



Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)»  
Высшая медико-биологическая школа  
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

рецензент, врач психиатр-нарколог  
высшей категории, заведующий  
отделением №2 ГБУЗ "ЧОКНБ"

\_\_\_\_\_ Шатырко М.А.  
\_\_\_\_\_ 2019 г

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой  
к.м.н., доцент

\_\_\_\_\_ М.А. Бербин  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

Клинико-психологические характеристики нарушений мышления и  
речи при алкоголизме

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА  
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ–37.05.01.2019.442.ПЗ ВКР

Руководитель работы,  
старший преподаватель кафедры  
клинической психологии

\_\_\_\_\_ А.В. Новохацки  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

Автор работы,  
студент группы МБ–667

\_\_\_\_\_ Ю.Л. Мусихина  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

Нормоконтролер,  
старший преподаватель кафедры  
клинической психологии

\_\_\_\_\_ А.В. Новохацки  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

Челябинск 2019

## АННОТАЦИЯ

Мусихина Ю.Л. Клинико-психологические характеристики нарушений мышления и речи при алкоголизме. – Челябинск: ЮУрГУ, МБ–667, 51 с., 11 ил., 4 табл., библиогр. список – 51 наим., 1 прил..

Работа направлена на исследование особенностей речи и мышления у больных алкоголизмом II стадии.

Основными задачами данного исследования являются: выделение специфики нарушений мышления и речи при алкогольной зависимости на основе научно-теоретических и статистических подходов; выделение особенностей нарушения мышления и речи у лиц с алкогольной зависимостью и лиц с органическим расстройством личности (на основе литературного анализа); определение программы исследования особенностей мышления и речи у больных алкоголизмом: выделение наиболее чувствительных методов психодиагностики, определяющих специфические изменения мыслительной деятельности.

Новизна работы заключается в выделении на основе отмеченных в процессе исследования особенностях мышления и речи наиболее информативных методик и дополнении уже существующих данных о клинико-психологических особенностях мышления и памяти больных алкоголизмом.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	9
1.1 Научно-теоретические подходы в клинике алкогольной зависимости....	9
1.2 Особенности проявления органического расстройства личности в результате злоупотребления алкоголем.....	16
2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	23
2.1 Объект и предмет исследования, цели и задачи исследования.....	23
2.2 Методы исследования.....	24
3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	28
3.1 Особенности речи больных алкоголизмом.....	28
3.2 Особенности мышления больных алкоголизмом.....	31
3.3 Особенности речемыслительной деятельности.....	38
3.4 Наиболее информативные пробы.....	39
ВЫВОДЫ.....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	44
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	45
ПРИЛОЖЕНИЯ	
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	50

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Особая социально-медицинская значимость проблемы алкоголизации населения объясняется широким распространением и доступностью алкоголя, в том числе и для лиц, не достигших совершеннолетия. По данным Федеральной службы алкогольного рынка за 2018 год на территории Российской Федерации розничные продажи крепкой алкогольной продукции составили 71 877 694,5 декалитров [50]. Результатом потребления напитков, содержащих этанол, является сильнейшая интоксикация, усугубляемая воздействием алкоголя низкого качества. Высокий показатель смертности среди пациентов с алкогольной зависимостью обусловлен появлением и усугублением не только соматических заболеваний, но и повышением травматизма, дорожно-транспортными происшествиями, несчастными случаями. Неизбежным при алкоголизме является и формирование изменений личности, и развитие психических расстройств. Осложнения со стороны нервной системы, связанные с алкоголизмом, известны на протяжении столетий. Но, несмотря на интенсивное исследование алкогольных поражений нервной системы, до настоящего времени многие аспекты этих расстройств остаются мало изученными.

В настоящее время большое внимание уделяется вопросам лечения и реабилитации, зависимых от алкоголя, профилактике пьянства и алкоголизма, решение которых позволит уменьшить их медико-социальные последствия, включая нарушения психической деятельности, утрату социального функционирования, трудоспособности [10, 27].

Знание клинико-психологических особенностей высших психических функций больных способствует постановке дифференциального диагноза и в дальнейшем составить реабилитационную программу.

**Объект исследования:** нарушения психической деятельности у больных алкоголизмом.

**Предмет исследования:** нарушения мышления и речи у больных алкоголизмом.

**Цель исследования:** определение особенностей нарушений речи и мышления, характерных для алкоголизма II стадии.

**Гипотеза исследования:**

Клинико-психологическое исследование нарушений мышления и речи у больных алкоголизмом позволяют определить специфическую картину психоорганического синдрома, характерного для средней стадии алкогольной зависимости.

**Задачи исследования:**

1. Выделение специфики нарушений мышления и речи при алкогольной зависимости на основе научно-теоретических и статистических подходов.

2. Выделение особенностей нарушения мышления и речи у лиц с алкогольной зависимостью и лиц с органическим расстройством личности (на основе литературного анализа).

3. Определение программы исследования особенностей мышления и речи у больных алкоголизмом: выделение наиболее чувствительных методов психодиагностики, определяющих специфические изменения мыслительной деятельности.

**Методы и методики исследования:**

1. Клинико-anamnestические методы: сбор анамнеза, клиническая беседа, клиническое наблюдение.

2. Нейропсихологическое обследование: пробы на исследование функции праксиса, пробы на исследование функции гнозиса, пробы на исследование функции речи, пробы на исследование функции внимания, пробы на исследование функции памяти, пробы на исследование мыслительной деятельности.

**Научная новизна исследования:**

1. Дополнение существующих данных о клинико-психологических особенностях мышления и речи;
2. Выделение наиболее информативных методик на основе результатов исследования.

# 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 1.1 Научно-теоретические подходы в клинике алкогольной зависимости

Алкогольное опьянение представляет собой симптомокомплекс нервно-психических и соматовегетативных нарушений, возникающих в результате повышения концентрации этанола в организме.

Ранним проявлением заболевания является патологическое влечение к алкоголю, которое, согласно А.А. Портнову, может быть обсессивным или компульсивным. Если первый тип влечения характеризуется навязчивым стремлением к употреблению алкоголя и возникает в самом начале заболевания, определяет формирование психической зависимости, то компульсивный тип развивается позднее и по силе своей выраженности достигает степени физиологической потребности (подобно чувству жажды или голода) и определяет физическую зависимость от алкоголя. Оба типа влечения могут возникать первично, при опьянении, а также в состоянии абстиненции.

Кроме того, первичным признаком формирования алкогольной зависимости отмечают в своих работах: Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, Л.Ф. Перекрестова. Авторы делят мотивы такого потребления на два вида: гедонистический, в основе которого заложен эффект достижения эйфория, получения новых, необычных ощущений; цель анксиолитического мотива – снятие субъективного неприятного психического состояния, которое возникло в результате воздержания от алкоголя. Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин связывают данное влечение с индивидуальными факторами каждого человека, например, семейно-бытовыми обстоятельствами или окружением на работе [11, 41, 42, 43].

К еще одному раннему проявлению заболевания относят потерю контроля над количеством алкоголя. Алкогольные напитки оказывают растормаживающее действие, в результате которого у человека возникает желание в повторном потреблении и в большем количестве. Важно отметить, что при утрате количественного контроля потребления спиртных напитков на этапах ситуационного и привычного пьянства ситуационный контроль потребления не

утрачивается [26]. Согласно Д.Д. Еникеевой: «Ситуационный контроль – это способность определять, в каких ситуациях употребление спиртного допустимо и в каких непозволительно».

Частым маркером наличия наркоманической зависимости является алкогольный абстинентный синдром. Данный синдром проявляется после потребления алкоголя на следующий день и характеризуется соматовегетативными и психическими нарушениями, ощущением разбитости, слабостью, головной болью, потливостью, может отмечаться тремор рук и языка, часто обостряются симптомы желудочно-кишечных, сердечнососудистых и других заболеваний. Проявления и степень выраженности могут отличаться. Кроме того, данный синдром сопровождается выраженными и устойчивыми сдвигами биохимических показателей, электролитного баланса, а также нарушениями высшей нервной деятельности. Наличие данного синдрома означают, что в организме человека сформировалась потребность в поддержании постоянной определенной концентрации этанола в крови. Именно поэтому прием очередной дозы алкоголя купирует абстинентные расстройства и на некоторое время улучшает самочувствие. Согласно исследованиям отечественных и зарубежных авторов, это объясняется возникающим при алкоголизме нарушением обмена катехоламинов – медиатора дофамина и гормонов адреналина и норадреналина. Тяжесть картины абстинентных явлений определяется влечением к компенсирующему приему алкоголя [3, 5, 14].

Описанные отдельные признаки наркоманической зависимости являются неспецифическими и характерны для разных видов токсикоманий. Главным же признаком наличия заболевания является большой наркоманический синдром, в состав которого входят синдромы зависимости (психическая и физическая), изменённой реактивности и последствия хронической интоксикации.

Основными признаками состояния изменённой реактивности являются: изменение толерантности к алкоголю, изменение характера опьянения и формы пьянства, утрата защитных реакций организма в ответ на алкогольную

интоксикацию. Согласно А.А. Портнову и И.Н. Пятницкой, толерантность определяется максимальной дозой алкоголя, не вызывающей состояния выраженной абстиненции. Она так же может изменяться с течением времени, в результате приобретенного алкогольного опыта отмечается ее рост. На понижение толерантности влияют соматические заболевания, усталость и утомление.

Изменение характера опьянения связано с нарастанием личностных изменений и заострением характерологических особенностей. В результате потребления алкоголя легко выявляются личностные черты, такие как, эксплозивность, склонность к депрессивным, истерическим реакциям и др., а в более грубых случаях происходит изменение личности по типам, соответствующим основным вариантам психопатий. По мере злоупотребления на смену эйфорическим формам опьянения приходят возникающие под влиянием интоксикации состояния подавленности, мрачной подозрительности, злобной напряженности. В результате повышения агрессии человек становится опасным для окружающих.

Изменения личности принято делить по стадиям алкогольной зависимости [39]. Для I стадии характерно усугубление и огрубление психической картины, нарушение нравственного и эмоционально-волевого характера. Во II стадии наиболее выраженными становятся аффективные расстройства, нарушения волевой сферы, отмечается ухудшение внимания, истощаемости, некотором ослаблении памяти, преимущественно способности к запоминанию и приобретению новых навыков, при достаточном сохранении прежних запасов знаний. В данной стадии отчетливо проявляются: поверхностность суждений, значительное снижение критической оценки своей личности, поведения, положения в семье и на работе. Больные становятся грубыми, без чувства меры и дистанции, они упрямы, раздражительны. На III стадии фактически вся личностная сфера определяется характером мозговых нарушений. Аффекты и поведенческие реакции диктуются полушарной симптоматикой, отмечаются глубокие поражения внутренних органов [9, 15].



При изменении формы пьянства можно говорить о выраженности личностной и социальной деградации. Где под изменением понимается снижение количественного контроля и невозможность регулировать свое поведение в состоянии опьянения в соответствии с морально-этическими критериями, часто далее происходит переход к одиночному пьянству [25].

