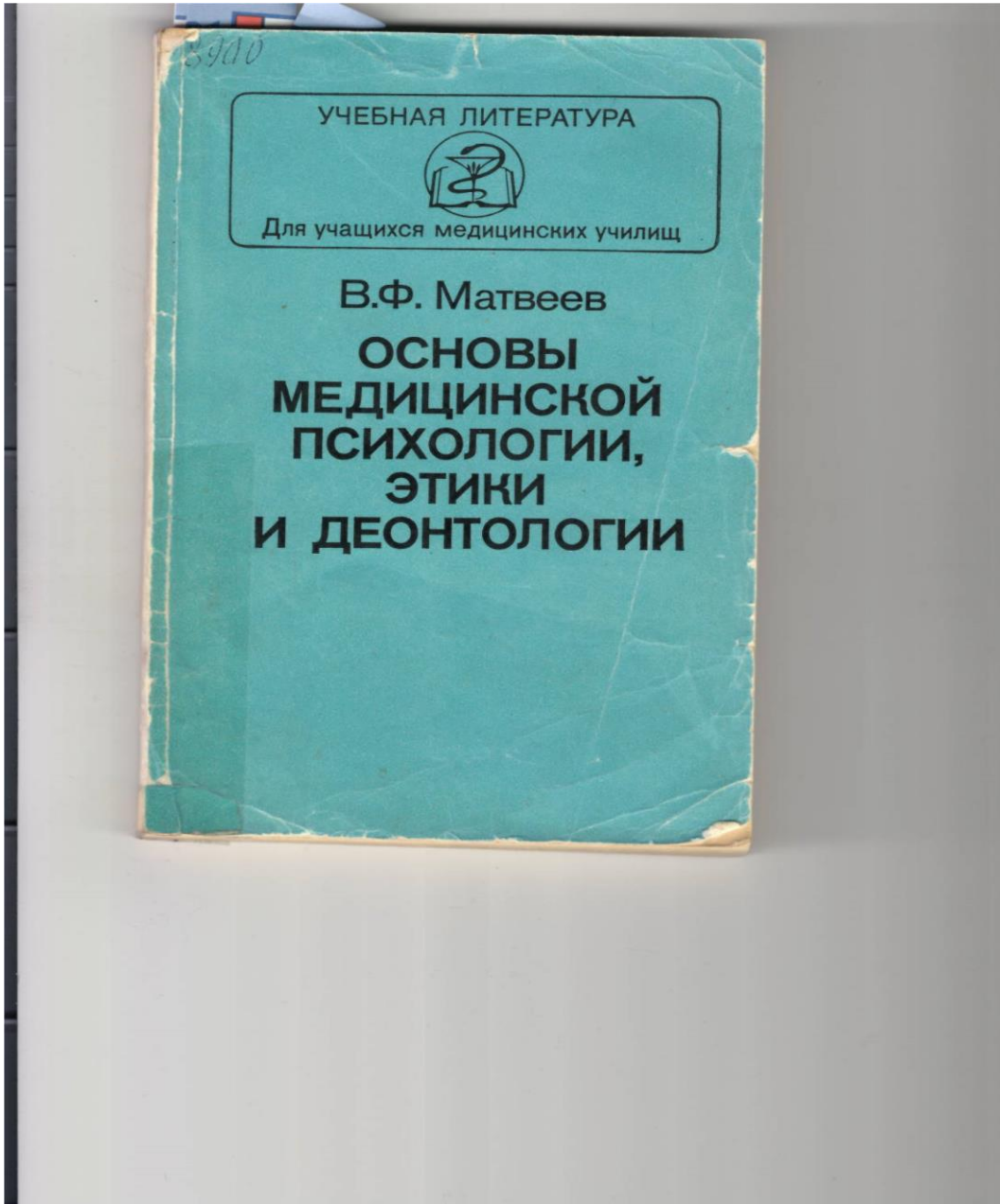


Нарушения психических процессов:



ляются в быстроте, глубине, полноте, точности, степени тонкости отдельных восприятий, их эмоциональной насыщенности и пр.

