

**Казахский национальный университет имени аль-Фараби
Факультет философии и политологии
Кафедра общей и прикладной психологии**

Медицинская психология

**Лектор: к.психол.н., старший преподаватель
Кудайбергенова С.К.**

2022-2023 учебный год

Лекция 13

Основные нейропсихологические синдромы

ЗРИТЕЛЬНЫЕ АГНОЗИИ

Большинство авторов, исходя из клинической феноменологии, выделяют шесть основных форм нарушений зрительного гнозиса.

Если больной, правильно оценивая отдельные элементы изображения, не может понять смысла изображения объекта в целом, это называется *предметной агнозией*; когда он не различает человеческие лица (или фотографии) – это называется *лицевой агнозией*; если больной плохо ориентируется в пространственных признаках изображения, то это называется *оптико-пространственной агнозией*; если больной, правильно копируя буквы, не может их читать, это называется *буквенной агнозией*; если больной различает цвета, но не знает, какие предметы окрашены в данный цвет, и не может вспомнить цвет знакомых предметов, это называется *цветовой агнозией*. Как самостоятельная форма выделяется и *симультанная агнозия* – такое нарушение зрительного гнозиса, когда больной может воспринимать только отдельные фрагменты изображения, вследствие резкого сокращения возможности видеть целое, причём это эффект наблюдается и при сохранности полей зрения.

ТАКТИЛЬНЫЕ АГНОЗИИ

Тактильными агнозиями в нейропсихологии обозначаются нарушения узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности, т. е. при сохранности сенсорной основы тактильного восприятия.

В клинической литературе описано два основных синдрома поражения теменной области мозга: **нижнетеменной и верхнетеменной синдромы.**

Нижнетемной синдром

Астереогноз - предметной тактильной агнозии. Это нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность интегрировать тактильные ощущения, поступающие от объекта. Астереогноз может проявляться как при относительной сохранности разных видов чувствительности, так и на фоне изменений чувствительности.

Больной правильно воспринимает предмет зрительно, но не узнает его при ощупывании с закрытыми глазами. Ощупывая мелкие предметы, например, ключ, карандаш, больной говорит, что у него в руке что-то длинное или острое, т.е. правильно оценивает отдельные признаки предмета. Однако он не может опознать предмет в целом. В некоторых случаях неверно опознаются и признаки объекта.

В одних случаях больной правильно воспринимает отдельные признаки предмета, но не может их синтезировать в единое целое, в других – нарушено опознание и этих признаков.

Встречаются трудности опознания самого материала, из которого сделан предмет, т. е. трудности опознания таких качеств объекта, как шероховатость, гладкость, мягкость, твердость – качеств, которые характеризуют поверхность предмета. Этот тип нарушения тактильного гнозиса получил название «тактильной агнозии текстуры объекта».

Верхнетеменной синдром

Возникают симптомы нарушения «схемы тела» (соматоагнозия), т.е. расстройство узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу.

Обычно больной плохо ориентируется в одной левой половине тела, что сопровождается поражением правой теменной области мозга. Больной игнорирует левые конечности, иногда как бы «теряет их». При этом часто возникают ложные соматические образы (соматопарагнозии) в виде ощущений «чужой» руки, увеличения, уменьшения частей тела (руки, головы), удвоения конечностей.

СЛУХОВЫЕ АГНОЗИИ

Аритмия - больные не могут оценить правильно ритмические структуры, которые предъявляются им на слух, и не могут воспроизвести их.

Амузия - нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой. Симптомом поражения правой височной области нарушение интонационной стороны речи.

Больные с поражением правой височной области часто не только не различают речевых интонаций, но и сами не очень выразительны в своей собственной речи. Их речь лишена модуляций, интонационную разнообразия, свойственного здоровому человеку. У таких больных часто страдает пение.

Апраксии

Нарушения произвольных движений и действий относятся к сложным двигательным расстройствам, которые связаны с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем.

Кинестетическая апраксия.

Движения становятся недифференцированными, плохо управляемыми (симптом — «рука-лопата»), у больных нарушаются движения письма, возможность правильного воспроизведения различных поз руки (апраксия позы), они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (например, как наливают в стакан чай и т. п.). В этих случаях при сохранности внешней пространственной организации движений нарушается проприоцептивная кинестетическая аферентация двигательного акта. При усилении зрительного контроля движения можно в определенной степени компенсировать. При поражении левого полушария кинестетическая апраксия обычно носит двусторонний характер, при поражении правого полушария возможна кинестетическая апраксия только в одной левой руке.

Пространственная апраксия, или апрактоагнозия

Зрительно-пространственная афферентация движений.