Согласно классификации Э.И. Бехтеля на этапе бытового пьянства при избыточном количестве алкоголя организм приводит в действие различные механизмы физиологической защиты, например, рвотный рефлекс, то в стадии выраженной болезни отмечается постепенное угасание этого рефлекса. Повышается толерантность, и наличие этилового спирта в крови автоматически включает его в ход различных обменных процессов, становится необходимым метаболическим веществом. Отмечается ослабление и многих других защитных реакций, что говорит о развитии адаптации организма к хронической алкогольной интоксикации и переходе бытового пьянства в патологическое состояние – алкоголизм [2, 4, 36].

Стоит рассмотреть нарушения, проявляющиеся в III стадии алкогольной зависимости [16, 21, 22]. Данное явление обозначают как алкогольная деградация личности. Всего выделяется три типа, и каждый из них имеет свои характеристики (таблица 1.1).

Согласно мнению многих отечественных авторов, длительность потребления алкоголя на прямую влияет на ряд показателей, таких как толерантность человека к спиртным напиткам, нарастание тяжелых соматических, висцеральных и неврологических расстройств, развитие характерных изменений личности.

Одним из наиболее ярких нарушений является уменьшение интеллектуальной продуктивности. Менделевич В.Д. выделяет два типа нарушения мышления. Первый тип характеризуется ухудшением когнитивной деятельности: снижение способности к критическому суждению, возникновение трудностей при процессе обобщения и другие интеллектуальные нарушения, которые свойственны

органическому типу. Второй тип характеризуется как самообман, в основе которого лежат психологически защиты [19].

Таблица 1.1 Характеристика нарушений III стадии алкогольной зависимости

Тип	Преобладающее эмоциональное состояние	Преобладающие нарушения	Отношение к лечению
Деградация по алкогольно-психопатоподобному типу	Аффективная неустойчивость, гневливость с элементами агрессивности и вне опьянения, быстрый переход от эйфоричности к субдепрессивным состояниям.	Эмоционально-волевые нарушения с утратой морально-этических норм поведения.	Нарушения трудовой дисциплины или поведения. Установки на прекращение употребления спиртного и лечение отсутствуют.
Деградация по органически-сосудистому типу	Слабодушие, депрессивные состояния с суицидальными тенденциями, возникающими в абстиненции.	Мнестико-интеллектуальное снижение, включающее ухудшение памяти и внимания, апатичность, повышенную утомляемость.	Заинтересованность в медицинской помощи и госпитализации
Деградация по смешанному типу	Смена аффективной неустойчивости на депрессивный эмоциональный фон.	Сочетание интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений	Смена отсутствия стремления к лечению положительным отношением к помощи.

В результате многолетнего злоупотребления алкоголем отмечаются церебральные нарушения, которые принято обозначать понятием алкогольной энцефалопатии. Под алкогольной энцефалопатией обычно понимают особые острые и хронические расстройства, близкие к отдельным заболеваниям и включаемые в категорию металкогольных психозов: энцефалопатия Вернике, корсаковский психоз, болезнь Маркиафавы–Биньями и др. Данное нарушение характеризуется следующими симптомами: анизокория, вялая реакция зрачков на свет, слабость конвергенции глазных яблок, недоведение глазных яблок кнаружи, горизонтальный нистагм, сглаженность носогубной складки, легкая девиация языка. Помимо этого, отмечается интенционный тремор, тремор рук, век, языка,

головы, мышечная гипотония, повышение сухожильных и периостальных рефлексов, их асимметрия, расширение рефлексогенных зон; снижение, отсутствие брюшных рефлексов. Описанные нарушения, частичное проявления, которых можно встретить уже на II стадии алкогольной зависимости, чаще имеют свое проявления на более глубоких и грубых этапах.

Поражение ключевых систем вызывает разнообразные нарушения и приводит к искажению или выпадению некоторых функций. Наиболее яркими расстройствами внутренних органов отмечаются функциональные и морфологические расстройства печени, поджелудочной железы и миокардиодистрофические изменения. Кроме того, у больного снижается функциональная активность парасимпатической и симпатической систем. Пятницкая И.Н. говорит о том, что даже если у зависимого в клинике не проявляются синдромы Вернике и Корсакова, все равно существует влияние этанола на клетки мозга, разрушая кору и вызывая демиелинизацию в мосту мозга, мамиллярных тельцах, происходит изменения глии, атрофия массы мозга с расширением желудочков и субдурального пространства. Снижается активность ретикулярной формации, поражаются лимбические структуры, нарушаются связи между системами центральной регуляции вегетативных функций (гиппокамп, гипоталамус) и системами периферической автономной активности, это означает, что в процессе заболевания происходит смена функциональных иерархических уровней, снижение на периферический регистр организации вегетативных функций [12, 20, 24, 29, 44].

Неблагоприятные последствия потребления алкоголя были выявлены при исследованиях, проведенных в городах Канады, Франции, Германии [46]. Специалисты отметили, что патологическое потребление алкоголя было основным фактором риска возникновения всех типов деменции и особенно ее начальных стадий. Изучение последствий потребления алкоголя в Германии и Чешской Республике в результате выявило значительное влияние высоких доз этанола на динамические процессы, процессы переключения. Данные ЭЭГ и

локализация источника показывают, что эти эффекты разворачиваются путем модуляции процессов отбора ответов в передней коре головного мозга. Процессы переключения восприятия и внимания, а также процессы памяти были только неспецифически модулированы. Во всех этапах исследования не были выявлены различия между состоянием испытуемого: трезвое и похмельное, что указывало на быстрое восстановление когнитивной гибкости после интоксикации высокой дозой этанола [47]. Американские специалисты Гарварда так же отмечают значительное пагубное влияние алкоголя на лобные доли головного мозга. Исследования магнитно-резонансной спектроскопии (MRS) обнаружили нейрохимические изменения лобной доли у лиц, потребляющих алкоголь, хотя в большинстве исследований основное внимание уделялось более древним, наиболее поддающимся влиянию структурам мозга [48].

Анализ исследований и выявленные результаты находят общие выводы с мнением большинства авторов о проблеме влияния алкоголя на головной мозг (таблица 1.2).

Таблица 1.2 Нарушения структур головного мозга, возникающие вследствие потребления алкоголя

Структуры головного мозга	Возникающие нарушения
Кора больших полушарий: в первую очередь лобные отделы.	Патология мотивационной сферы, мыслительной деятельности, направленной на решение задач. Страдает восприятие действительности, планирование, снижены способности концентрации внимания на определенной задаче. Отмечается нарушение чувства личностных границ, возможно импульсивное поведение: плоские шутки, агрессия, связанная с удовлетворением биологических потребностей. Эмоциональная сфера характеризуется малой восприимчивостью, оскудением. При патологии правых отделов наблюдается гиперактивность, агрессивное поведение, болтливость. Левостороннее поражение характеризуется общим торможением, апатией, подавленностью, склонностью к депрессии.

Задний мозг: мост и мозжечок	Расстройство координации моторных актов, невозможность или ошибки в согласованности действий. Сниженная чувствительность кожи, головокружения, двоение в глазах. Расстройства речи, проявляющиеся в ее несвязности.
Лимбическая система, гиппокамп	Нарушения памяти: синдром Корсакова. Эмоциональная лабильность. Слуховые, вкусовые, обонятельные галлюцинации.
Ретикулярная формация	Нарушение рефлексов, кровообращения, вегетативных функций. Нарушение процессов высшей нервной деятельности, внутреннего, дифференцировочного торможения и ослаблением замыкания условных рефлексов (усталость, утомляемость, ощущение провалов памяти).

## 1.2 Особенности проявления органического расстройства личности в результате злоупотребления алкоголем

Помимо рассмотренных ранее нарушений, вызванных длительным приёмом алкогольных напитков, стоит отдельно выделить, что расстройства личности и поведения обуславливаются повреждением структуры головного мозга. Данное явление описывается как органическое поражение мозга, для которого характерно отчетливое ухудшение памяти, нарушение интеллекта, эмоциональная несдержанность и изменения личности. Для обозначения группы перечисленных расстройств, применяется понятие психоорганического синдрома. Описанный синдром может быть, как остаточным синдромом, появившимся вследствие какого-либо заболевания, а также расстройством, возникающим в течение прогрессирующих хронических заболеваний органического происхождения [1]. Стоит отметить, что появление соматоневрологических нарушений вследствие хронической интоксикации, ускоряет развитие острого психоорганического синдрома [13, 30, 33].

К синдромам экзогенного типа относят:

астенический синдром;

синдромы нарушения сознания (делирий, аменция, сумеречное расстройство, оглушение, сопор, кома);

галлюциноз;  
эпилептиформные пароксизмы;  
корсаковский амнестический синдром;  
деменцию.

В МКБ-10 систематика органических расстройств основывается в первую очередь на выделении ведущего синдрома – рубрики [18]:

F00 – F03 – деменция,

F04 – корсаковский синдром,

F05 – делирий,

F06 – другие продуктивные органические психические расстройства (галлюциноз, бред, кататония, депрессия, астения, истероформная симптоматика),

F07 – изменения личности при органическом заболевании.

Описание некоторых заболеваний, как органических, отсутствует. Так, эпилепсия (G40) в МКБ-10 отнесена к разделу неврологических расстройств, однако для этого заболевания характерны психические расстройства, соответствующие понятию психоорганического синдрома (слабоумие, изменения личности) [23, 37, 38].

Основываясь на результатах исследований различных специалистов, можно описать профиль снижения когнитивных функций. Данный профиль указывает на наличие дефицита абстрактного мышления, трудности разрешения зрительно-пространственных задач, при относительно сохранных формах памяти [32, 35]. Кроме того, отмечаются проблемы психомоторных проявлений.

При выявлении особенностей психоорганического синдрома, вызванного злоупотреблением алкоголем, отмечается быстрое формирование дефицитарных нарушений. У больных с алкогольной зависимостью они представлены, прежде всего, когнитивными нарушениями.

Психические показатели у пациентов на II стадии алкогольной зависимости характеризуются выраженными психоорганическими нарушениями. Чаще всего эти нарушения описываются в проявлениях амнестических расстройств (синдром

Корсакова), характеризующиеся нарушением оперативной, кратковременной памяти и специфичностью изменения поведения без нарушения сознания, общего снижения интеллекта. Еще одним вариантом, обнаруживающим психоорганические нарушения, является алкогольная деменция. В отличие от амнестических расстройств, последнее приводит к резкому снижению интеллектуальных способностей, нарушениям функции памяти, абстрактного мышления, других высших психических функций, но без изменения сознания. Отличие проявлений обусловлено различием структур головного мозга, в которых возникают нарушения. Изменения в подкорковых структурах мозга описывают в дальнейшем Корсаковский синдром, а кортикальные нарушения – алкогольную деменцию.

При сравнении когнитивных показателей людей со II стадией алкогольной зависимости и лиц, относящихся к норме, отмечаются особенности функционирования II блока мозга. Опираясь на методы нейропсихологической диагностики по А.Р. Лурии [17], выведенные группой специалистов под руководством Т.В. Ахутиной результаты, указывают на значительное снижение высших психических функций.

