**Контрольная работа**

по предмету:

**«Клиническая психология»**

на тему:

**«Клинико-психологическая характеристика**

**психоорганического синдрома»**

**Содержание**

Введение

Мозговые механизмы высших психических функций

Синдромный анализ нарушения высших психических функций

Заключение

Список литературы

**Введение**

Клиническая нейропсихология занимается исследованием больных с локальными поражениями мозга. Основной задачей является изучение нейропсихологических синдромов при локальных поражениях мозга. Исследования в этой области имеют большое практическое значение для диагностики, подготовки психологического заключения о возможности лечения, восстановления и прогноза дальнейшей судьбы больных. Основным методом является метод клинического нейропсихологического исследования. В настоящее время в клинической нейропсихологии изучаются синдромы, связанные с поражением правого полушария мозга, с дефектами межполушарного взаимодействия, с нарушением глубинных структур мозга. Дальнейшее развитие этого направления связано с развитием современных методов диагностики локальных поражений мозга.

Проблема соотношения психики и мозга принадлежит к числу важнейших проблем естествознания. Долгое время мозг считался своеобразным «черным ящиком», а в сознании большинства людей принципиальное различие между душой и телом было незыблемо. Но постепенно мозг стали рассматривать как материальный субстрат психики, имеющий сложную организацию. Первые попытки представить психические процессы как функции определенных участков мозга предпринимались еще в средние века, когда философы и натуралисты считали возможным поместить такие функции, как воображение, мышление и память, в три мозговых желудочка. Но истинное исследование проблемы взаимосвязи мозга и психических функций началось в XIX в., и в настоящее время можно выделить четыре основных подхода, сложившихся в науке, которые по-разному отвечали на главный вопрос: как же связаны психические функции с мозгом. Это узкий локализационизм (или психоморфологическая концепция), антилокализационизм (или концепция эквипотенциальности), эклектическая концепция и теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ).

**Мозговые механизмы высших психических функций**

Появление узкого локализационизма связывают с именем известного австрийского анатома Фрэнсиса Галля (1758-1828). 3аметив, что отдельные заболевания связаны с повреждением техили иных участков мозга, он предположил, что «сложные способности человека интимно связаны с отдельными, строго ограниченными участками мозга, которые, разрастаясь, образуют соответствующие выпуклости на черепе, позволяющие определять индивидуальные различия в способностях человека. Ф. Галль считал, что существуют определенные соотношения между особенностями психического склада людей и формой ихчерепа. Эту зависимость он объяснял различиями в интенсивности роста разныхобластей коры.

Сотрудник Галля Шпурцхейм распространял данные идеи под названием «френология» и добился их широкого признания. В первой четверти XIX в. френология была популярна не меньше, чем сто лет спустя - психоанализ. Увлекался этими идеями и А.С. Пушкин, анализируя по Галлю «милые черты знакомых дам». И в 1825 г. предлагал в письме к Анне Керн бросить мужа и приехать к нему, поскольку у нее сильно развит «орган полета». Этот орган полета, любви к путешествиям значился в сочинении Галля под номером 13 и характеризовался двумя выпуклостями, расположенными от корня носа к середине лба. Людям, у которых выражены эти бугры, якобы свойственно стремление путешествовать или «летать».

По сути это была первая попытка привязать конкретную функцию к строго ограниченному участку мозга, но, к сожалению, теории не опиралась на серьезные исследования и подверглась обоснованной критике. Кроме того, Галль не располагал соответствующими методами оценки умственных способностей, и многие его заключения основывались на измерении черепа отдельных людей, которых он рассматривал как носителей каких-либо определенных черт, вроде «дружелюбия» или «скрытности». Разработанные Ф. Галлеем френологические карты (1818) очень скоро были забыты. И в течение длительного периода идея связи отдельной функции с конкретным участком мозга считалась ошибочной.