Пространственная апраксия может протекать на фоне сохраненных зрительных гностических функций, но чаще она наблюдается на фоне зрительной оптико-пространственной агнозии, тогда возникает комплексная картина апрактоагнозии.

Во всех случаях у больных наблюдается апраксия позы, трудности выполнения пространственно-ориентированных движений (например, больные не могут застелить постель, одеться и т. п.). Усиление зрительного контроля за движениями им не помогает. Нет четкой разницы при выполнении движений с открытыми и закрытыми глазами. К этому типу расстройств относится и конструктивная апраксия — трудности конструирования целого из отдельных элементов (кубики Кооса и т. п.). При левостороннем поражении теменно-затылочных отделов коры нередко возникает оптико-пространственная аграфия из-за трудностей правильного написания букв, различно ориентированных в пространстве.

кинетическая апраксия.

Проявляется в виде распада «кинетических мелодий», т. е. нарушения последовательности, временной организации двигательных актов. Для этой формы апраксии характерны двигательные персеверации проявляющиеся в бесконтрольном продолжении начавшегося движения (особенно — серийно выполняемого)

Особенно подробно она исследовалась А. Р. Лурия, установившим при данной форме апраксии общность нарушений двигательных функций руки и речевого аппарата в виде первичных трудностей автоматизации движений, выработки двигательных навыков.

Кинетическая апраксия проявляется в нарушении различных двигательных актов — предметных действий, рисования, письма, в трудностях выполнения графических проб, особенно при серийной организации движений (динамическая апраксия).

НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

1. Модально-неспецифические нарушения внимания

Эти нарушения внимания распространяются на любые формы и уровни внимания. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности (зрительных, слуховых, тактильных и др.), что и позволяет обозначать этот тип нарушения внимания как модально-неспецифический.

Подобного рода нарушения внимания характерны для больных с поражениями неспецифических срединных структур мозга разных уровней.

1 А. При поражении нижних отделов неспецифических структур (уровня продолговатого и среднего мозга) у больных наблюдается быстрая истощаемость, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания. Эти симптомы нарушения внимания проявляются в любом виде деятельности {сенсомоторной, гностической, интеллектуальной) из-за слабости тех механизмов, которые поддерживают внимание. Важнейшей характеристикой этого уровня поражения неспецифических структур является возможность компенсации нарушений внимания через обращение к высшим смысловым категориям, через организацию действия, а также через сопровождение действий громкой речью — способу, усиливающему речевую регуляцию деятельности.

1В. Нарушения, связанные с поражением диэнцефальных отделов мозга и лимбической системы.

При поражении этих неспецифических структур нарушения внимания, как правило, проявляются в существенно более грубых формах. Такие больные часто вообще не могут сосредоточиться ни на какой деятельности или их внимание крайне неустойчиво. Эти трудности проявляются и при выполнении двигательных актов, и при решении задач, и при выполнении вербальных заданий.

Попытки поднять уровень активности этих больных, как правило, не дают стойкого результата. Компенсация длится очень недолго. В данном случае наблюдается другой тип нарушения внимания со сниженными возможностями компенсации вследствие ослабления механизмов произвольной регуляции деятельности. К этой группе больных относятся больные с опухолями в области таламуса, гипоталамических структур, с поражениями в области третьего желудочка, в области лимбической коры, гиппокампа. Эта группа клинически неоднородна и в ряде случаев нарушения внимания у таких больных сочетаются с нарушениями сознания и памяти.

1 С. Нарушения, связанные с поражением уровня медиобазальных отделов лобных и височных долей. У этой группы больных преимущественно страдают произвольные формы внимания в самых различных видах психической деятельности. Одновременно у них патологически усилены непроизвольные формы внимания. Это так называемые «лобные» (или «лобно-височные») больные, которые характеризуются «полевым поведением», т. е. они чрезвычайно реактивно на все стимулы, как будто бы замечают все, что происходит вокруг (оборачиваются на любой звук, вступают в разговоры, которые ведут между собой соседи, и т. д.). Но это бесконтрольная реактивность, отражающая растормаживание элементарных форм ориентировочной деятельности.

2. Модально-специфические нарушения **внимания**

Модально-специфические нарушения внимания проявляются только в одной сфере (т. е. по отношению к стимулам одной модальности), например, только в зрительной, слуховой, тактильной сфере или в сфере движений. Это особый тип нарушений внимания, который в клинике локальных поражений головного мозга описывался клиницистами как явления игнорирования тех или иных стимулов.

Зрительное невнимание.