Помимо выделяемых классификаций по МКБ-10 существует еще ряд характеристик, используемых для описания психического состояния, когнитивных функций у лиц с алкогольной зависимостью. Описание показателей здоровья и его ограничения представлены в международной классификации функций (МКФ), опираясь на данные которой, возможна дифференциация отмечаемой когнитивной недостаточности.

В первую очередь это нарушения мышления, свойственные алкоголизму, представленные двумя типами. Первый тип – это общее ухудшение когнитивной деятельности, которое появляется вследствие формирующихся психоорганических расстройств. Эти когнитивные расстройства проявляются постепенным снижением уровня критических суждений, затруднениями процессов обобщения, преобладание конкретности мышления, слабостью

этических оценок, затруднением тонких дифференцировок в процессе восприятия и другими интеллектуальными нарушениями органического типа, которые достигают максимума при алкогольном слабоумии, алкогольном псевдопараличе и других тяжелых энцефалопатических состояниях. В качестве наиболее ранних признаков интеллектуально-мнестического снижения отмечаются неспособность осваивать новое и шаблонность в профессиональной деятельности.

Нарушается операциональная сторона мышления, что проявляется снижением уровня обобщения. Пациенты в своих действиях и решениях опираются на несущественные и поверхностные признаки предметов и явлений. Нарушены операции абстрагирования, анализа и синтеза, особенно если больной взаимодействует с незнакомым материалом. Нарушения динамики мышления могут проявляться по-разному – либо мышление ригидно, отличается низким темпом, инертностью, либо лабильно, и в этом случае больной не имеет оформленной стратегии решения задач.

Характерны также резкая истощаемость и неспособность к концентрации внимания. Снижение памяти на вновь приобретаемые сведения. Как правило, у больного алкоголизмом сужается объём восприятия, снижается объём, переключаемость и концентрация внимания, оно быстро истощается. Нарушается произвольное и непроизвольное запоминание, хранение и воспроизведение информации. Кратковременная память характеризуется низким объёмом запоминания, конфабуляциями. Воображение отличается выраженным снижением его продуктивности, шаблонностью творческой продукции.

Помимо когнитивных нарушений отмечаются нарушения поведения. У больного снижается критика на происходящие события, он не способен осознавать тяжесть и наличие своей болезни. Поведение приобретает негативные черты: лживость, нарастающая эгоистичность, меркантильность, легкомыслие. Нередко наблюдается грубый алкогольный юмор [31].

Аффективные нарушения проявляются эмоциональной лабильностью больного, обидчивостью, пессимизмом с экспрессивным выражением своих



чувств, его настроение становится неустойчивым, подверженным влияниям текущей ситуации. Эмоциональная неустойчивость всегда сочетается с возбудимостью, поэтому аффективные вспышки сопровождаются бурными проявлениями раздражения и гнева. Главная характеристика нарушений – это увеличением амплитуды эмоциональных реакций [34].

Изменения мотивационно-потребностной сферы характеризуются угасанием высших, а также личностных интересов. Кроме того, отмечается невозможность долговременного планирования деятельности, выход на первый план импульсивных желаний. Результат такого нарушения проявляется так, что большая часть естественных потребностей опредмечивается в алкоголе, и прием алкоголя становится смыслом жизни [6]. Деформация мотивационно-потребностной сферы проявляется не способностью субъекта определить цель деятельности, он лишен средств, которыми пользовался ранее. Согласно данным исследований, проведенными в США на макаках, специалистами из Медицинского центра Университета Миссисипи в области неврологии и психиатрии малая эффективность деятельности, обнаруженная в задаче распознавания новых объектов, была следствием патологического потребления алкоголя. Низкая продуктивность распознавания новых объектов у пьющих животных, с наибольшим объемом потребления алкоголя, характеризовалась инертностью и стереотипностью поведенческих реакций, а не возможностью обнаружить или отреагировать на новизну. Кроме того, был сделан вывод о том, что даже при годовом воздержании от алкоголя, дефицит в формировании новых стратегий поведения сохранялся [45].

Для наглядности объединим характеристики органических нарушений при постановлении диагноза органического расстройства личности, алкогольной зависимости и черепно-мозговой травме (таблица 1.3).

Таблица 1.3 Характеристика органических нарушений

Органическое расстройство личности (симптом)	Органические нарушения при алкоголизме	Органические нарушения в следствие ЧМТ
Существенное, необратимое изменение поведения,	Нарушение эмоциональной сферы, мотивационно-	Раздражительность, огрубление поведенческих черт, быстрая

которое проявляется преимущественно в сфере эмоций, влечений, потребностей, планирования и предвидения последствий своих действий как для себя, так и для общества;	потребностной, снижение побудительной силы мотивов, угасание высших, а также личностных интересов. Снижение критики.	истощаемость психических процессов.
Существенное снижение способности к целенаправленной деятельности, особенно такой, что нуждается в значительных затратах времени и усилий для достижения поставленной цели;	Потеря познавательного интереса, интереса к труду. Снижение способности к планированию действий. Неспособность осваивать новое, шаблонность в профессиональной деятельности. Резкая истощаемость и неспособность к концентрации внимания.	Потеря спонтанности и мотивации.
Эмоциональная неустойчивость с кратковременными приступами злости, агрессии, может отмечаться эйфория или, наоборот, апатия;	Эйфория, беспечность, плоскость юмора, аффективные вспышки, сопровождающиеся бурными проявлениями раздражения и гнева.	Немотивированные колебания настроения, раздражительность, ослабление контроля над агрессивными импульсами. Тревога, депрессия часто сопровождаются головной болью, головокружением.
Снижение познавательной деятельности	Потеря познавательного интереса, легкомыслие.	Усталость, плохая концентрация внимания и бессонница.
Вязкость, обстоятельность мышления	Общее ухудшение когнитивной деятельности, затруднения процессов обобщения, преобладание конкретности мышления.	Склонность к конкретному мышлению, быстрая истощаемость, медлительность.
Нарушения сексуального поведения (снижение или повышение сексуальности, различные сексуальные извращения)	Склонность к пошлым шуткам, которые имеют своей целью грубо высмеять, унижить человека.	Нарушение полового влечения, нарушение физиологического возбуждения, гипосексуальность.
Подозрительность, появление бредовых идей, преимущественно отношения.	Мифологизации мышления.	Значительно повышена склонность к делинквентному поведению.

Разными авторами в качестве признаков начала болезни выделяются: патологическое влечение к алкоголю, неврастенический синдром и неспособность

самостоятельного отказа от спиртного. Показателями являются изменение реакции организма на алкоголь, ослабление защитных механизмов, утрата количественного контроля над количеством спиртного.

Была отмечена закономерность выделения поражаемых структур головного мозга, вследствие потребления алкоголя. Множество авторов и исследователей сходятся в описании дефицитарности функций головного мозга, но общепринятой нейропсихологической картины нарушений до сих пор не существует.

В результате развития алкогольной зависимости выделяются нервно-психические и соматовегетативные нарушения. При описании психоорганического синдрома выявляются симптомы снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операционной структуры мышления, неустойчивости эмоций, снижения критических способностей. Таким образом, органический патопсихологический симптомокомплекс характерный для экзогенно-органических заболеваний, имеет ряд качественных и количественных отличий от нарушений, возникающих вследствие злоупотребления алкоголем, где наиболее значимым признаком будут являться показатели нарушения мышления.

## 2 ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Цель, задачи, предмет и объект исследования

Цель исследования: определение особенностей нарушений речи и мышления, характерных для алкоголизма II степени.

Объект исследования: нарушения психической деятельности у больных алкоголизмом.

Предмет исследования: нарушения мышления и речи у больных алкоголизмом.

Гипотеза исследования:

Клинико-психологическое исследование нарушений мышления и речи у больных алкоголизмом позволяют определить специфическую картину психоорганического синдрома, характерного для средней стадии алкогольной зависимости.

Задачи исследования:

1. Выделение специфики нарушений мышления и речи при алкогольной зависимости на основе научно-теоретических и статистических подходов.

2. Выделение особенностей нарушения мышления и речи у лиц с алкогольной зависимостью и лиц с органическим расстройством личности (на основе литературного анализа).

3. Определение программы исследования особенностей мышления и речи у больных алкоголизмом: выделение наиболее чувствительных методов психодиагностики, определяющих специфические изменения мыслительной деятельности.

### 2.2 Организация исследования

Исследования проводилось на базе отделения №5 (мужское) и №2 (женское) ГБУЗ «Челябинской областной клинической наркологической больницы».

Экспериментальная группа включает 28 пациентов, из которых 10 мужчин и 18 женщин. Испытуемым поставлен диагноз «Хронический алкоголизм. II стадия.

Алкогольный абстинентный синдром средней степени тяжести». Средний возраст 43 года.

Критерии для включения в экспериментальную группу:

– Наличие диагноза «Хронический алкоголизм. II стадия. Алкогольный абстинентный синдром средней степени тяжести», который установлен врачом психиатром-наркологом;

– Отсутствие сопутствующих психических и неврологических заболеваний.

Критериями для исключения являлись:

– Наличие энцефалопатий, деменций алкогольного генеза, ЧМТ;

– Возраст испытуемого менее 18 или более 60;

– Тяжелое соматическое состояние.

Этапы организации и проведения исследования:

1. Выбор объекта, предмета исследования, формулирование цели, задач и гипотезы, планирование исследования.

2. Выбор диагностического инструментария.

3. Сбор эмпирического материала.

4. Обработка данных.

5. Анализ результатов.

6. Формулирование выводов.

2.3 Методы и методики исследования

1. Клинико-анамнестический метод:

1.1 сбор анамнеза: определение социально-демографических характеристик испытуемых исследуемой выборки, определение характера опьянения и патогенеза алкоголизма, стажа заболевания и субъективной оценки выраженности имеющихся патологий. Анализ медицинской документации;

1.2 клиническая беседа: формирование у испытуемого мотивации и адекватного отношения к процедуре обследования;

1.3 клиническое наблюдение: определение основных областей психического функционирования (ориентировка во всех сферах, состояние сознания, реакций на

ситуацию обследования, критичность, регистрация наличия/отсутствия соответствующих синдромов).

