

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗОНТОГЕНЕЗА. ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ

ХРОМОВА АННА

ПЕТРОСЯН СТЕПАН

СППС-4

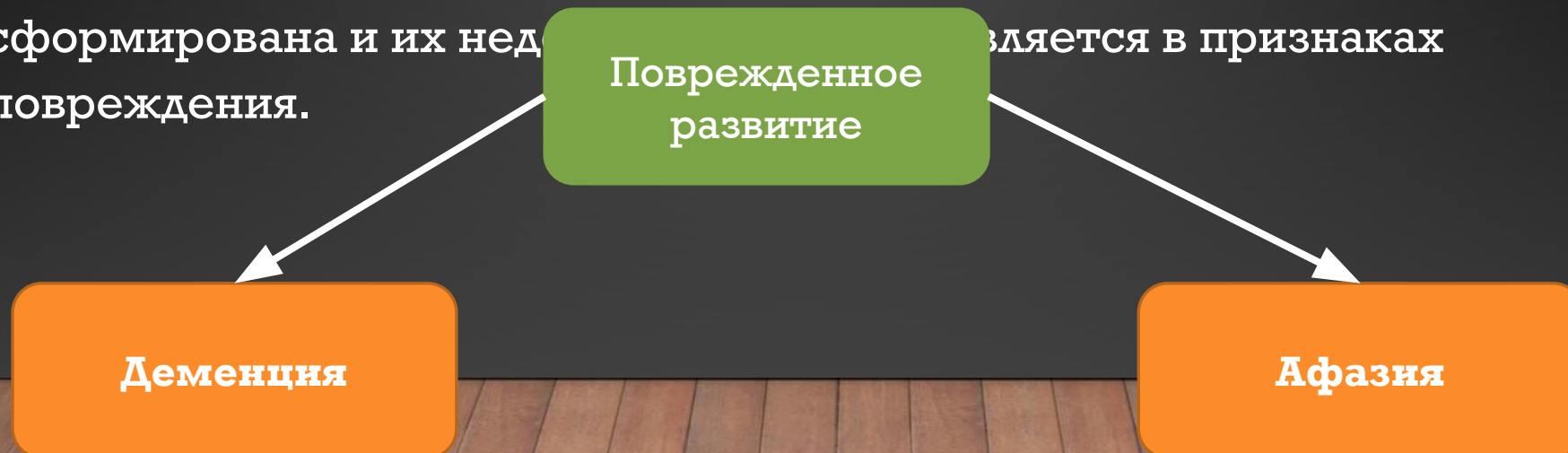
КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗОНТОГЕНЕЗА ПО В.В. ЛЕБЕДИНСКОМУ

Классификация психического дизонтогенеза предложенная В.В. Лебединским (клинико-психолого-педагогическая характеристика различных видов дизонтогенеза) имеет следующий вид :

1. Недоразвитие (Олигофрения, ОНР)
2. Задержанное развитие (ЗПР, ЗРР)
3. Поврежденное развития (Деменция, Афазия)
4. Дефицитарное развитие (Слепота, Глухота)
5. Искаженное развитие (РДШ, РДА)
6. Дисгармоническое развитие (Психопатии)

ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

- *Поврежденное развитие* имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2—3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недоразвитие проявляется в признаках повреждения.



ДЕМЕНЦИЯ

- Деменция — приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.
- В отличие от умственной отсталости (олигофрении), слабоумия врождённого или приобретённого в младенчестве, представляющей собой недоразвитие психики, деменция — это распад психических функций, происходящий в результате поражений мозга, часто — в молодости в результате аддиктивного поведения, а наиболее часто — в старости.

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ

- **корковую** — с преимущественным поражением коры головного мозга (болезнь Альцгеймера, алкогольная энцефалопатия);
- **подкорковую** — с преимущественным поражением подкорковых структур (прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Гентингтона, болезнь Паркинсона, мультиинфарктная деменция (поражение белого вещества));
- **корково-подкорковую** (болезнь с тельцами Леви, корково-базальная дегенерация, сосудистая деменция);
- **мультифокальную** — с множественными очаговыми поражениями (болезнь Крейтцфельда — Якоба).

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВО ВЗРОСЛОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Нарушение кратковременной и долговременной памяти (по данным психиатрического интервью, субъективного и объективного анамнезов, нейро- и патопсихологической диагностики).