Но коренной перелом в исследовании мозга наступил в 1861 г., когда французский анатом Поль Брока описал больного с грубым нарушением моторной речи (больной не мог произнести ни одного слова при полной сохранности движений губ, языка и гортани). Сделав после смерти больного вскрытие, Брока предположил, что этот дефект был вызван опухолью в задней трети нижней лобной извилины левого полушария. Таким образом впервые клинически была доказана связь психической функции с определенным участком мозга. Последовавшие затем годы вошли в историю науки под названием «блистательные 70-e» по тому количеству открытий, которые были сделаны в этот период. В 1873 г. немецкий психиатр Карл Вернике описал случай, когда поражение другого участка мозга (задней трети верхней височной извилины левого полушария) вызывало четкую картину нарушения понимания слышимой речи. В эти же годы были найдены «центр понятий», «центр письма», «центры ориентировки в пространстве». Узкий локализационизм стал наиболее популярным направлением в науке о мозге.

Одна из наиболее серьезных попыток узкой локализации психических функций была предпринята немецким психиатром К. Клейстом в 1934 г. На материале черепно-мозговых ранений времен первой мировой войны он составил карту локализации психических функций.

Е.Д. Хомская выделяет основные положения узкого локализационизма:

* функция рассматривалась как неразложимая на компоненты психическая способность, которая соотносится с определенным участком мозга;
* мозг, в свою очередь, представляет собой совокупность различных «центров», каждый из которых целиком заведует определенной функцией;
* под локализацией понималось непосредственное наложение психического на морфологическое.

Но, к сожалению, представители данного подхода не могли объяснить хорошо известные клинические факты: почему при поражении отдельных участков мозга могли нарушаться одновременно несколько психических функций и почему одна и та же функция страдала при поражении разных участков.

В противовес локализационизму появился антилокализационизм (эквипотенциальная концепция). Наиболее яркими представителями данного направления были физиологи М. Флуранц, К. Гольдштейн, Гольц, К. Лешли и психологи Вюрцбургской школы. Мишель Флуранц утверждал, что мозг неразделим на отдельные части, кора однородна и равноценна, как любая железа, например, печень. И мозг продуцирует психику так же, как печень - желчь. Результаты, полученные Флуранцом, противоречили опытам френологов. Он обнаружил, что частичное разрушение коры не влияет на поведение и что надо удалить весь конечный мозг, чтобы нарушить такие высшие психические процессы, как восприятие и регуляция произвольных движений. Исследования М. Флуранца продолжил К. Лешли, английский невролог, доказавший своими знаменитыми экспериментами на крысах, что степень нарушения психических функций зависит не от локализации очага поражения, а от массы пораженного мозга. Или, другими словами, нарушение функции не зависит от места повреждения «закон эквипотенциальности», но пропорционально величине повреждения («закон действия масcы»). Опираясь на работы Е.Д. Хомской, можно обозначить основные методологические положения антилокализационистов:

* психическая функция есть неразложимая на компоненты психическая способность;
* локализация функции представляет собой непосредственное соотнесение психического и морфологического;
* мозг - это однородное целое, равноценное и равнозначное для всех психических функций во всех своих отделах;
* психическая функция равномерно связана со всем мозгом.

Открытия тех или иных «мозговых центров» в 70-80-е годы XIX в. поставили под сомнение правомерность представлений о мозге как примитивной, недифференцированной нервной массе. Оппонентом как узких локализационистов, так и их противников стал английский невролог Дж. Хьюлинг, С. Джексон, высказавший предположение, что к мозговой организации сложных форм психических процессов следует подходить с позиции уровня их построения, и предложивший иерархический подход к строению нервных центров. Эти положения были развиты позже (в первой половине ХХ в.) фон Монаковым (1914), Хэдом (1926) и Гольдштейном (1927). Они попытались объединить оба подхода, что привело к появлению эклектической концепции, согласно которой локализовать в определенных участках можно лишь относительно элементарные сенсорные или моторные функции. Однако высшие психические функции связаны со всем мозгом равномерно.

Кроме того, существовала и откровенно идеалистическая концепция, которой придерживались такие крупные физиологи, как Г. Гельмгольц, Ч. Шерингтон, Э. Эдриан, Дж. Эклз, отрицавшие саму возможность связать мозг и психику.