2. Экспериментально-психологический метод [7, 8, 28, 40]:

2.1 понимание рассказов – оценка устойчивости рассуждений, понимания причинно-следственных связей, умение строить последовательность, целенаправленности суждений, наличие склонности к «застреваниям», снижению прогностической функции мышления;

2.2 проба Эббингауза – оценка развития речи, продуктивности ассоциаций, критичности мышления;

2.3 методика подбор аналогий – оценка способности установления причинно-следственных связей между объектами:

2.3.1 свободный вариант;

2.3.2 выбор из альтернатив;

2.4 методика выделения существенных признаков – выявить способность дифференцировать существенные признаки от несущественных, оценить общую логичность суждений, умение сохранять направленность и устойчивость способов решений, последовательность суждений;

2.5 методика исключения четвертого лишнего – исследование процессов образно-логического мышления, операций анализа и обобщения:

2.5.1 на вербальном уровне;

2.5.2 на невербальном уровне;

2.6 методика исключения понятий – исследование уровня процессов обобщения и отвлечения;

2.7 методика свободного потока ассоциаций (60 слов) – изучение особенностей ассоциаций, по результатам исследования можно судить о богатстве словарного запаса и темпа речевой деятельности больного;

2.8 трактовка смысла пословиц – оценка уровня, целенаправленности мышления, умения понимать и оперировать переносным смыслом текста,

дифференцированности и целенаправленности суждений, уровень развития речевых процессов:

2.8.1 свободный вариант;

2.8.2 выбор из альтернатив;

2.9 понимание сравнительных конструкций – оценка возможности соотнесения одного смысла другому, способности к абстрагированию, операции синтеза, анализа, понимание логических связей и отношений между понятиями;

2.10 понимание метафор – исследование понимания переносного смысла, умение вычлнить главную мысль в фразе конкретного содержания, а также дифференцированность, целенаправленность суждений;

2.11 спонтанная развернутая речь и сюжетный гнозис – оценка объема словарного запаса и темпа речевой деятельности больного, устойчивости рассуждений, понимания причинно-следственных связей, умение строить последовательность, целенаправленности суждений, наличие склонности к «застреваниям», снижению прогностической функции мышления;

2.11.1 с опорой на зрительный стимул (понимание сюжетных картин);

2.11.2 без опоры на зрительный стимул;

2.12 понимание логико-грамматических конструкций и флективных отношений – исследование способности к абстрагированию, к установлению сложных логических связей, понимания причинно-следственных связей, возможности построения пространственных отношений:

2.12.1 понимание обиходных инструкций и предложений;

2.12.2 понимание и выполнение инструкций;

2.12.3 понимание и выполнение инструкций с опорой на зрительный стимул;

2.12.4 понимание родственных отношений;

2.12.5 понимание инвертированных конструкций;

2.13 объяснение значения слов – оценка объема словарного запаса и представлений, легкости вербализации, целенаправленности суждений, осмысления речевого материала;

2.14 метод пиктограмм – исследование характера ассоциаций пациента, особенностей мышления;

2.15 опросник алкогольной анозогнозии – исследование уровня алкогольной анозогнозии по отдельным ее компонентам.

#### 2.4 Обработка результатов

1. Обработка полученных результатов в соответствии с диагностическими правилами и критериями, принятыми авторами методик.

2. Качественная и количественная оценка данных нейропсихологического исследования.



### 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 3.1 Особенности речи больных алкоголизмом

Спонтанная речь больных в основном развернутая. Слабо развернутые рассказы с опорой на зрительный стимул наблюдались у 6 (21%) человек, без опоры на зрительный стимул – у 9 (32%) человек. Из 28 человек у 2-ух человек задание составить рассказ получило критику. В составленных предложениях преобладают глаголы. Существительные, местоимения и предлоги присутствуют в предложениях в меньшем количестве чем глаголы. Слова-связки (вводные слова) между предложениями отсутствуют. По структуре предложения стереотипны: подлежащее – сказуемое – дополнение/обстоятельство или подлежащее – сказуемое, сказуемое и так далее. У двух (7%) человек отмечена инертность ассоциативных процессов.

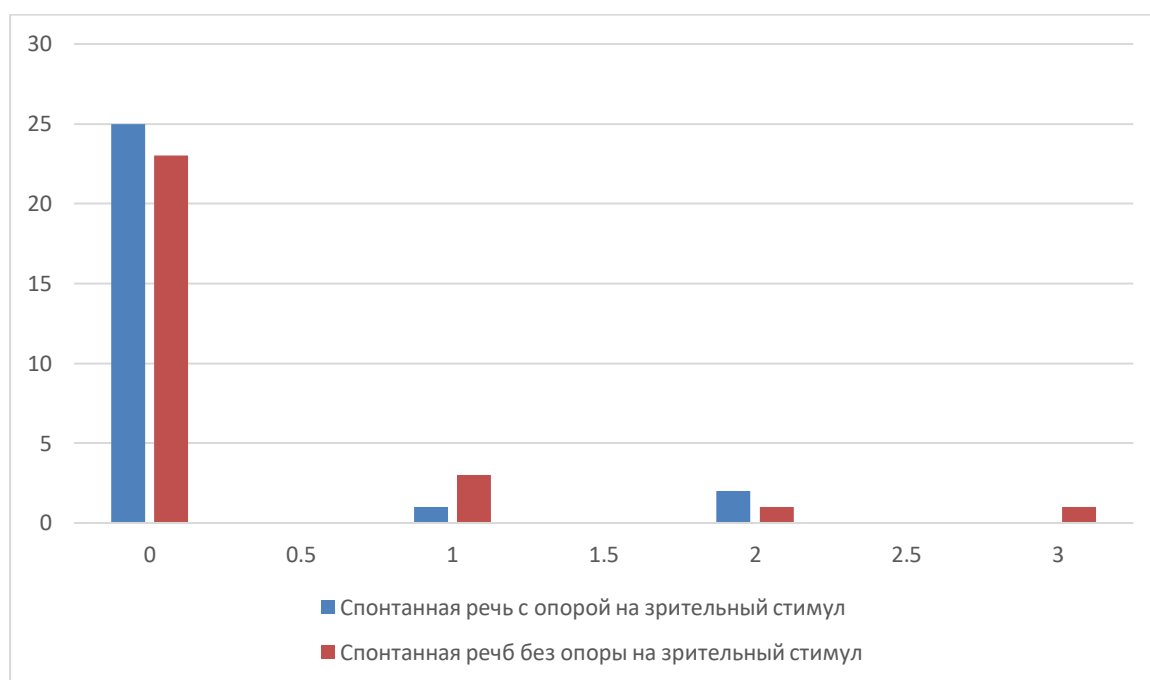


Рисунок 3.1 – Выраженность нарушений спонтанной речи у больных алкоголизмом, балл

Нарушений произношения и темпа отмечено не было. В пробе на повторение оппозиционных фонем только 3 (11%) испытуемых совершили единичные ошибки.

Повторение скороговорок вызвало затруднение у 5 (18%) испытуемых, из которых 1 человек справился с заданием после самостоятельного прочтения скороговорок, 2 человека справились лишь с одной скороговоркой из трёх, две скороговорки вызвали затруднения, 2 человека выполнили задание на 2/3 (из 3 скороговорок не справились только с одной).

Объяснение слов было безошибочно выполнено 23 (82%) испытуемыми. Из 5 испытуемых только один продемонстрирован полную невозможность объяснения слов как часто встречающихся, так и малочастотных. Остальные 4 испытуемых совершали ошибки по типу: неточный синоним, название функциональной принадлежности, увеличение латентного периода выбора.

Обращенную речь и обиходные инструкции понимали все испытуемые. Понимание и выполнение сложных инструкций вызвало затруднения у 7 (25%) человек («положите ручку между книгой и тетрадью», «покажите ручкой палец»). Проба на понимание и выполнение инструкций с опорой на зрительный стимул вызвала затруднения у 9 (32%) человек.

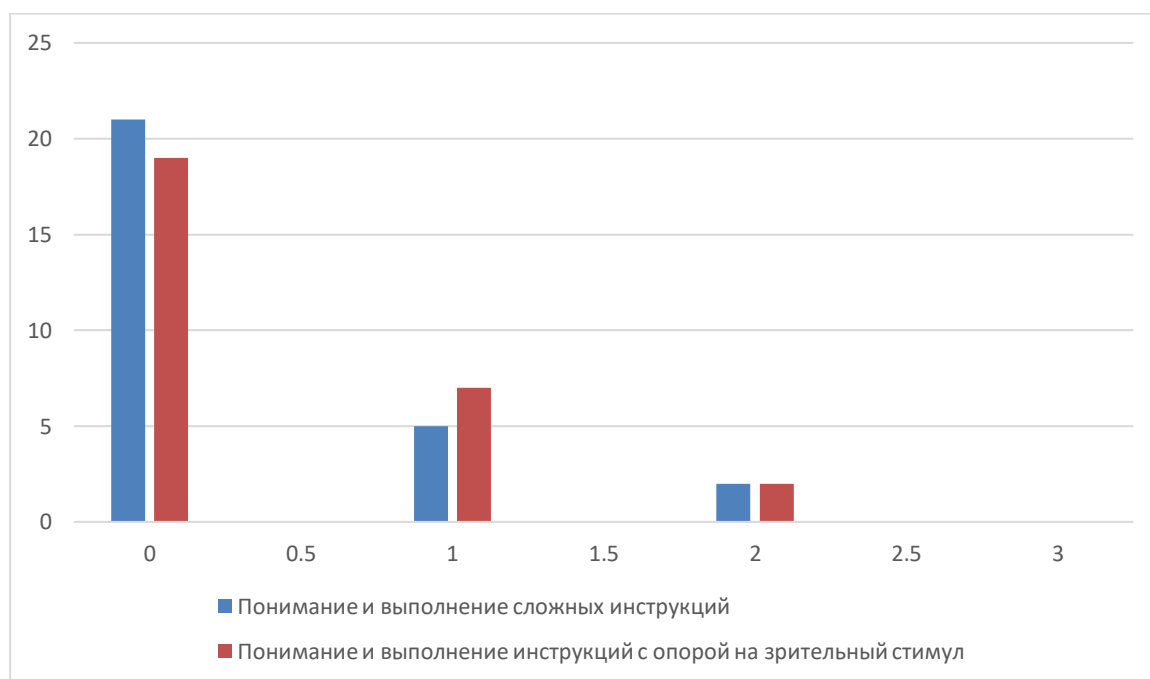


Рисунок 3.2 – Выраженность нарушений понимания инструкций у больных алкоголизмом, балл

Понимание инвертированных конструкций доступно большинству испытуемых. Выраженные нарушения понимания инвертированных конструкций демонстрируют 2 (7%) человека, умеренные нарушения 7 (25%) человек.

Нарушение понимания логико-грамматических конструкций выражено в результатах пробы на понимание родственных отношений. По результатам следует, что 3 (11%) человека имеют грубые нарушения, 7 (25%) человек выраженные и 11 (39%) человек умеренные.