При органическом выпадении какого-либо анализатора (депривация), например при слепоте и глухоте, чувствительность других анализаторов резко повышается, особенно если депривация (слуховая, зрительная) наступила в раннем возрасте и организм должен был адаптироваться к окружающей среде. У слепых, кроме слухового, обонятельного, хорошо развиты вестибуляторный и мышечно-суставной анализаторы, что позволяет им не только находить дорогу по практически неуловимым для зрячих признакам, но и чувствовать препятствие, встречающееся на пути.

У глухонемых доминируют зрительный, вестибулярный и мышечно-суставной анализаторы. Глухонемые тонко чувствуют ритмику, воспринимают шумы, создающие еле уловимую вибрацию. Дифференцировка зрительных восприятий у этих лиц достигает такого уровня, что они при соответствующем обучении легко понимают обращенную к ним речь по движению губ («считывают с губ»).

Формирование сферы ощущений и восприятий у человека при высоком уровне развития его головного мозга проходит под влиянием трудовой деятельности, опыта всей жизни. У опытного медицинского работника наиболее развито тактильное ощущение, используемое им при пальпации, производстве различных манипуляций. Развитие восприятия связано с методами наблюдения и изучения.

Теоретический и практический интерес для среднего медицинского работника представляют различные формы «инструментального осязания» и «ощупывания», например «осязание» через кончик иглы стенки вены при внутривенном влинии.

Восприятие можно различать по степени активности личности. Такая черта личности, как способность к устойчивому и эффективному активному, планомерному и целеустремленному восприятию, называется наблюдательностью. Для медицинского работника огромное значение имеет постоянное развитие наблюдательности за болезненными проявлениями.

Восприятие и ощущение являются процессами сознательными, осмысленными. В обеспечении их смысловой стороны важную роль играют мышление и речь, органически входящие в ощущение и восприятие. Опытный и думающий медицинский работник воспринимает симптомы

болезни и в то же время осмысливает их значение в данном конкретном случае, их отличие от сходных симптомов другой болезни и т. д.

Ощущения тесно связаны с эмоциями. Эмоции могут накладывать отпечаток на восприятие и иногда в какой-то мере извращать образ воспринимаемого, его оценку, впечатление, им оставляемое. Такие извращения могут наблюдаться у любого больного при плохом самочувствии. Это должен учитывать средний медицинский работник при беседе с больным, выполнении различных манипуляций, предписанных врачом.

Представление — оживление в сознании образов, воспринимавшихся в прошлом. По сравнению с тем, что происходит при непосредственном восприятии, представления носят обобщенный характер, они недостаточно ярки, фрагментарны и всегда индивидуальны. Во многом они определяются интеллектуально-мнестическими (мнезис — память) особенностями личности. Довольно редко встречается способность к зеркально точному воспроизведению в представлениях ранее бывшего восприятия. Этот феномен называется эйдетизмом и встречается чаще в детском возрасте. Различают эйдетизм зрительный, слуховой, тактильный и др.

Нарушения ощущений. Нарушения ощущений очень многообразны: гиперестезия (повышенная чувствительность), гипестезия (пониженная чувствительность), анестезия (отсутствие чувствительности), парестезия (жжение, покалывание, стягивание и т. д.). Они могут возникать при органическом или функциональном нарушении нервных проводников, в частности сосудистой иннервации. Больные могут испытывать неприятные и тягостные ощущения, проецируемые внутрь тела: ощущения сжимания и растягивания, перекачивания и дрожания, просверливания, отсасывания. Это так называемые сенестопатии.

К этой группе расстройств можно отнести и кожный зуд. Он является предвестником и спутником многих заболеваний (неврозы, органические поражения центральной и периферической нервной системы, нарушения обмена веществ и функций эндокринных органов, болезни почек и крови и др.). Особенно неблагоприятно влияет зуд на психику больного: появляются раздражительность, нетерпимость, злобность и гневливость. Такие больные нуждаются в терпеливом и спокойном к ним отношении.

Среди ощущений наибольшее страдание приносит боль.

