцированные структурные составляющие высших психических функций обеспечиваются работой специфических (локальных) зон мозга, но различные функции имеют и общие звенья, пересекающиеся на уровне определенных мозговых структур. Примером является «сквозная» роль такой составляющей, как пространственный анализ и синтез. Так, переработка пространственных характеристик информации необходима для выполнения произвольных движений, понимания структуры многозначного числа и его разрядного строения, для выполнения счетных операций, зрительного восприятия, решения конструктивных задач, понимания логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения в виде предлогов, падежных окончаний и т.п.

Таким образом, на пространственном анализе и синтезе «сходятся» такие высшие психические функции, как произвольные движения, мышление, речь, письмо, счет и перцептивные процессы. Вместе с тем известно, что эта составляющая психики связана с работой теменно-височно-затылочной области левого и правого полушарий мозга. Поражение этой зоны (например, при болезни Альцгеймера) приводит к развитию комплекса симптомов, отражающих нарушения названных психических функций, поскольку при этом становится дефицитарным общий для них фактор пространственной организации психических процессов. Другие составляющие психических процессов одновременно могут оставаться сохранными при условии нормального функционирования иных зон мозга. Таким образом, при обследовании больных становятся значимыми не столько сами симптомы нарушений психических функций, сколько психологическая квалификация симптомов, направленная на выявление патологического звена в целостном системном строении психики. В свою очередь установление этого звена позволяет сделать вывод об общей причине нарушений различных психических процессов, т.е. сделать заключение о механизмах образования клинико-психологических симптомов и их закономерном объединении в синдром. На этом основании строится синдромальный клинико-психологический метод изучения нарушения высших психических функций.

психологический патология память речь

**3. Понятие «клинико-психологический синдром»**

Клинико-психологический синдром - это закономерно возникающее сочетание симптомов нарушений познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом дефицитарность объединяющего их звена в системно-структурном строении психики.

Важно отметить, что наличие симптомов нарушения познавательных процессов может быть обусловлено не только болезнью, но и предиспозиционными детерминантами, патологически проявляющимися при психическом заболевании. Такие симптомы могут развиваться как реакция на факт обнаружения болезни (диагноз) и госпитализацию, а также вследствие фармакотерапии. В диагностической практике и в процессе психокоррекционных мероприятий, естественно, особый смысл приобретает выделение симптомов, непосредственно связанных с болезнью.

Клинико-психологический синдром может рассматриваться в рамках двух подходов - патопсихологического и нейропсихологического. В патопсихологии центральное место занимает поиск общего звена нарушения высших психических функций, лежащего в основе развития отдельных симптомов при реализации таких функций. Например, синдромообразующим радикалом при шизофрении может быть нарушение мотивации, следствием которого являются характерные для этого заболевания изменения (или особенности) мышления, восприятия, памяти и др. В нейропсихологии осуществляется поиск не только общего нарушенного звена (синдромообразующего радикала), но и определение зоны поражения мозга, обеспечивающей в норме его реализацию. В приведенном примере это пространственный анализ и синтез, связанные с работой нижнетеменной области мозга. Названные два подхода к построению клинико-психологического синдрома и соответственно психологического исследования могут быть изолированными или сочетаться, что обусловливается конкретными клиническими задачами.

Традиционно в практической деятельности психолога в психиатрической клинике активно разрабатывался и применялся преимущественно патопсихологический подход. В последние годы интенсивно внедряется и подход нейропсихологический. Его применение позволяет приблизиться к установлению структурно-функциональных мозговых механизмов психических расстройств, что особенно важно для решения дифференциально-диагностических задач. Нейропсихологический подход открывает также новые возможности понимания природы психических заболеваний, изучения связей между клинико-психопатологическими и клинико-психологическими синдромами и выявления механизмов действия психофармакологических средств, использующихся в психиатрии для лечения больных.

Психологические исследования при психической патологии позволяют установить не только нарушенные звенья психической деятельности, но и ее сохранные элементы. В этом смысле можно говорить о «функциональном» диагнозе, что имеет особое значение для построения коррекционных, реабилитационных и психотерапевтических программ. Выявление нарушенных компонентов психической деятельности позволяет определить «мишень» направленного психологического воздействия с обязательной опорой на эффективно функционирующие структуры психики. Именно это обеспечивает активное сотрудничество больного с самим собой, дает основание для перестройки психических функций, включения в них новых средств и стратегий в переработке информации и ауторегуляции психической деятельности и поведения, позволяет осуществить так называемое психологическое протезирование, актуализирующее внутренние компенсаторные и адаптивные возможности больного.

Внимание, уделяемое клинико-психологическому синдромальному подходу, не случайно. За этим, кроме представлений о нормальной структуре и динамике психических функций, стоит проблема многозначности психологического симптома (симптома нарушения психической функции), который становится информативным только при его психологической квалификации. Иными словами, необходимо выявление нарушенного звена в структуре психической деятельности, психологической причины, детерминирующей появление симптома и (в соответствии с системным строением высших психических функций в их интер- и интрапсихическом взаимодействии) объединяющей различные симптомы в синдром. С учетом этой причины клинико-психологический синдром не отличается от синдрома клинико-психопатологического, но имеет свое содержание. Таким образом, как указывает Ю.Ф. Поляков (1983), «если клинические (психопатологические) исследования выявляют закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то экспериментально-психологические исследования должны ответить на вопрос: как нарушено течение (т.е. структура) самих психических процессов».

Решение стоящей перед экспериментально-психологическим исследованием задачи возможно только при условии применения комплекса экспериментально-психологических методик, направленных на обнаружение симптомов нарушения различных аспектов психической деятельности с последующим вычленением одного или нескольких синдромообразующих радикалов. Так, при внешнем сходстве симптомов нарушений памяти, мышления, восприятия, и других высших психических функций при атрофических деменциях позднего возраста клинико-психологические синдромы при болезни Альцгеймера и сенильной деменции различны. Если при сенильной деменции ведущим синдромообразующим радикалом является нарушение произвольной регуляции деятельности, то при болезни Альцгеймера психологические симптомы структурируются на основе нарушений нейродинамических параметров активности в сочетании с нарушением операционального обеспечения психической деятельности.

В целом клинико-психологическое исследование больного в каждом отдельном случае обычно проводится с применением многих методик, что позволяет сопоставить результаты выполнения больным различных заданий и осуществить их психологическую квалификацию с последующим объединением в синдром.

**Список литературы**

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. Учебник для высшей школы. Изд. Москва, Академический проект 2005.-558 с.

. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.

. Клиническая психология: Учебник под ред. Карвасарского Б.Д.; Питер; 2004. - 960 с.

. Немов Р.С. Психология: Учеб. для высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн., 4-е изд. - М.: Гуманит, изд. ценрт ВЛАДОС, 2001. - Кн. 1: общие основы психологии, - 688 с.

. Общая психиатрия: Учебник под ред. Тиганова А.С. - 2-е изд. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. - 654 с.

. Роговин М.С. Научные критерии психической патологии: Учеб. пособие.-Ярославль: ЯрГУ. 2004.-78 с.

. Худик В.А. Детская патопсихология, 1997. - 562 с.