К сожалению, ни одно из рассмотренных направлений исследования не позволяло выявить подлинные механизмы психической деятельности человека. Для решения этой задачи необходимо было пересмотреть методологическую основу изучения взаимосвязи психических функций и мозга. Итогом стало появление теории системной динамической локализации психических функций А.Р. Лурия.

Данная концепция основана на понимании психических явлений как системных качеств физиологических функций. Основополагающим является принцип динамической организации психических функций, сформулированный И.П. Павловым и развитый А.Р. Лурия и Л.С. Выготским. И.П. Павлов выделил в коре больших полушарий «ядерные зоны анализаторов» и «рассеянную периферию» и совместно с А.А. Ухтомским сформулировал принцип динамической локализации функций как сложного взаимодействия возбудительного и тормозного процессов на различных элементах системы анализатора, благодаря чему создается ответная деятельность организма. Причем А.А. Ухтомский придавал большое значение временным показателям работы разных элементов, входящих в динамическую систему.

Эти идеи нашли подтверждение в работах Н.П. Бехтеревой и ее коллег. Проведенные ими исследования показали, что любая. Сложная психическая деятельность обеспечивается работой сложных констелляций мозговым зон, составляющих звенья единой системы. Некоторые из этих звеньев являются «жесткими», т. е. принимают постоянное участие в реализации психических функций, другие - «гибкими», которые включаются в работу лишь при определенных условиях. «Гибкие» звенья системы составляют подвижный динамический аппарат, благодаря которому достигается изменчивость функций.

А.Р. Лурия и Л.С. Выготский пересмотрели такие понятия, как «функция», «локализация» и «симптом». Центральное длянейропсихологии понятие «высшие психические функции» было введено Л.С. Выготским, а затем подробно разработано А.Р. Лурия. «Под высшими психическими функциями (ВПФ) понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельностью».

Благодаря этому подходу психическую функцию стали рассматривать не как простую способность, не как отправление той или иной ткани мозга, а как психологическую систему, обладающую сложным психологическим строением и включающую много психологических компонентов. Такое понимание функции как функциональной системы основывается, во-первых, на представлении о подвижности входящих в ее состав частей (наличие постоянной задачи, осуществляемой с помощью меняющихся средств) и во-вторых, на том, что сложный состав функциональной системы всегда включает целый набор афферентных (настраивающих) и эфферентных (осуществляющих) компонентов. С этой точки зрения локализация ВПФ представляет собой системный процесс на основе многокомпонентного состава функциональной системы. ВПФ, как сложные функциональные системы, должны охватывать сложные системы совместно работающих зон мозга, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов. Системное представление о локализации ВПФ отличается следующими особенностями:

- ВПФ имеют опосредованный характер (опираются на исторически сложившиеся вспомогательные внешние средства, которые оказываются существенными факторами установления функциональной связи между отдельными участками мозга, объединяющимися в единую функциональную систему);

- локализация ВПФ не является устойчивой, меняясь как в процессе развития ребенка, так и на последовательных этапах упражнения.

Опираясь на пересмотренные понятия«функция» и «локализация», А.Р. Лурия и Л.С. Выготский сформулировали концепцию системной динамической локализации ВПФ, согласно которой любая психическая деятельность человека является сложной функциональной системой, обеспечиваемой целым комплексом совместно работающих аппаратов мозга. Эти функциональные системы формируются в онтогенезе и могут динамически перестраиваться в зависимости от конкретной задачи. Они имеют двойной принцип строения вертикальный и горизонтальный. Таким образом психическая функция любой степени сложности осуществляется при участии целого ряда корковых зон, подкорки, активизирующей системы мозга и, следовательно, не может быть локализована в каком-то одном участке коры. Один и тот же аппарат может перестраиваться для обеспечения разных видов деятельности. Е.Д. Хомская подчеркивает, что ВПФ обеспечиваются мозгом как целым, но это целое состоит из высокодифференцированных разделов, систем, каждая из которых вносит свой вклад в реализацию функции.