В формировании боли участвуют корковые, а также подкорковые образования. Возникает боль как при непосредственном воздействии на тело внешних раздражителей, так и при изменениях в самом организме, вызываемых различными патологическими процессами. Боль может возникать или усиливаться по условнорефлекторному механизму и быть психогенно обусловленной. Сигнальное значение боли — предупреждение о грозящей опасности.

Сильная боль способна целиком овладеть мыслями и чувствами человека, сосредоточить на себе все его внимание. Она может привести к нарушению сна, различным невротическим реакциям.

Тактика медицинского работника. Больные, страдающие сильными болями, нуждаются во внимательном и заботливом отношении к их жалобам и просьбам. Боли сильнее изнуряют больного, чем какие-либо другие расстройства. В настоящее время в арсенале лекарственных средств большое число анальгетиков. Если медицинская сестра не имеет указания врача выдать больному при сильных болях назначенное ему средство, то она должна пригласить дежурного врача и решить с ним вопрос, чем купировать боль.

Нарушения восприятия. При некоторых патологических состояниях, особенно при психических и нервных болезнях, акт восприятия может нарушаться. Появляются иллюзии — искаженное, ошибочное восприятие реального объекта. Иллюзии могут наблюдаться и у здоровых людей в состоянии тревожного ожидания, страха. Иллюзии разделяют по органам чувств (зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные и др.).

К сложным иллюзиям относятся парейдолии, которые могут возникать у больных с невротическими расстройствами и у здоровых при утомлении. В рисунке ковра, орнаменте обоев и т. д. человек видит страшные головы, причудливые, необычные узоры.

Галлюцинации — восприятие без объекта. Как и иллюзии, галлюцинации различаются по органам чувств. Следует помнить, что галлюцинации могут возникать только на болезненной основе, в основном при психических заболеваниях. При этом у больных одновременно отмечаются изменения в сфере чувств и в поведении.

Нарушения сложных познавательных процессов называются агнозиями. Различают зрительные, слуховые и тактильные агнозии. Они возникают при локальных поражениях коры большого мозга в результате сосудистых за-

болеваний, травм, опухолевого процесса и других патологических состояниях. Например, больные с предметной агнозией (нарушение узнавания предметов) не могут нарисовать на бумаге кувшин, говорят, что это треугольник или называют какой-нибудь другой предмет. Большие трудности представляет для больных с агнозией узнавание предметов с недостающими деталями. При предметной агнозии на первый план выступает нарушение обобщенного восприятия предметов.

У некоторых больных наблюдаются преимущественно нарушения зрительного индивидуализированного восприятия при относительно сохранном обобщенном восприятии предметов: например, нарушается способность узнавать знакомых. При выраженной глубине болезненных расстройств больные плохо различают мимику.

При оптико-пространственной агнозии нарушается восприятие пространственного расположения отдельных предметов (расположение улиц в городе, больные не могут найти дверь в палату, в свое отделение, койку в палате и т. д.).

Больные с расстройствами высших форм осязательного восприятия (астереогноз) не могут, ощупывая предмет (ключ, ручку, очки и т. д.) с закрытыми глазами, определить его форму, назвать его, с открытыми глазами легко и безошибочно узнают предмет.

При слуховой агнозии нарушается узнавание знакомых звуков: шелеста бумаги, шума движущегося поезда, звуков, издаваемых различными животными, и т. д.

Органические поражения головного мозга, реже интоксикации и соматические болезни, могут сопровождаться расстройствами восприятия типа дереализации. Это очень сложное патологическое состояние, в основе которого лежит нарушение восприятия, сочетающееся, по-видимому, со своеобразным нарушением сознания. Больные узнают окружающую обстановку, но она кажется им «какой-то не такой». Привычные раздражители окружающей среды утрачивают остроту своего воздействия на органы чувств. Нередко больные заявляют, что они все воспринимают, как через толстое стекло, которое как бы отделяет их от окружающего. Это болезненное состояние иногда сочетается с патологией самовосприятия — деперсонализацией.