В зрительной сфере этот симптом был впервые обнаружен при изучении полей зрения, когда больному, который концентрировал внимание на центральной точке, одновременно предъявлялись не один стимул (с левой или с правой стороны), а сразу два стимула.

Симптом игнорирования зрительных стимулов часто отражает легкую (или начальную) стадию поражения зрительных анализаторных структур и по мере дальнейшего развития заболевания может перейти в гностические расстройства или в одностороннее нарушение полей зрения (гемианопсию).

Слуховое невнимание. Если предъявлять одновременно на два уха два разных звука или два разных слова и просить больного точно сказать, что именно он слышит, то часто оказывается, что больной слышит только те звуки (слова), которые подаются в одно ухо, и полностью игнорирует информацию, поступающую в другое ухо. Здоровые люди-правши имеют определенную асимметрию слухового внимания к вербальным стимулам.

В среднем нормальный человек правша слышит слова на 10—14% лучше правым ухом, чем левым. Этот феномен получил название «эффекта правого уха», у больных с локальными поражениями мозга проценты асимметрии резко возрастают (до 50—60% и больше).

Этот симптом получил название симптома игнорирования звуков, поступающих с одной стороны. Слуховое невнимание связано, прежде всего, с поражением слуховой анализаторной системы. Однако оно может наблюдаться и при более широкой локализации очагов поражения внутри полушария.

Тактильное невнимание. Экспериментатор одновременно касается одних и тех же участков кистей рук (левой и правой) с одинаковой интенсивностью.

В этих условиях часто можно видеть, что больной как бы «не замечает» прикосновения к одной руке, когда даются два прикосновения одновременно. Чаще он «не замечает» прикосновения к левой руке или ошибается при двойном прикосновении к левой руке, что является симптомом поражения правого полушария головного мозга (преимущественно правой теменной доли). Если прикоснуться отдельно только к левой или только к правой руке, то явления игнорирования стимула не обнаруживаются.

- **Двигательное невнимание.** Оно проявляется в том случае, когда больному предлагается одновременно выполнять движения двумя руками.
- При выполнении двуручных двигательных заданий, как правило, больные начинают выполнять движения правильно, затем одна рука замедляет движения, потом как бы отключается, и больной продолжает совершать движения только одной рукой. На вопрос: «Правильно ли Вы делаете?», он отвечает: «Правильно». При повторении задания та же рука (чаще левая) вновь отключается. Сам больной, по-прежнему, не осознает своих ошибок. Это игнорирование собственных ошибок отражает нарушение внимания в двигательной сфере.
- Симптом игнорирования исчезает, если попросить больного делать те же движения отдельно левой и правой рукой.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

1. **Модально-неспецифические** нарушения памяти. Это целая группа патологических явлений, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление любой по модальности информации.

Модально-неспецифические нарушения памяти возникают при поражении различных уровней срединных неспецифических структур мозга.

В зависимости от уровня поражения неспецифических структур модально-неспецифические нарушения памяти носят различный характер.

Прежде всего, у этих больных существенно больше страдает кратковременная, а не долговременная память или память на текущие события у них очень ранима.

- **Модально-специфические нарушения памяти** составляют второй тип мнестических дефектов, встречающихся в клинике локальных поражений головного мозга. Эти нарушения связаны лишь с определенной модальностью стимулов и распространяются только на раздражители, адресующиеся к какому-то одному анализатору. К модально-специфическим нарушениям относятся нарушение зрительной, слуховой, музыкальной, тактильной и двигательной памяти. В отличие от модально-неспецифических расстройств памяти, которые связаны с поражением первого функционального блока мозга, модально-специфические нарушения памяти возникают при поражении различных анализаторных систем, т. е. при поражении второго и третьего функциональных блоков.

Нарушения слухоречевой памяти.

Наиболее изученной формой модально-специфических нарушений памяти являются нарушения слухоречевой памяти, которые лежат в основе акустико-мнестической афазии. В этих случаях у больных нет общих нарушений памяти, как у описанной выше группы больных (как и нарушений сознания). Дефект слухоречевой памяти выступает в изолированной форме. В то же время у таких больных отсутствуют и четкие расстройства фонематического слуха, что указывает на возможность поражения только одного мнестического уровня слухоречевой системы.

Нарушения зрительно-речевой памяти.

При оптико-мнестической форме афазии определенным образом нарушается зрительно-речевая память и больные не могут назвать показываемые им предметы, хотя их функциональное назначение им понятно и они пытаются его описать (жестами, междометиями и т. п.). У этих больных нарушены зрительные представления объектов, вследствие чего нарушен и рисунок, однако они не обнаруживают никаких собственно гностических зрительных расстройств, полностью ориентируясь в окружающем зрительном мире (и его изображениях). Нарушения слухоречевой и зрительно-речевой памяти характерны лишь для поражений левого полушария мозга (у правшей).