Пересмотр понятия «симптом» позволил А.Р. Лурия разработать основной метод нейропсихологии - метод синдромного анализа. Под симптомом традиционно понимали признак нарушения функции. Узкие локализационисты полагали, что нарушение функции, наступающее в результате разрушения определенного участка мозга, является прямым доказательством того, что данная функция локализована в разрушенном участке мозга. Если же рассматривать функцию как сложную функциональную систему, в организации которой принимают участие разные отделы мозга, то поражение любого из них приводит к нарушению функции в целом. Следовательно, «симптом» еще ничего не говорит о ее локализации. Поэтому А.Р. Лурия счел возможным перейти от симптомного анализа к синдромному. Под синдромом (от греч. syndrome - скопление, стечение) понимают совокупность симптомов или симптомокопмлекс. Синдромный анализ предполагает с одной стороны, сопоставление всех симптомов, возникших в результате одного, строго ограниченного очага поражения мозга, а с другой тщательный анализ нарушений данной функциональной системы при различных по локализации очагах поражения. При разработке синдромного анализа А.Р. Лурия опирался на принцип двойной диссоциации Тэйбера, согласно которому любой ограниченный корковый очаг поражения нарушает протекание одних психических процессов, оставляя в сохранности другие. Тщательный нейропсихологический анализ синдрома и двойной диссоциации, возникающих при локальных поражениях мозга, позволяет приблизиться к структурному анализу самих психических процессов.

**Синдромный анализ нарушения высших психических функций**

В соответствии с теорией системной динамической организации высших психических функций, при локальных поражениях головного мозга нарушается не какая-то одна психическая функция, а их совокупность, составляющая единый нейропсихологический синдром. Под последним А. Р. Лурия предложил рассматривать закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением определенного фактора. Целью синдромного анализа является поиск фактора, который приводит к формированию нейропсихологического синдрома. А под фактором понимают те физиологические процессы, которые протекают в определенных мозговых структурах. Нарушение этих факторов и является непосредственной причиной нарушения работы всей функциональной системы, обеспечивающей ту или иную психическую функцию.

Синдромный анализ в нейропсихологической практике опирается на следующие положения:

* необходимость качественной квалификации возникших нарушений психических функций. Качественный анализ предполагает определение формы нарушения психической функции, ответ на вопрос - какой характер носит дефект и почему он появился;
* необходимость анализа и сопоставления первичных дефектов, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, которые возникают по законам системной организации функций. Это сопоставление позволяет уяснить структуру нейропсихологического синдрома в целом и поставить топический диагноз;
* необходимость изучения состава не только нарушенных, но и сохранных ВПФ, поскольку, согласно принципу двойной диссоциации Тэйбера, при любом органическом корковом очаге поражения одни функции нарушаются, а другие остаются сохранными.

Е.Д. Хомская выделяет следующие типы факторов, имеющиеся у взрослого человека:

1. Модально-специфические факторы, связанные с работой различных анализаторных систем (зрительной, слуховой, кожно-кинестетической, двигательной). Материальной основой этих факторов являются вторичные зоны коры больших полушарий, составляющих корковые отделы анализаторов.

2. Модально-неспецифические факторы - связаны с работой неспецифических срединных структур мозга (инертности - подвижности нервных процессов, активации - дезактивации, спонтанности - аспонтанности).

3. Факторы, связанные с работой ассоциативных (третичных) областей коры. Они отражают процессы взаимодействия различных анализаторных систем, а также работу третичных зон - префронтальных и височно-теменно-затылочных зон.

4. Полушарные факторы, связанные с работой левого и правого полушарий мозга. Они характеризуют работу всего полушария в целом и определяют полушарные стратегии работы: преобладание абстрактных или конкретных способов переработки информации, сукцессивной (последовательной) или симультанной (одномоментной) организации высших психических функций, произвольной или непроизвольной регуляции психической деятельности.

5. Факторы межполушарного взаимодействия. Обеспечивают закономерности совместной работы левого и правого полушарии мозга, связаны со структурами мозолистого тела.

6. Общемозговые факторы, связанные с действием различных общемозговых механизмов, обеспечивающих целостную работу всего мозга (кровообращения, лимфообращения, гуморальными, биохимическими процессами).