Тактика медицинского работника. Особенности ухода среднего медицинского работника за больными с различными нарушениями восприятий заключается во внимательном выслушивании их жалоб. Никогда

не следует пытаться разубедить больного и спорить с ним. Если такие нарушения возникли впервые, медицинская сестра должна доложить о них лечащему врачу; если они наблюдались и раньше, необходимо действовать в соответствии с предписаниями врача. Появление галлюцинаций, как правило, связано с развитием психического заболевания, поэтому о наличии их необходимо срочно доложить врачу и не выпускать больного из поля зрения.

Исследование восприятия. В психологии восприятие исследуют при помощи таблиц и рисунков. Например, человеку предлагают дать характеристику чувств людей, лица которых схематически изображены на рисунках. Основное значение имеет не инструментальное исследование или тесты, а беседа с больным, собирающие жалоб и анамнеза, подробный рассказ о его ощущениях, восприятиях и представлениях. Иногда требуется лишь умение незаметно подвести больного к рассказу о тех или иных расстройствах, направить беседу так, чтобы он сам сообщил об имеющихся у него отклонениях в сфере восприятия.

Если больной не склонен рассказывать о своих ощущениях или, наоборот, пытается скрыть их (диссимулировать), следует использовать метод наблюдения за поведением, мимикой, поступками во время беседы или разговора больного с соседями по палате.

В случае, когда имеются основания предполагать симуляцию расстройств акта восприятия, используется богатый арсенал специальных тестов и приемов исследования.

Контрольные вопросы

1. Что такое ощущения?
2. Что такое восприятие? Чем оно отличается от ощущения?
3. Что такое представления?
4. Каковы основные виды нарушений ощущений?
5. Назовите нарушения восприятия.
6. Чем отличаются иллюзии от галлюцинаций?
7. Что вы знаете об агнозиях?
8. Что такое боль?
9. Какова тактика медицинского работника при обслуживании больного, страдающего болями?

Ситуационные задачи

1. У больного на фоне высокой температуры тела появилось ощущение легкости, «как бы невесомости» тела; голова кажется ему огромной, занимает почти всю площадь подушки.

Назовите болезненное расстройство.

2. Очнувшись в палате после операции по поводу ущемленной грыжи, больной почувствовал, что все кругом изменилось: стены другого цвета, комната иной формы, вытянутая, лица соседей по койке кажутся незнакомыми.

Назовите симптом.

ПАМЯТЬ

Память — одно из важнейших свойств психики. Любая форма психической деятельности опирается на память. Память — это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, последующем воспроизведении и узнавании того, что раньше было воспринято, пережито или сделано. И. М. Сеченов считал память «основным усилием психической жизни», «краеугольным камнем психического развития».

Физиологическая основа памяти — система условных рефлексов. Память является общемозговой функцией. В ней участвуют все разделы головного мозга, а также подкорковые образования, все системы связей в головном мозге. Память тесно связана с анализаторами и речью. Благодаря накопленному клиницистами опыту представляется бесспорным большое значение для памяти височных долей головного мозга.

Возможность сохранения и последующего оживления временных связей — необходимая физиологическая основа памяти. Память ассоциативна. Различают ассоциации по сходству, смежности и контрасту. И. П. Павлов выделил еще ассоциации причинно-следственные. Они имеют в основе своей логическое взаимодействие компонентов и являются переходом к сложным смысловым связям. Последние объединены и обобщены посредством слов в группы и целые системообразования, в которых обобщается наиболее существенное. Это смысловая память.

Путем образования ассоциаций в процессе получения информации происходит запоминание, которое может носить произвольный характер. Произвольному запоминанию способствует сильное чувство (радость, страх, отвращение, особое физиологическое состояние и др.). Этот способ запоминания имеет определенное положительное значение, на нем построена память в начальном периоде усвоения знаний.

Основная роль в нашей жизни и деятельности принадлежит, однако, произвольной форме запоминаний. Наиболее характерной чертой произвольного запоминания, кроме волевого акта, является обязательное присутствие мотива, решающей задачи. Для произвольного запоминания

хранения, точность воспроизведения, готовность к экфорированию. С возрастом, как правило, отмечается ослабление памяти, причем происходит это за счет уменьшения скорости запоминания и понижения возможности сосредоточить внимание на определенном объекте.