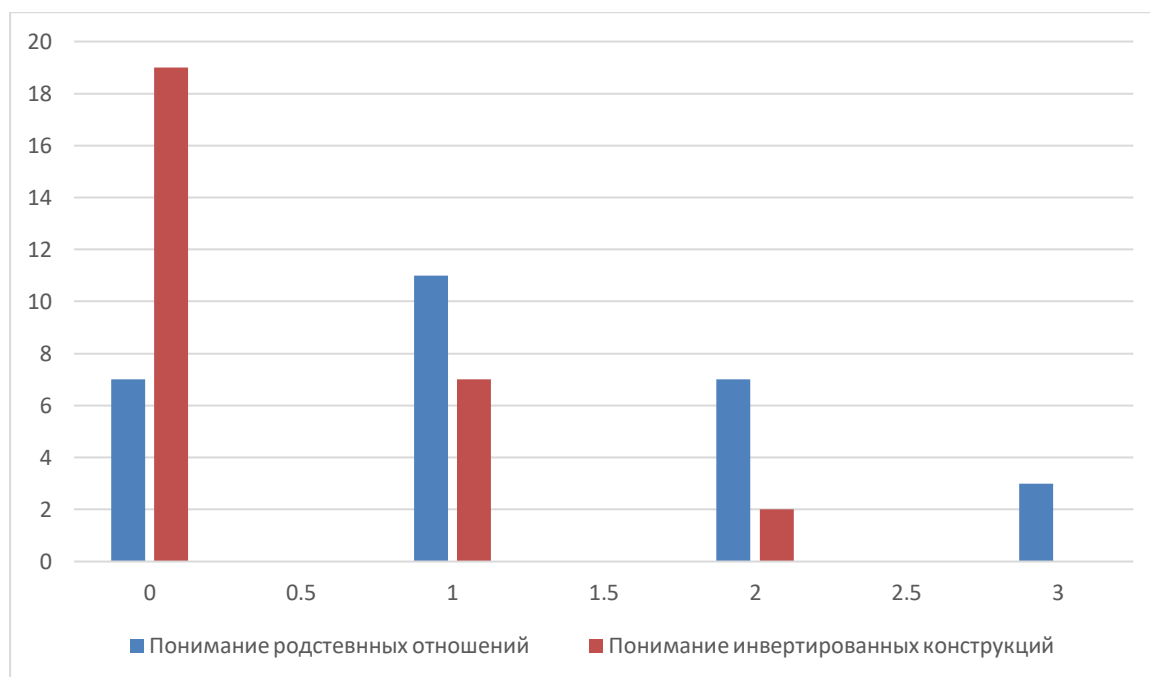


Рисунок 3.3 – Выраженность нарушений понимания логико-грамматических конструкций у больных алкоголизмом, балл

Чтение и письмо сохранны у большинства испытуемых. Единичные ошибки отмечаются в пробах на: письмо с оппозиционными фонемами, письмо сложных слов, письмо под диктовку с включенной артикуляцией и письмо под диктовку с выключенной артикуляцией. Ошибки заключаются в неправильном написании слов: «дочька», «караблекрушение» – и необходимости вербального сопровождения написания сложных слов. Также, как и в речевых пробах большинство испытуемых демонстрирует увеличение латентного времени выбора. Автоматизированное письмо сохранно у всех испытуемых.



Рисунок 3.4 – Выраженность нарушений письменной речи у больных алкоголизмом, балл

В рамках повторения серии слов (10 слов, 6 слов) испытуемые совершают множественные ошибки: конфабуляции, персеверации, контаминации, нарушение последовательности стимулов.

Таким образом, спонтанная речь обладает характерными особенностями: преобладанием глаголов в предложении, стереотипностью структуры. Чтение и письмо доступно всем испытуемым. Наибольшую трудность для испытуемых представляют пробы на логико-грамматические конструкции, что проявляется в большой вариативности балльных оценок по группе. При этом проба на понимание родственных конструкций выполняется хуже, чем проба на инвертированные конструкции (в первом случае безошибочно справились 7 (25%) человек, во втором – 19 (68%)).

### 3.2 Особенности мышления больных алкоголизмом

При исследовании мышления большинство (23 человека, 82%) понимают общий смысл рассказа без затруднений, у некоторых (4 человека, 14%) наблюдаются легкие нарушения по типу неуверенности, увеличения латентного периода ответа, у 1 (1%) испытуемого выявлено грубое нарушение понимания смысла рассказа.

Пробы на завершение фразы доступна всем испытуемым для безошибочного выполнения. При заполнении пропущенных слов возникают импульсивные ошибки.

Наиболее трудной для испытуемых методикой является проба Эббингауза. В процессе выполнения были отмечены следующие симптомы: снижение критического компонента мышления (5 человек, 18%), нарушения операции синтеза (1 человек, 4%), нарушение процесса анализа (1 человек, 4%). У 11 (39%) человек выявлены умеренные нарушения, у 14 (50%) человек – выраженные нарушения, у 1 (4%) человека – грубые.

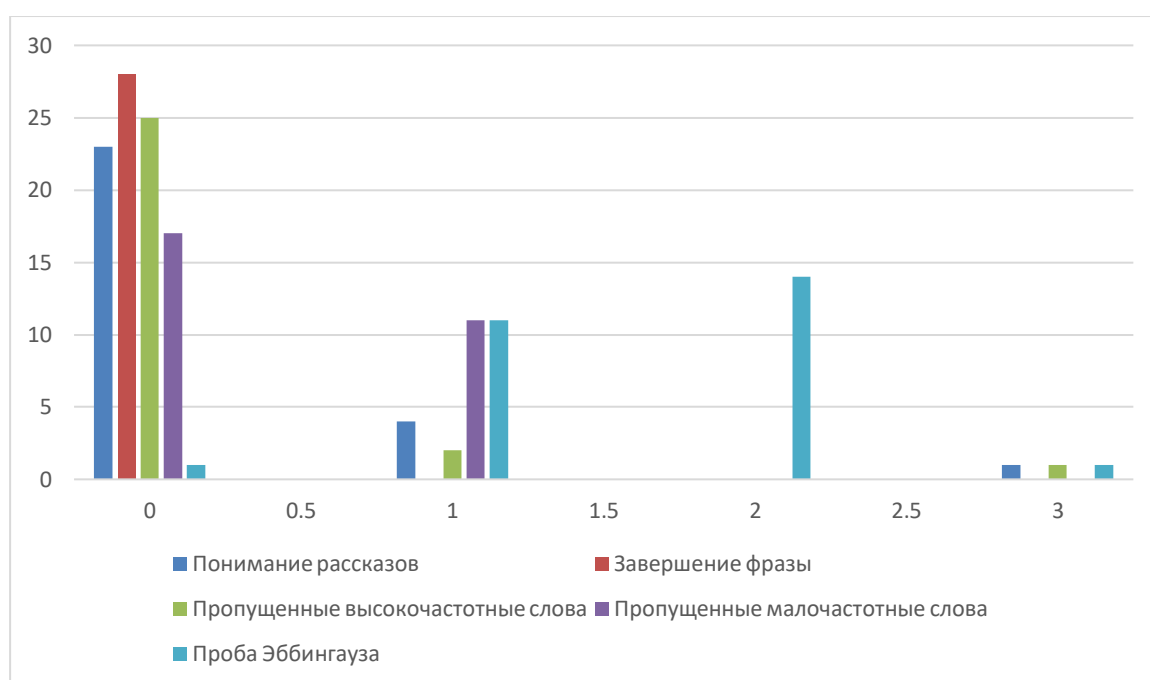


Рисунок 3.5 – Выраженность нарушения мышления у больных алкоголизмом, балл

Результаты методик «Подбор аналогий» показал, что испытуемые хуже справляются с вариантом пробы, где присутствует выбор ответа (средний балл по группе 0,7), чем со свободным вариантом (средний балл 1).

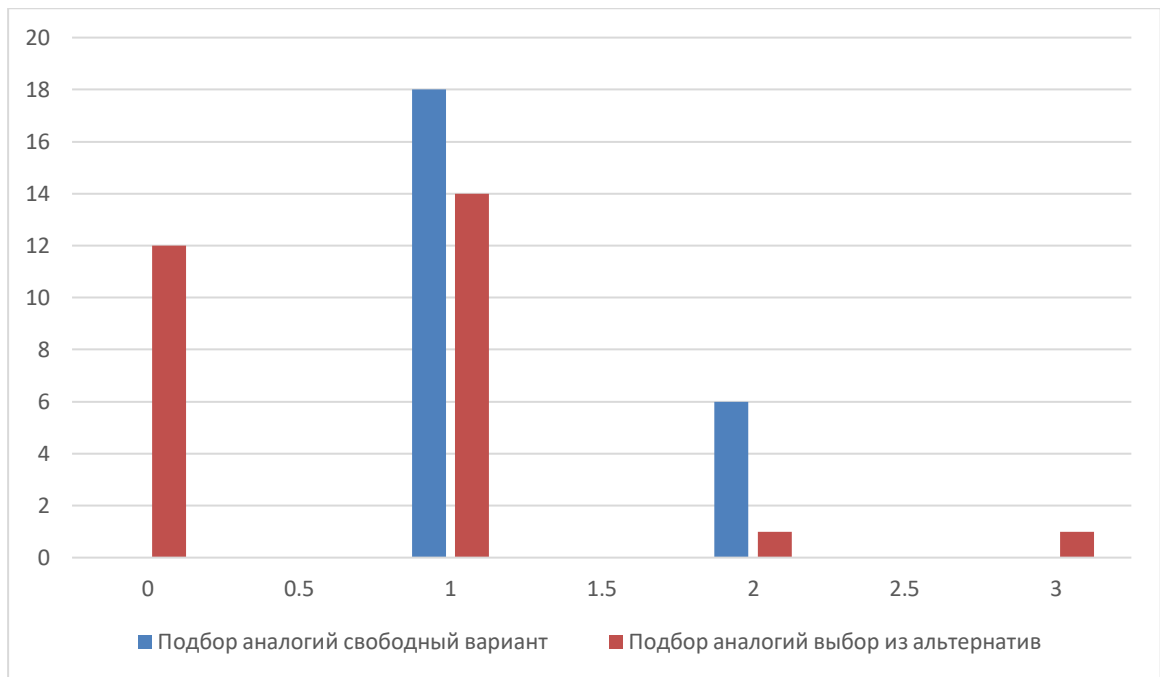


Рисунок 3.6 – Выраженность нарушения установления аналогий, балл

Ошибки, отмеченные в рамках выполнения подбора аналогий: опора при решении задач на конкретные ассоциации, элементы «соскальзывания», импульсивность в принятии решений при выполнении мыслительных задач, утеря инструкции в процессе выполнения, конкретность суждений.

При выполнении пробы «существенные признаки» у 18 (64%) испытуемых отмечаются умеренные нарушения, у 9 (32%) – выраженные. В процессе выполнения испытуемые демонстрируют конкретность суждений и неравномерность способа решения задач.

При выполнении задач на оценку процесса обобщения и классификации у большинства отмечаются умеренные нарушения (11 человек, 39%), у 8 (29%) – выраженные нарушения и 8 (29%) человек выполняют задание без ошибок. Испытуемые судят по латентным основаниям или конкретно-ситуативным признакам, затрудняются в выделении простых и сложных групп при обобщении, рассуждают конкретно.