Нарушение ВПФ может иметь различные проявления: в форме грубого расстройства функции, в виде ее патологического ослабления или снижения уровня выполнения функции. Основная классификация нейропсихологических синдромов построена по топическому принципу, т. е. на выделении области поражения мозга. В связи с этим их в первую очередь делят на синдромы поражения корковых отделов и синдромы поражения подкорки.

Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных полей коры больших полушарий. В свою очередь их можно разделить на две категории: синдромы, возникающие при поражении задних отделов мозга, и синдромы, связанные с поражением передних отделов больших полушарий.

Нейропсихологические синдромы поражения задних отделов коры больших полушарий имеют общие черты. Их основу составляют гностические, мнестические и интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модально-специфических факторов. К ним относят:

* синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры больших полушарий. Проявляются в нарушении зрительного гнозиса, зрительной памяти, зрительного пространства, а также в нарушении оптико-пространственного анализа и синтеза;
* синдромы поражения зоны ТРО (третичных височно-теменно-затылочных отделов коры). Данные нарушения приводят к трудностям ориентации во внешнем зрительном пространстве, конструктивной апраксии, расстройству наглядных мыслительных процессов;
* синдромы поражения коры теменной области мозга. В основе этих синдромов лежит нарушение модально-специфических кожно-кинестетических факторов (тактильные агнозии, соматоагнозии);
* синдромы поражения наружной коры височной области мозга. Их повреждение приводит к нарушению фонематического слуха, слуховой агнозии, амузии;
* синдромы поражения коры медиобазальныx (внутренних) отделов височной области коры больших полушарий. Проявляются в виде модально-неспеццфических нарушений памяти, сознания и эмоциональной сферы.

Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий также не являются однородными и могут проявляться в виде двух синдромов:

* синдром поражения премоторных отделов коры, связанный с нарушением плавности, автоматизированности, последовательности движений;
* синдром поражения коры префронтальной области мозга. Центральными симптомами здесь являются общие нарушения поведения и изменение личности больного.

Что касается синдромов поражения подкорки, то они изучены недостаточно. Но в литературе есть материал о трех типах нейропсихологических синдромов, связанных с поражением глубоких структур мозга**:**

- синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга, проявляющиеся в виде нарушений памяти, внимания и эмоциональных процессов;

- синдромы поражения срединных комиссур мозга. Проявляются в виде нарушения координации движений, затруднения в назывании предметов, попавших в левое поле зрения, а также в форме дископии - дисграфии;

- синдромы поражения глубинных полушарных подкорковых структур (базальные ганглии). В него входит широкий спектр нарушений, которые характерны для поражения как передних, так и задних отделов мозга.

**Заключение**

Синдромный подход к анализу нарушений психических функций при локальных поражениях мозга является основным в современной нейропсихологии. И исследования в этом направлении приносят все более интересные данные об особенностях взаимосвязи мозга и психики.

Подводя итог, можно выделить основные положения теории системной динамической локализации высших психических функций:

- каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему и обеспечивается мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции;

- различные элементы функциональной системы могут находиться в достаточно удаленных друг от друга участках мозга и при необходимости замещают друг друга;

- при повреждении определенного участка мозга возникает «первичный» дефект - нарушение определенного физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре;

- как результат поражения общего звена, входящего в разные функциональные системы, могут возникать «вторичные» дефекты.

В настоящее время теория системной динамической локализации высших психических функций является основной теорией, объясняющей взаимосвязь психики и мозга.

**Список литературы**

1. Курек, Н.С. Нарушение психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. – Спб: Алетейя, 2001. – 220с.
2. Медицинская энциклопедия. – М., Эксмо, 2000. – 895с.
3. Ренина Н.В., Воронцов Д.В., Юматов И.И. Основы клинической психологии/ Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов на Дону: Феникс, 2003. – 480с.
4. Справочник по психологии детей и психиатрии детского и подросткового возраста/под ред. С.Ю. Циркина; Ассоциация детских психиатров и психологов – Спб: Питер, 2001. – 752с.