Различают образный и словесно-логический типы памяти. Первый чаще можно наблюдать у деятелей искусства. Смысловая память свойственна ученым. Наиболее часто встречается сочетание этих типов памяти.

Своеобразную форму памяти представляет память эмоциональная, связанная с определенными переживаниями человека. Среди других видов памяти можно отметить зрительную, слуховую (в частности, музыкальную), обонятельную, осязательную, вкусовую. Особый вид представляет собой двигательная память. Высокого уровня совершенства она достигает у балерин и людей, выполняющих сложные физические действия. Без этого вида памяти вообще невозможна целенаправленная деятельность. Перечисленные типы памяти в той или иной степени выраженности имеются у каждого человека.

Нарушения памяти. При различных заболеваниях могут страдать отдельные компоненты памяти: запоминание, удержание, воспроизведение.

Наиболее частые расстройства — гипомнезия, амнезия, и парамнезия — соответственно ослабление, выпадение и ошибки памяти. Кроме того, возможна гипермнезия — повышенная способность к запоминанию (см. схему).

Не всегда гипермнезию следует относить только к болезненным нарушениям памяти. Гипермнезия иногда произвольно создается педагогом или психологом для целей оптимизации памяти в условиях суггестопедического интенсивного обучения.

Гипомнезия встречается при астенических состояниях, возникающих при переутомлении, в результате перенесенных тяжелых заболеваний. По мере выздоровления память восстанавливается. В пожилом возрасте при выраженном церебральном атеросклерозе и дистрофических нарушениях резко ухудшаются запоминание и сохранение происходящего в данный период. Напротив, события далекого прошлого в памяти сохранены.

Полная амнезия (выпадение из памяти событий, происходящих в какие-либо отрезки времени) наблюдается при старческих психозах, тяжелых травмах мозга, отравлении окисью углерода и др. Различают ретроградную амнезию, когда утрачивается память на события, пред-

шествовавшие заболеванию, травме и др., и антероградную, когда забывается то, что было после заболевания.

Один из основоположников отечественной психиатрии С. С. Корсаков описал психоз, возникающий при хроническом алкоголизме и названный в его честь корсаковским психозом. Описанный им симптомокомплекс, встречающийся при других заболеваниях, называют корсаковским синдромом. При корсаковском психозе (синдроме) ухудшается запоминание текущих событий. Больной не помнит, кто с ним сегодня беседовал, посещали ли его родные, что он ел за завтраком, не знает имен медицинских работников, постоянно его обслуживающих.

К расстройствам воспроизведения относятся парамнезии — конфабуляции и псевдореминисценции.

При конфабуляциях пробелы памяти замещаются событиями и фактами, не имевшими места в действительности, причем это происходит помимо желания больных обмануть, ввести в заблуждение. Этот вид патологии памяти может наблюдаться у больных алкоголизмом при развитии корсаковского психоза, а также у больных старческим психозом, с поражением лобных долей головного мозга.

Псевдореминисценции (искажение воспоминания) отличаются от конфабуляций большей устойчивостью, причем, как о настоящем, больные рассказывают о событиях, которые были, возможно, в далеком прошлом, возможно, они их видели во сне или их никогда не было в жизни больных. Эти болезненные нарушения нередко наблюдаются у больных со старческими психозами.

Гипермнезия наблюдается у больных в состоянии маниакального возбуждения при маниакально-депрессивном психозе и маниакальном состоянии при шизофрении.

Тактика медицинского работника. Больные с различными видами расстройства памяти нуждаются в щадящем отношении к ним. Это особенно касается больных с амнезиями, так как резкое снижение памяти делает их совсем беспомощными. Понимая свое состояние, они боятся насмешек и упреков окружающих и чрезвычайно болезненно на них реагируют. При различных «промахах» и неправильных поступках больных медицинским работникам не следует раздражаться, а по возможности поправить их, ободрить и успокоить. Никогда не следует разубеждать больного с конфабуляциями и псевдореминисценциями, что его высказывания лишены реальности. Это вызовет только раздражение больного, и контакт с ним медицинского работника нарушится.