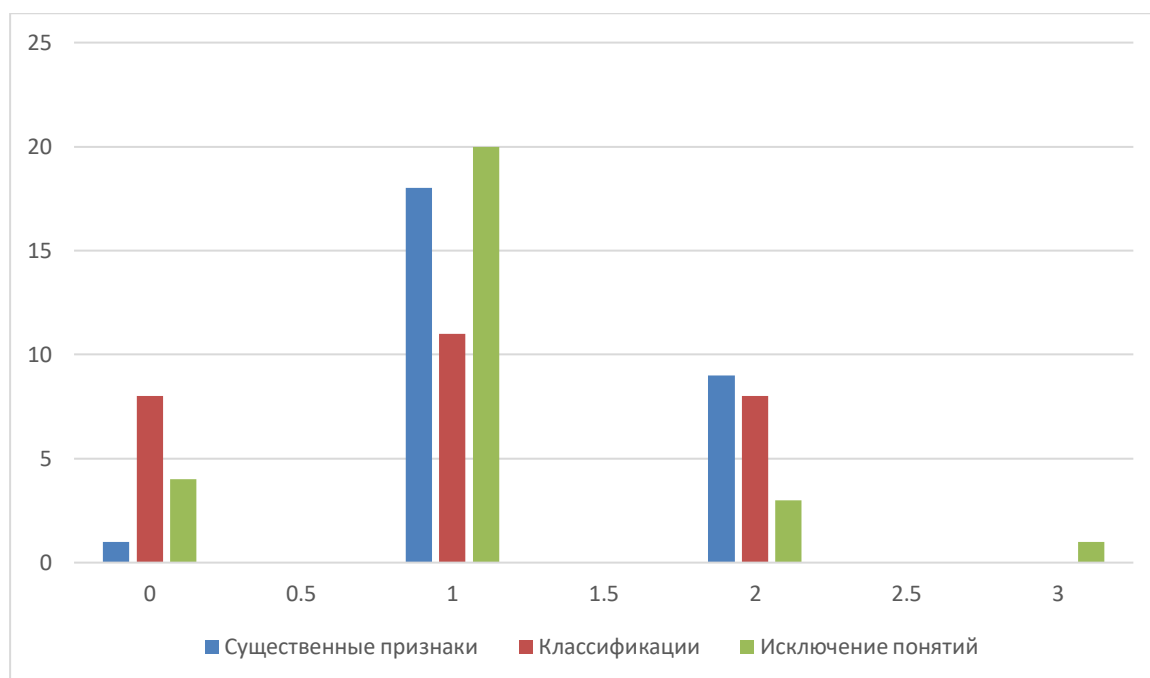


Рисунок 3.7 – Выраженность нарушения операции обобщения и классификации, балл

При выполнении пробы на исключение понятий баллы достаточно вариативны: отмечаются и умеренные нарушения (20 человек, 71%), и выраженные (3 человека, 11%), и грубые (1 человек, 4%). В процессе выполнения отмечается импульсивность в принятии решений, затруднения в выделении простых и сложных групп при обобщении, обобщения по конкретно-ситуативным признакам.

В подборе противоположностей большинство испытуемых испытывает трудности при пассивном выборе: умеренные нарушения 10 (36%) человек, выраженные 13 (46%) человек, грубые 3 (11%) человека. В то время как при активном выборе противоположностей умеренные нарушения отмечаются у 5 (18%) человек, выраженные – у 1(4%) человека, грубые – у 3 (11%) человек. Ошибки по типу невозможность подобрать противоположности, потеря инструкции в процессе, элементы «соскальзывания», произвольность ассоциативных процессов.

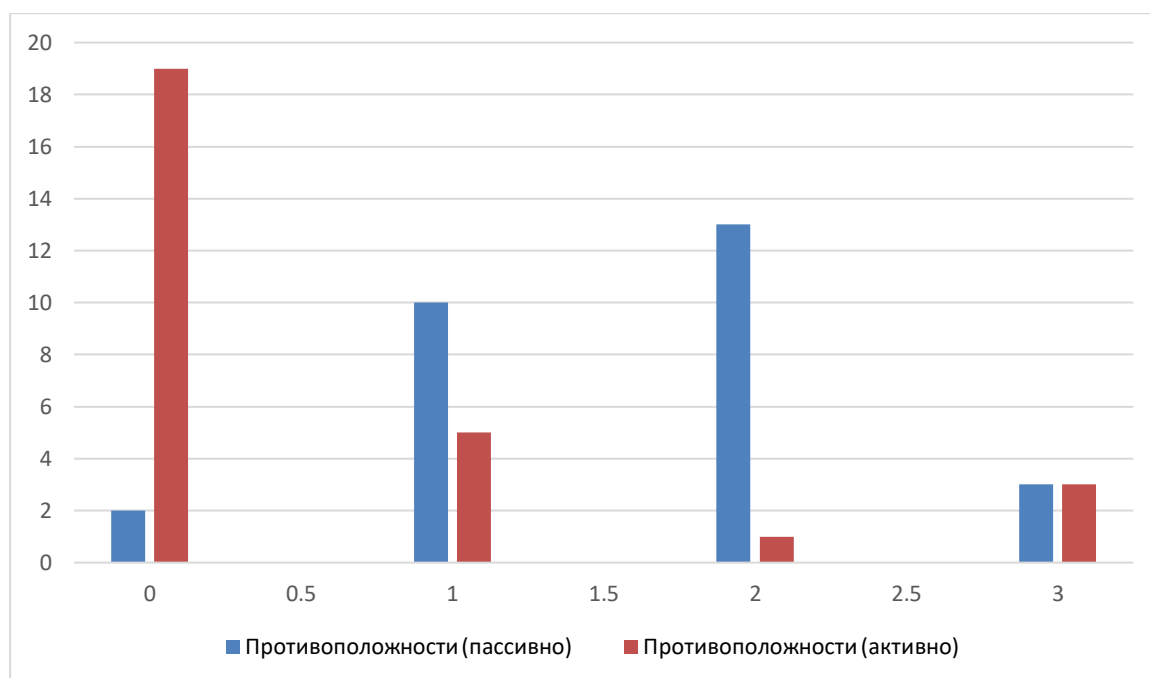


Рисунок 3.8 – Выраженность нарушения установления противоположностей, балл

При исследовании понимания переносного смысла пословиц отмечено более успешное выполнение варианта с выбором из альтернатив, где 19 человек справились без ошибок, 2 (7%) человека продемонстрировали умеренные нарушения, 5 (18%) – выраженные и 2 (7%) – грубые. В свободном варианте умеренные нарушения выявлены у 8 (29%) испытуемых, выраженные – у 11 (39%), грубые – у 5 (18%). В процессе выполнения отмечается: конкретность суждений, снижение понимания переносного смысла, трудности вербализации, отсутствие строгости и четкости формулировок, конкретность суждений и причудливость ответов.

При трактовке метафор 14 (50%) человек демонстрируют умеренные нарушения, 6 (21%) – выраженные и 3 (11%) испытуемых – грубые. В процессе выполнения отмечается конкретность суждений, причудливость выбора и снижение понимания переносного смысла.



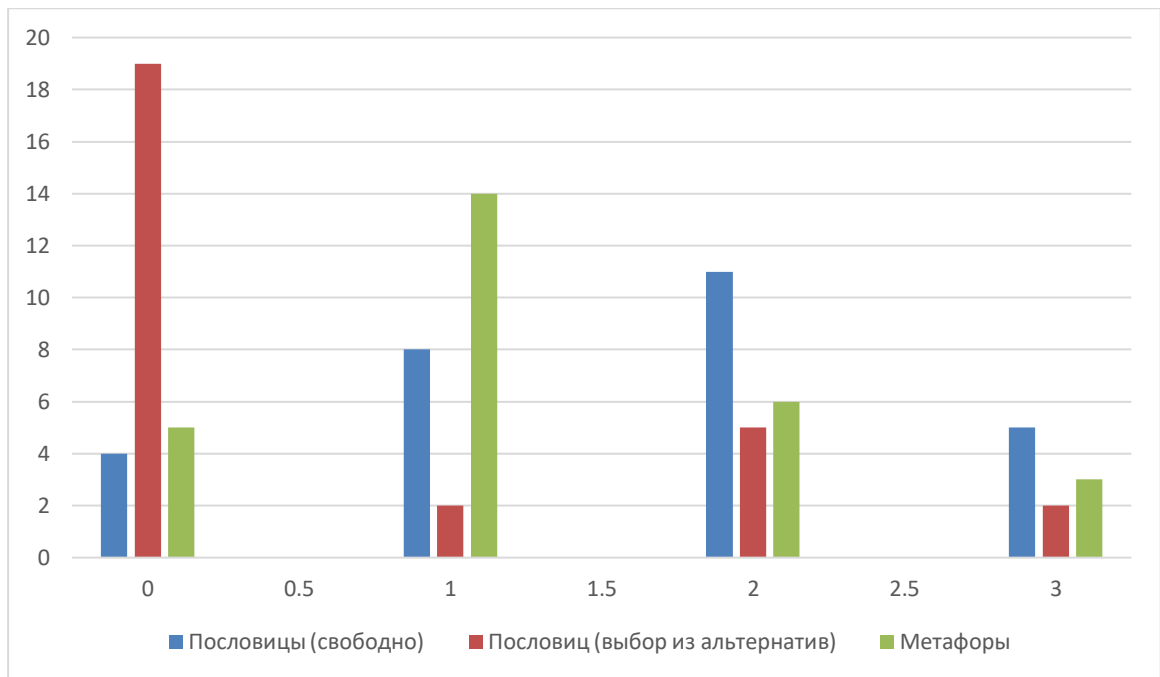


Рисунок 3.9 – Выраженность нарушения понимания переносного смысла, балл

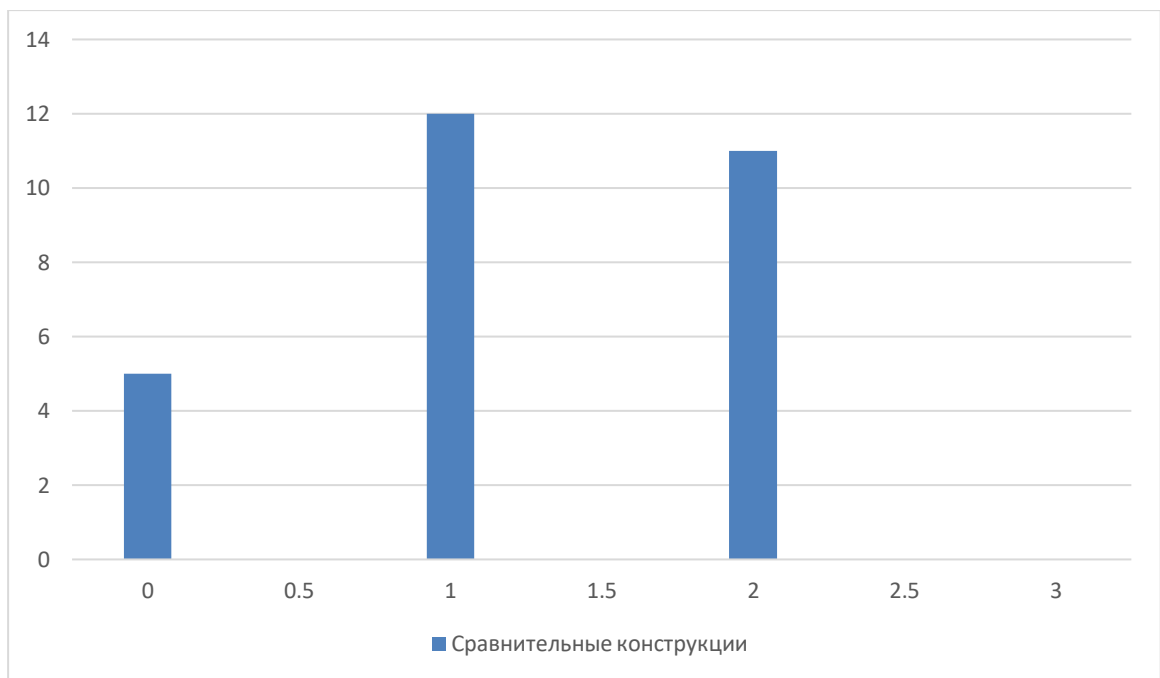


Рисунок 3.10 – Выраженность нарушения понимания сравнительных конструкций, балл

При выполнении сравнений испытуемые в большинстве демонстрируют умеренные нарушения (12 человек, 43%) и часть выраженные (11 человек, 39%). В процессе выполнения отмечается неустойчивость рассуждений.