Псевдоамнезии.

характерны для больных с массивными поражениями лобных долей мозга (левой лобной доли или обеих лобных долей). Сама задача запомнить материал не может быть поставлена перед "лобными" больными, так как у них грубо нарушается процесс формирования намерений, планов и программ поведения, то есть страдает структура любой сознательной психической деятельности, в том числе и мнестической.

У больных с поражением лобных долей мозга произвольная память (т. е. произвольное запечатление и произвольное узнавание) лучше, чем произвольная

Афазии

• При поражении «зоны Вернике» возникает **сенсорная афазия**. Нарушение фонематического слуха ведет к резкой дезорганизации всей речевой системы. При полном разрушении этой области коры у человека исчезает способность различать фонемы родного языка. Такие больные не понимают обращенную к ним речь. В менее грубых случаях они перестают понимать быструю или «зашумленную» речь (например, когда одновременно говорят двое людей), т. е. речь в усложненных условиях. Особенно затруднено для них восприятие слов с оппозиционными фонемами. Так, слово «голос» они слышат как «колос», «холост», «колхоз» и т. п., так как звуки «г—к—х» и «с—з» они не различают; слова «забор—собор—запор» звучат для них как одинаковые. Дефект понимания устной речи является центральным в этом заболевании.

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних отделов коры левой височной области, расположенных вне ядерной зоны звукового анализатора.

При акустико-мнестической афазии фонематический слух остается сохранным, больной правильно воспринимает звуки родного языка, понимает обращенную к нему устную речь. Однако он не способен запомнить даже сравнительно небольшой речевой материал вследствие грубого нарушения слухоречевой памяти.

Оптико-мнестическая афазия возникает при поражении задне-нижних отделов височной области (у правшей). Больные не способны правильно называть предметы. В устной речи это проявляется в том, что больные не могут назвать предметы и пытаются дать им словесное описание («Ну, это то, чем пишут», «Это такое, ну, чтобы запирать» и т. п.). В описаниях нет четких зрительных образов, это обычно попытка охарактеризовать функциональное назначение предмета.

Афферентная моторная афазия.

В этих случаях нарушается кинестетическая речевая афферептация (речевые кинестезии), т. е. возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речевого акта.

Больные с поражением нижних отделов теменной области коры левого полушария смешивают близкие артикулемы и произносят, например, слово «халат», как «хадат», слово «слон», как «снол» или «слод» и т. п. Нарушение произношения слов является первичным симптомом, поэтому афазия, которая возникает в этих случаях, называется моторной афазией.

Кинестетическая моторная афазия.

Трудности артикулирования звуков речи у больных с афферентной моторной афазией проявляются в различных заданиях, например, при задании повторить определенные звуки речи (несколько гласных звуков).

- **Семантическая афазия** возникает при поражении зоны ТРО (теменно-париетально-окципитальной зоны коры) — области стыка височных, теменных и затылочных областей мозга. Больные с семантической афазией не понимают целый ряд грамматических конструкций, в которых отражаются пространственные или «квазипространственные» отношения. К ним относятся следующие:
 - а) Предлоги (над, под, сверху, снизу и др.). Такие больные не видят разницы в выражениях «круг над крестом», «круг под крестом» или «крест под кругом». Иными словами, больные не понимают пространственные отношения, выраженные с помощью предлогов.
 - б) Слова с суффиксами, например, такие, как «чернильница», «пепельница», где суффикс «ца» означает вместилище, т. е. выражает пространственные отношения.
 - в) Сравнительные отношения. Больные не понимают предложений типа «Ручка длиннее карандаша», «Карандаш короче ручки» или «Оля темнее Кати, но светлее Сони. Кто из них самый темный?» Понимание такого рода конструкций требует мысленного явления двух или трех объектов, т. е. симультанного (одновременного) анализа. В данном случае слова связаны «квазипространственными» отношениями, поскольку в подобных конструкциях отсутствует собственно пространственное содержание.
 - г) Конструкции родительного падежа типа «брат отца», «отец брата», «мамина дочка», «дочкина мама» и т. д. Для больных эти выражения непонятны. Им понятно, что такое мама и дочка — отдельно, но не «мамина дочка», выражающее отношение между ними.

Литература к лекции 13

1. Хомская Е.Д. Нейропсихология
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии
3. Лекции по основам нейропсихологии
4. Карвасарский Клиническая нейропсихология