возбудителей в окружающей среде, в мыслях и переживаниях человека, в его организме (болевые ощущения и т. д.), тем легче сохраняется устойчивость внимания. В связи с этим в целях психогигиены на предприятиях, где работа требует напряженного внимания, следует устранять всякие отвлекающие факторы.

Расстройства внимания. Ослабление внимания проявляется в невнимательности. Первым типом невнимательности является рассеянность, определяемая малой интенсивностью внимания. Этот тип невнимательности наблюдается в норме у детей дошкольного возраста и у астенизированных больных.

Второй тип невнимательности определяется высокой интенсивностью и трудной переключаемостью внутринаправленного внимания. Этот тип отмечается у лиц, одержимых какой-либо идеей, сосредоточенных на своих переживаниях. В болезненном состоянии он характерен для лиц со сверхценными и навязчивыми идеями. Своеобразное расстройство способности переключения внимания наблюдается при локальных поражениях органическим процессом лобных долей головного мозга. У таких больных возникшее действие неоднократно повторяется в результате затруднения в переключении внимания на новое действие (персеверация внимания). Наблюдаются и противоположные случаи, когда способность переключения внимания патологически усиливается. Это отмечается у маниакальных больных. Их внимание непрерывно переключается на вновь возникающие объекты внешнего мира, слова, сказанные окружающими и т. д., в результате чего они ни на чем на достаточно длительное время не могут сосредоточиться.

Третий тип невнимательности определяется не только весьма слабой интенсивностью концентрирования внимания, но еще более слабой его переключаемостью. Подобного рода изменения внимания наблюдаются в старческом возрасте, при церебральном атеросклерозе, в условиях кислородного голодания.

Исследование нарушенного внимания. Ввиду того что качество внимания зависит от многих условий, при его исследовании нужно учитывать: внимание в разных формах деятельности, изменение внимания в зависимости от утомления и общего состояния организма, эмоциональных переживаний и т. д.

Повышенная утомляемость очень часто выражается в снижении внимания. Поэтому важно выявить суточную, недельную или месячную кривую внимания. Следует уста-

новить, какие ошибки допускаются больными в работе и когда более всего. Нужно обратить внимание при опросе на допускаемые пропуски в письме, ошибки в счете.

Широкое распространение при исследовании внимания получил корректурный метод. Исследуемому дается текст, в котором в каждой строчке предлагается вычеркнуть одну (иногда две) буквы. Исследование проводится 5—8 мин. Целесообразно проводящему исследованию отмечать в тексте, сколько знаков вычеркнуть. При истечении времени подводят итог — количество правильно выполненных действий и сделанных ошибок. Важно обратить внимание на увеличение ошибок, что свидетельствует о нарастании утомления во времени, истощаемости нервных процессов. Последнее характерно для некоторых больных, страдающих неврозами или органическим заболеванием головного мозга.

Иногда для оценки внимания используется счет. Дается ряд чисел от 1 до 25, в каждом ряду имеются пропуски. Предлагается их заменить и восполнить. Можно исследовать истощаемость по Крепелину, предлагая вычитать от 100 по 7 или 13 с фиксацией времени выполнения задания, ошибок и т. д. Психологи используют различные наборы таблиц.

Контрольные вопросы

1. Что такое внимание?
2. Что является физиологической основой внимания?
3. Чем отличается произвольное внимание от непроизвольного?
4. Перечислите основные свойства внимания.
5. Расскажите о типах невнимательности.
6. Какие типы расстройств переключения внимания наблюдаются в клинике?

МЫШЛЕНИЕ И ИНТЕЛЛЕКТ

Познавательный процесс, начавшись с простого ощущения, продолжается в форме восприятия. Восприняв и сохранив воспринятое, сознательно оживив прежние впечатления в виде представлений, человек далее совершает удивительное действие — мышление. Самое великое чудо природы — способность мозга, беря за основу общие свойства предметов и явлений, вскрывая между ними связи и отношения, делать обобщения.

Мышление представляет собой высшую форму отражения мира, обобщенное познание действительности, в котором важнейшее значение имеет слово, речь. Обобщенное

мышления и завершением сложных мыслительных операций, можно судить об интеллекте человека.