Проба на определение последовательности картинок у большинства не вызывает затруднений (18 человек, 64%), умеренные нарушения отмечаются у 6 (21%) человек, выраженные – у 2 (7%) человек и грубые – у 2 (7%) человек.

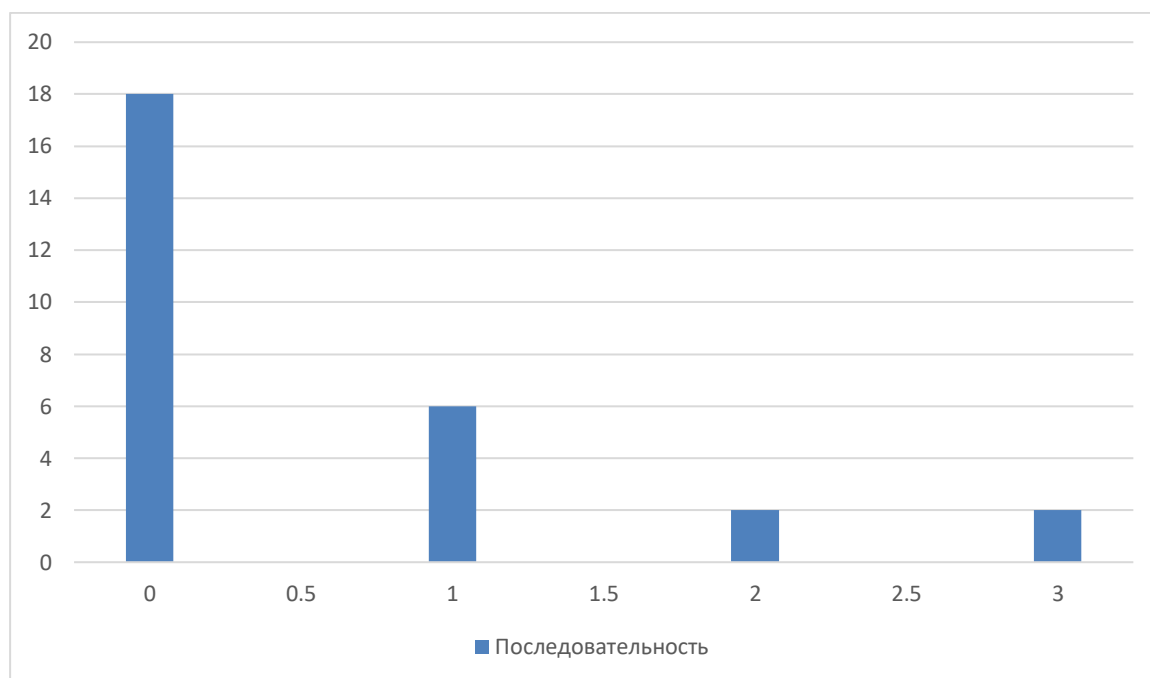


Рисунок 3.11 – Выраженность нарушения установления причинно-следственных связей, балл

Таким образом, в пробах на мышление основными симптомами являются: конкретность суждений, импульсивность в принятии решения, снижение понимания переносного смысла.

Самый низкий средний балл по группе зафиксирован в пробе на классификацию, но в то же время средний балл по количеству ошибок выше в пробе на подбор противоположностей. Что может быть связано с тем, что в пробе на квалификацию необходимо сделать выбор из предложенных стимулов, а в пробе на подбор противоположностей перед испытуемым стоит задача самостоятельно продуцировать ответ. Трудности с продуцированием наблюдаются и при сравнении результатов в пробе на трактовку смысла пословиц, где средний балл выше в варианте с выбором альтернатив.

### 3.3 Особенности речемышлительной деятельности

Литературный анализ показал наличие различий в проявлениях нарушений при органическом поражении мозга вследствие алкоголизма и психоорганическом синдроме иной этиологии:

1. При алкоголизме нарушения обусловлены мотивационной и аффективной сферой, при иной этиологии динамическими характеристиками.
2. Изменения мотивационной сферы при алкоголизме обусловлены влиянием коры головного мозга, при иной этиологии подкорковыми структурами.
3. Эмоциональная неустойчивость при алкоголизме разнообразна по знаку, при иной этиологии нарушения носят агрессивный оттенок.
4. При алкоголизме отмечается нарушение мотивационной стороны мышления, при иной этиологии – операциональной.

Литературный анализ также показал, что наиболее значимым показателем для дифференциальной диагностики психоорганического синдрома алкогольной этиологии и иной этиологии служит мышление. Основой мыслительных процессов выступает речь. В исследовании было обнаружено, что понимание речи не нарушено, спонтанная речь может быть, как развернутой, так и неразвернутой среди больных алкоголизмом. Часть пациентов демонстрируют бедность речи. И наиболее распространенным среди пациентов является замедленность, увеличение латентного времени ответа, что говорит о нарушении динамики. Пациентам трудно продуцировать рассказы, понимать пословицы, метафоры, логико-грамматические конструкции. Эти затруднения имеют в своей основе нарушение внутренней речи. Больным алкоголизмом трудно не только осуществить процесс развертывания речевого смысла, обратный процесс, который необходим для понимания смысла, также нарушен. В этом и состоит причина нарушения динамики речи и вербально-логического мышления.

Для больных алкоголизмом характерно диффузное поражение головного мозга, что обуславливает поражение нескольких когнитивных функций, в том числе память и внимание. В памяти у больных алкоголизмом наблюдаются следующие симптомы: множественные персеверации, нарушение

последовательности стимулов, конфабуляции, контаминации, снижение объема непосредственного запоминания и отсроченного воспроизведения. Нарушения памяти являются модально-неспецифичными у больных алкоголизмом. На успешность выполнения проб на память оказывает влияние не только нарушение произвольного внимания, но и нарушение речи и мышления. Так как процесс понимания и воспроизведения слов на слух относится собственно к речи. Процесс мышления и в целом речемыслительная деятельность прослеживаются наиболее четко в пробе «Пиктограммы», которая вызывает затруднения у испытуемых. Пациенты связывают слово с образом, но далее воспроизвести слово по образу не удается. Следует отметить, что уже на этапе создания образа для слова у них возникают затруднения.

Как уже было отмечено для больных алкоголизмом характерно нарушение произвольного внимания, что проявляется в замедленном вхождении в задание и неравномерности мышления. Неравномерность мыслительной деятельности также обусловлено нарушением памяти, которое проявляется в трудности удержания инструкции (оперативная память), элементах соскальзывания, неравномерности способа решения задач. Таким образом, не только речь и мышление влияют на успешность выполнения проб на память, но и сохранность памяти влияет на успешность выполнения проб на мышление и речь.

Речемыслительная деятельность больных алкоголизмом специфична вплетением алкогольной тематики, юмора в задание. Особенно часто её можно наблюдать в таких пробах как 60 слов, завершение предложений, составление рассказа без опоры на зрительный стимул.

#### 3.4 Наиболее информативные пробы

Из всех проведенных проб можно выделить ряд наиболее информативных, основываясь на результатах проведения.

Среди всех проведенных проб на речь наиболее информативной является проба на составление рассказа с опорой на зрительный стимул и без опоры на зрительный стимул. Это единственная проба, которая вызвала критику со стороны

испытуемых. Она позволяет отметить все необходимые параметры оценки речи: произношение, темп, грамматический строй, понимание, содержание и отношение к дефектам речи.

Пробы на понимание логико-грамматических конструкций также достаточно информативны, часть из них (родственные отношения, инвертированные конструкции) очень тесно связаны с мыслительной деятельностью и вызывают затруднения, если не со стороны речи, то в мышлении (непонимание родственных связей, например).

В оценке мыслительной деятельности к наиболее информативным пробам относятся: подбор аналогий (свободный вариант), методика «Существенные признаки», трактовка смысла пословиц и метафор (свободный вариант), исключение понятий, классификация, 60 слов. Информативность по отношению к мыслительным процессам заложена в самих методиках: они предполагают обоснования своего выбора испытуемым. В объяснениях пациента проявляются специфические характеристики его мышления. Как показало исследование большая часть справляется с заданиями, где есть выбор вариантов ответа успешно, но важнее знать, каким образом был осуществлен выбор.

Проба Эббингауза также является информативной, в отличие от пробы на завершение предложений, где часто отмечается алкогольная тематика. В пробе Эббингауза возможно оценить:

1. Наличие трудности подбора слова;
2. Дефекты согласования в глагольных и падежных окончаниях;
3. Критичность мышления;
4. Понимание речевого материала;
5. Чтение;
6. Письмо;
7. Характер суждений;
8. Сохранность операции анализа, синтеза;
9. Способность установить причинно-следственные связи между событиями.

## ВЫВОДЫ

1 В результате развития алкогольной зависимости выделяются нервно-психические и соматовегетативные нарушения. При описании психоорганического синдрома выявляются симптомы снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операционной структуры мышления, неустойчивости эмоций, снижения критических способностей. Таким образом, психоорганический синдром, характерный для экзогенно-органических заболеваний, имеет ряд качественных и количественных отличий от нарушений, возникающих вследствие злоупотребления алкоголем. Где наиболее значимым признаком будут являться показатели нарушения мышления.

2 В качестве нозоспецифических характеристик нарушений мышления у большинства испытуемых на первый план выступает нарушение контроля, которое проявляется в элементах «соскальзывания», неравномерности мыслительной деятельности, потере инструкции. Большинство испытуемых демонстрируют конкретность мышления. В общей картине речевых нарушений в большинстве случаев проявляется стереотипность структуры предложения, преобладание глаголов (речевая предикативность). Большинство испытуемых демонстрирует нарушение понимания логико-грамматических конструкций, в большей степени падежных форм. Помимо специфических операциональных нарушений мышления присутствует нарушение нейродинамического компонента, который проявляется в увеличении латентного периода ответа, выбора ответа и повышенной истощаемости при решении мыслительных задач.

3 Речемыслительная деятельность больных алкоголизмом характеризуется нарушением динамики, присутствием алкогольной тематики. В основе лежит нарушение внутренней речи. Речемыслительная деятельность оказывает влияние на успешность выполнения проб на исследование памяти и в свою очередь подвергается влиянию нарушенной функции внимания, преимущественно нарушению произвольности внимания.