По меньшей мере, одно из следующего:

- Нарушение абстрактного мышления
- Нарушение критики, обнаруживаемое как неспособность строить реальные планы в отношении окружающих, родственников и вопросов, связанных с работой
- Нейропсихологические симптомы и синдромы: афазия, апраксия, агнозия («три А»), а также нарушение оптико-пространственных функций и конструктивной деятельности.
- Личностные изменения.
- Социальная дезадаптация в семье и на работе.
- Отсутствие проявлений делирия в период деменции.
- Наличие органического фактора в истории болезни (по результатам лабораторных исследований, анализов и т. п.).

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДЕМЕНЦИИ

- **Лёгкая.** Хотя работа и социальная деятельность существенно нарушены, способность к самостоятельной жизни сохраняется, с соблюдением правил личной гигиены и относительной сохранностью критики.
- **Умеренная.** Предоставлять больному самому себе рискованно, требуется определенный надзор.
- **Тяжёлая.** Повседневная деятельность настолько нарушена, что требуется постоянный надзор (например, больной не в состоянии выполнять правила личной гигиены, не понимает, что ему говорят и сам не говорит).

ДЕТСКАЯ ДЕМЕНЦИЯ ИЛИ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДЕМЕНЦИЯ

- При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем).
- В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно- подкорковые взаимоотношения.
- Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечения, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

АФАЗИЯ

- Афазия — это системное нарушение уже сформировавшейся речи (в отличие от алалии).
- Возникает при органических поражениях речевых отделов коры (и «ближайшей подкорки» — по выражению А. Р. Лурии) головного мозга в результате перенесенных травм, опухолей, инсультов, воспалительных процессов и при некоторых психических заболеваниях.

КЛАССИФИКАЦИЯ А. Р. ЛУРИИ

1. Афазия Брока, или эфферентная моторная афазия
2. Динамическая афазия
3. Афферентная моторная афазия
4. Афазия Вернике, или сенсорная афазия.
5. Акустико-мнестическая афазия
6. Амнестическая афазия
7. Номинальная афазия
8. Семантическая афазия

АФАЗИЯ БРОКА, ИЛИ ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ

- Афазия Брока, или эфферентная моторная афазия впервые описана Полем Брока в 1861 году.
- Она возникает при поражении нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (двигательный речевой центр (центр Брока)).
- Вызывает распад грамматики высказывания (телеграфный стиль высказываний) и трудность переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов. Наблюдаются литеральные парафазии (замещения одних звуков другими), грубые нарушения чтения и письма.

ДИНАМИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

- Динамическая афазия проявляется в невозможности построения внутренней программы высказывания и ее реализации.
- А. Р. Лурия полагал, что в основе этой формы афазии лежит распад внутренней речи. Эта форма возникает вследствие поражения префронтальной области левого полушария (у правшей).

АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ

- Афферентная моторная афазия. Возникает при поражении задне-центральной и теменной областей коры.
- Для таких больных характерно нарушение звена выбора звука. Первичный дефект заключается в неразличении близких по артикуляции звуков. Они смешивают артикулемы внутри группы (халат-хадат, слон-снол). Нарушаются кинестетические ощущения от органов артикуляции.
- Ведущий дефект — невозможность найти точные артикуляционные позы и уклады для произнесения слова.

АФАЗИЯ ВЕРНИКЕ, ИЛИ СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ

- В её основе лежит нарушение фонематического слуха, различение звукового состава слов.
- При акустико-гностической афазии наблюдается утрата способности понимания звуковой стороны речи.

АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

- В основе лежит нарушение объёма удержания слухоречевой информации, сужение объёма и тормозимость слухоречевой памяти.
- В основе оптико-мнестической афазии лежит нарушение зрительной памяти, слабость зрительных образов слов, она проявляется в трудности называния слов. Эта форма афазии и афазия Вернике могут рассматриваться в рамках амнестической афазии, картина которой схожа с проявлениями этих форм.

АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

- Амнестическая афазия проявляется при поражении теменно-височной области.
- Дефект заключается в трудности называния предметов, хотя больной знает их значение и употребление. Например, при показе пациенту ключа, он не может его назвать, но отвечает, что это то, чем открывают и закрывают замок, либо делает ключом вращательные движения.
- Наблюдаются вербальные парафазии, амнестические западения. Некоторые исследователи считают различие этих трех форм афазии (сенсорная афазия, акустико-мнестическая афазия, амнестическая афазия) сугубо теоретическим.

НОМИНАЛЬНАЯ АФАЗИЯ

- Номинальная афазия, близкая к вышеописанной амнестической, проявляется в затруднении называния предметов и является одним из симптомов болезни Альцгеймера.

СЕМАНТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

- В основе семантической афазии лежат дефекты симультанного анализа и синтеза речи (одновременного схватывания информации).
- Ведущим дефектом для этой формы является нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций, описывающих пространственные и квазипространственные отношения.