Понимание — одна из важнейших черт мышления. В понимании, как и в других мыслительных процессах, используются ассоциации. Когда человек сталкивается с новым для него предметом или явлением, с новыми обстоятельствами, перед ним встает задача понять их смысл и значение.

Многие слова и фразы имеют не один смысл, не одно значение. Например, слово «гусь» обозначает одну из птиц, но в переносном смысле с отрицательным оттенком иногда применяется и в суждении о человеке. Некоторые больные с нарушением психики не могут оперировать символами — условными знаками типа пословиц, метафор и др. У здоровых доступность условного смысла зависит от их воспитания, образования, умственного развития в целом и других факторов. Больным с органическими поражениями ЦНС и шизофренией часто недоступен иносказательный смысл пословиц, метафор. Это является следствием нарушения мышления.

Близки к нарушению оперирования условными знаками нарушения в понимании юмора. Неумный или малоразвитый человек часто не понимает шутки, юмора, а нередко толкует их превратно. У ряда больных, особенно шизофренией, неспособность понимать шутки бывает особенно выражена. В основе такой неспособности, как правило, лежит та или иная форма нарушения смыслового анализа.

В клинической картине, особенно при больших поражениях в области лобных долей мозга, отмечается патологическая склонность к «шутливости», например при гебефренической форме шизофрении, однако «шутки» этих больных бывают плоскими, неуместными. Больной с тяжелым соматическим заболеванием бывает не способен понять и оценить шутку, высказанную медицинским работником с целью одобрения или успокоения. Вообще подавленное настроение больного, обусловленное тяжелым соматическим состоянием, не располагает к юмору. Медицинский работник должен знать, с кем и как можно шутить.

Нарушения мышления и интеллекта. Основными характеристиками мышления как ассоциативного процесса являются: 1) темп, скорость; 2) стройность (грамматическая и логическая); 3) целенаправленность; 4) продуктивность. В соответствии с этим исследователь

может обнаружить ускорение или замедление ассоциативного процесса, разорванность ассоциаций, паралогические компоненты, своеобразное нарушение целенаправленности с преобладанием погруженности в мир собственных переживаний и использованием специфической символики. Может наблюдаться нарушение продуктивности мышления; речь бессвязна, представляет набор логически не связанных слов и предложений.

Нарушения мышления

- I. По темпу
 1. Ускорение (увеличение числа ассоциаций в единицу времени).
 2. Замедление (уменьшение числа ассоциаций в единицу времени).
- II. По стройности
 1. Разорванность (нет связи между мыслями и предложениями).
 2. Бессвязность (нет связи между словами).
 3. Инкогеренция (нет связи между слогами).
 4. Вербигерация (стереотипное повторение одних и тех же слов или словосочетаний).
 5. Паралогическое мышление (умозаключения строятся вразрез с логикой).
 6. Амбивалентность мышления (одновременное возникновение взаимоисключающих идей).
 7. Перерыв мышления (шперунги).
- III. По целенаправленности
 1. Резонерство (бесплодное мудрствование).
 2. Обстоятельность («топтание» вокруг несущественных обстоятельств).
 3. Персеверация (застывание на одной ассоциации).
 4. Аутистическое мышление (одностороннее, захватывающее лишь внутренний мир больного).
 5. Символизм (выводы строятся на основании случайных ассоциаций).
- IV. По продуктивности
 1. Навязчивые идеи (мысли, возникающие помимо воли больного и воспринимаемые им как болезненные).
 2. Сверхценные идеи (переоценка реальных фактов).
 3. Бред (болезненно обусловленное ложное суждение, не поддающееся коррекции).
 4. Неологизмы (возникновение необычных, непонятных слов).

Нарушение мышления наблюдается не только при органических поражениях головного мозга и у психически больных, но и при ряде соматических заболеваний. Так, при пернициозной анемии, тиреотоксикозе, туберкулезе легких (в стадии обострения процесса) отмечается некоторое ускорение мыслительного процесса. При различных тяжелых соматических интоксикациях и гипотиреозе темп образования ассоциаций замедленный.

Патология суждения включает главным образом навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

При ипохондрическом синдроме больной в результате нарушения мышления высказывает суждение о наличии у него определенного страдания. Это сопровождается депрессией, угнетающей волевые процессы. Иногда именно вследствие нарушения мышления больные склонны пессимистически оценивать свое состояние.

Основными факторами нарушения интеллекта являются олигофрения и деменция.

Олигофрения — врожденное недоразвитие интеллекта, бывает различной степени выраженности. По степени тяжести различают дебильность, имбецильность, идиотию.

Дебильность — легкая степень олигофрении. У лиц, страдающих дебильностью, формируется речь, сохраняются некоторые способности к обучению в специальных школах; нередко они обладают неплохой механической памятью и способностью к счету; способность к обобщению и абстракции снижена. Такие лица безынициативны и способны только к малоквалифицированному физическому труду.

Имбецильность — средняя степень недоразвития интеллекта. У страдающих имбецильностью речь бедна и косноязычна. Они практически необучаемы, с большим трудом они могут научиться писать несколько слов и выучить цифры в пределах первого десятка. Двигательно эти лица очень неловки и неуклюжи. Им можно привить навыки самообслуживания и санитарной гигиены и приспособить к несложной работе под постоянным контролем и наблюдением.

Идиотия — тяжелая степень олигофрении. Психика и речь у больных практически отсутствуют, они не способны овладеть навыками самообслуживания.

Деменция — приобретенное слабоумие. Разделяется на тотальное (глобарное, диффузное) и (лакунарное) очаговое.

При тотальном (полном) слабоумии отмечается не только грубое нарушение интеллектуальных способностей, но и распад личности. Резко нарушена память. Больные не могут использовать в своей деятельности прошлый опыт. Критика к своему состоянию у них отсутствует, они не соизмеряют свои поступки с требованиями долга и морали. Глобарное слабоумие может развиваться в результате тяжелой травмы головного мозга, злокачественно протекающей гипертонической болезни с выраженным церебральным синдромом и повторными инсультами, в старческом возрасте.

При лакунарном (частичном) слабоумии интеллект нарушается частично; мыслительные процессы замедляются, отмечается умеренное снижение памяти. Кри-

тическое отношение больных к своему состоянию сохранено. Лакунарное слабоумие отмечается при церебральном атеросклерозе в предстарческом возрасте, при тяжелых соматических заболеваниях.

Тактика медицинского работника. Больных с нарушениями интеллекта непросто обслуживать. Они нередко неправильно понимают или по-своему истолковывают обращенный к ним вопрос. Неадекватные высказывания и поступки их вызывают раздражение окружающих. Большой выдержки и высокого чувства сострадания требует от медицинского работника обслуживание таких больных. Лучшая форма отношения — доброжелательность.

Исследование мышления. Лучший вид исследования — опрос. Кроме того, используются специальные таблицы, экспериментально-психологические обследования — тесты и пробы (исследование способности к анализу и синтезу, критике нелепых рисунков, задания на сообразительность, быстроту ассоциаций и др.), из которых наибольшее значение имеет ассоциативный эксперимент. С успехом применяются тесты Бинэ-Симона и Вékслера (см. главу 1).

Контрольные вопросы

1. Что такое мышление?
2. Может ли быть вневещительным познание окружающего мира?
3. Какова взаимосвязь между мышлением и речью?
4. Расскажите о работе И. А. Соколянского и А. И. Мещерякова.
5. Расскажите о физиологических механизмах мыслительных процессов, раскрытых в трудах И. П. Павлова и его учеников.
6. Перечислите основные виды мыслительных операций и дайте им краткое определение.
7. Что такое понятие? Чем оно отличается от представления?
8. Дайте определение суждения и умозаключения.
9. Что такое интеллект?
10. Расскажите об основных формах нарушения интеллекта.

РЕЧЬ

Расширение знаний среднего медицинского работника в области патологии речи и ее нарушений имеет большое значение. Длительное время больные с расстройствами речи или неправильным ее развитием не получали необходимой медицинской помощи в связи с отсутствием подготовленных кадров и учреждений, где бы им оказывалась квалифицированная медицинская помощь.