4 Проведенное исследование показывает, что наиболее чувствительными к специфическим характеристикам мышления больных алкоголизмом являются: пробы на спонтанную речь (с опорой на зрительный стимул и без опоры на зрительный стимул), проба на понимание родственных отношений, проба на понимание инвертированных конструкций, методика «существенные признаки», подбор противоположностей (свободный вариант), подбор аналогий (свободный вариант и выбор из альтернатив), исключение понятий, классификация (на невербальном уровне), трактовка смысла пословиц и метафор, проба Эббингауза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе проведен теоретический анализ особенностей нарушения мышления и речи у лиц с алкогольной зависимостью и лиц с органическим расстройством личности.

Проведено исследование больных алкоголизмом на базе мужского и женского отделений ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница».

Проведенное исследование позволило выделить и проанализировать особенности речевой и мыслительной деятельности. Выделены наиболее чувствительные методики к специфическим изменениям мыслительной деятельности.

Полученные результаты могут быть использованы на практике для дифференциальной диагностики и медико-социальной экспертизы больных хроническим алкоголизмом, точность которой важна для выстраивания дальнейшей реабилитационной программы.

Результаты исследования могут послужить дальнейшей разработке унифицированной системы оценки нарушений мышления и речи, используя небольшое количество методик. При этом не оказывая негативного влияния на точность квалификации типа органического расстройства.



## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адриянова, Е.Д. Когнитивные расстройства при алкоголизме / Е.Д. Адриянова, И.В. Дамулин, Ю.П. Сиволап // Наркология. – 2013. – № 6. – С. 79–85.
2. Альтшулер, В.Б. Клиника алкоголизма / В.Б. Альтшулер // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – Т.1. – М.: Медпрактика – М, 2002. – С. 203-233.
3. Анохина, И.П. Биологические механизмы зависимости от ПАВ (патогенез) / И.П. Анохина // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 13-33.
4. Бабаян, Э.А. Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова. – М.: Медицина, 1983. – 432 с.
5. Бабаян, Э.А. Учебное пособие по наркологии / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1981. – 304 с.
6. Бернштейн, Л.М. Алкоголизм, наркомании, токсикомании: учебное пособие / Л.М. Бернштейн, Н.П. Герасимов, Ю.Б. Можгинский, Н.И. Беглянкин. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2009. – 64 с.
7. Вассерман, Л.И. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство / Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон. – СПб: «Стройлеспечать», 1997. – 303 с.
8. Глозман, Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных / Ж.М. Глозман. – М.: Смысл, 2012. – 264 с.
9. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: МИКЛОШ, 2003. – 215 с.
10. Григорьев, Н.Б. Психолого-социальная помощь в наркологии: учебно-методическое пособие / Н.Б. Григорьев. – СПб.: Издательство «Санкт-Петербургский Государственный институт психологии и социальной работы», 2004. – 35 с.

11. Дунаевский, В.В. Наркомании и токсикомании / В.В. Дунаевский, В.Д. Стяжкин. – Л.: Медицина, 1990. – 208 с.
12. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, П.Д. Шабанов. – СПб.: Издательство «Элби-СПб», 2002. – 192 с.
13. Зверев, В.В. Теория и практика интенсивной терапии тяжелых форм острых алкогольных психозов: Учебное пособие. / В.В. Зверев - Харьков: Майдан, 2001. - 32 с
14. Иванец, Н.Н. Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца – 3-е изд., перераб. и расшир. – М.: «Нолидж», 2000. – 448 с.
15. Короленко, Ц.П. Личность и алкоголь / Ц.П. Короленко, В.Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1987. – 170 с.
16. Лисицын, Ю.П. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты: руководство для врачей / Ю.П. Лисицын, П.И. Сидоров. – М.: Медицина, 1990. – 528 с.
17. Лурия, А.Р. Мозг человека и психические процессы / А.Р. Лурия. – Т.2. – М.: Педагогика, 1970. – С. 16-17
18. Международная классификация болезней. 10-ый пересмотр / Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – Киев: Сфера, 2005. – 306 с.
19. Менделевич, В.Д. Руководство по аддиктологии / Под. ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
20. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохина, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
21. Нужный, В.П. Механизмы и клинические проявления токсического действия алкоголя / В.П. Нужный // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – Т.1. – М.: Медпрактика – М, 2002. – С. 74-94.
22. Пермяков, А.В. Патоморфология и танатогенез алкогольной интоксикации / А.В. Пермяков, В.И. Витер. – Ижевск: Экспертиза, 2002. – 91 С.

23. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства и МКБ-10. / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева, В.Б. Голланд // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 44–47.
24. Погосов, А.В. Проблемы наркологии: лекционный курс / А.В. Погосов. – Курск: КГМУ, 2005. – 216 с.
25. Портнов, А.А. Клиника алкоголизма / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. – Л.: Медицина, 1971. – 392 с.
26. Пятницкая, И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма / И.Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 1988. – 378 с.
27. Разводовский, Ю.Е. Медико-социальные аспекты алкоголизма / Ю.Е. Разводовский. – Гродно, 2005. – 128 с.
28. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
29. Руководство по аддиктологии / Под ред. Проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
30. Рыбакова, Т.Г. Клинико-психологические характеристики алкогольной зависимости, сочетающейся с эндогенной депрессией: пособие для врачей / Т.Г. Рыбакова, О.Ф. Ерышев. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 26 с.
31. Рязанова, А.Ю. Дифференциальная психодиагностика основных вариантов органического расстройства личности при военно-врачебной экспертизе подростков: дис. ... канд. пс. наук / А.Ю. Белозеров. – СПб., 2002. – 246 с.
32. Сиволап, Ю.П. Когнитивные расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем / Ю.П. Сиволап, И.В. Дамулин, В.А. Савченков, М.В. Янушкевич и др. Журнал Практическая медицина. – 2007. – №22.
33. Тиганов, А.С. Вопросы систематики и психического расстройств экзогенного и экзогенно-органического характера / А.С. Тиганов, Л.К. Хохлов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 2 – С. 222–228.
34. Ураков, И.Г. Хронический алкоголизм / И.Г. Ураков, В.В. Куликов. – М.: «Медицина», 1977. – 166 с

35. Шабанов, П.Д Наркология: руководство для врачей. / П.Д. Шабанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с.
36. Шевляков, В.В. Медицинская психология: Учебно-методический комплекс для студентов специальности «Психология» / В.В. Шевляков. – Минск.: МИУ, 2010. – 448 с.
37. Шереметьева, И.И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний. / И.И. Шереметьева // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 27–29.
38. Шереметьева, И.И. Экзогенно-органические психические расстройства и агрессивность / И.И. Шереметьева // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва, 2-3 декабря 2004 г. – М.: ГЕОС, 2004. – 141 с.
39. Шостакович, Б.В. Расстройства личности – психопатии в современной классификации DSM-IV / Б.В. Шостакович // Российский психиатрический журнал. – М., 1997. – № 2. – С. 56–59.
40. Шостакович, Б.В. Современные подходы к диагностике психопатических расстройств / Б.В. Шостакович // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 7–14.
41. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма / Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1990. – 416 с.
42. Энтин, Г.М. Клиника и терапия алкогольных заболеваний: в 2 т. / Г.М. Энтин, Е.Н. Крылов; под ред. А.Г. Гофмана. – М., 1994. – Т. 1. – 232 с.
43. Энтин, Г.М. Клиника и терапия алкогольных заболеваний: в 2 т. / Г.М. Энтин, Е.Н. Крылов; под ред. А.Г. Гофмана. – М., 1994. – Т. 2. – 172 с.
44. Ястребов, А.В. Лекция о влиянии алкоголя на организм человека: Алкоголь и правонарушения / А.В. Ястребов. – М.: Высшая школа, 1987. – 96 с.
45. Chandler, C.M. Persistent negative effects of alcohol drinking on aspects of novelty-directed behavior in male rhesus macaques / C.M. Chandler, M.E. Follett, N.J. Porter, et. al. // Alcohol. – 2017 – Sep; 63 – P. 19–26.

46. Schwarzinger, M. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: a nationwide retrospective cohort study / M. Schwarzinger, B.G. Pollock , C. Dufouil, et. al. // Lancet Public Health. – 2018 – Mar; 3(3):e124. – e132.

47. Wolff, N. Effects of high-dose ethanol intoxication and hangover on cognitive flexibility / N. Wolff, P. Gussek , A.K. Stock ,C. Beste // Addict Biol. – 2018 – Jan; 23(1): 503–514.

48. Silveri, M.M. Altered anterior cingulate neurochemistry in emerging adult binge drinkers with a history of alcohol-induced blackouts / M.M. Silveri, J. Cohen-Gilbert, D.J. Crowley // Alcohol Clin Exp Res. – 2014 – Apr; 38(4): 969–79.

49. Всемирная организация здравоохранения. Алкоголь. – <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

50. Сведения об объеме и доле розничных продаж алкогольной продукции по ЕГАИС в разрезе субъектов РФ. – [http://www.fsrar.ru/statisticheskaja\\_informacija/svedia\\_ob\\_obyme\\_i\\_dole\\_roznuchnuh\\_prodag\\_po\\_egais](http://www.fsrar.ru/statisticheskaja_informacija/svedia_ob_obyme_i_dole_roznuchnuh_prodag_po_egais).

51. Global Health Observatory Data Repository (European Region). – <http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1028?lang=en&showonly=GISAH>.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А.1 – Показатели методик по компонентам мышления

Применяемая методика	Показатели оценки операционального компонента мышления	Показатели оценки динамического компонента мышления	Показатели оценки мотивационно-личностного компонента мышления	Показатели оценки критичности мышления
Понимание рассказа	Установление причинно-следственных связей; Способность определить последовательность событий; Непонимание связи событий.	Целенаправленность суждений; Инертность/ подвижность мышления.	Особенности воспроизведения, наличие алкогольной тематики; Склонность к рассуждательству.	Усвоение инструкции; Реакция на критические замечания/помощь; Повтор однотипных ошибок после разбора.
Проба эббингауза	Затруднение подбора нужного слова; Непонимание связи событий.	Количество времени.	Содержание; Наличие слов алкогольной тематики.	Сопоставление включаемого слова, предложения и текста; Реакция на критические замечания/помощь.
Подбор аналогий	Обобщения по абстрактным признакам; Конкретность суждений; Характер операции синтеза, анализа; Понимание логических связей и отношений между понятиями; Опора при решении задач на конкретные ассоциации.	Количество времени; Целенаправленность суждений; Инертность/ подвижность мышления.	Склонность к рассуждательству; Возможность восстановления логических связей и суждений больного.	Усвоение инструкции; Реакция на критические замечания/помощь; Повтор однотипных ошибок после разбора.

Выделение существенных признаков	Наличие избыточной детализации; Обобщение по конкретно-ситуативным признакам; Обобщение по атрибутивным признакам; Обобщения по абстрактным признакам; Конкретность суждений.		Непоследовательность мышления; Разноплановость мышления; Элементы «соскальзывания»; Потеря устойчивости рассуждения.	Усвоение инструкции; Реакция на критические замечания/помощь; Возможность соотнесения главных и латентных признаков.
исключени е четвертого лишнего	Склонность к формированию одноименных групп; Выделение групп по ситуативным связям; Обобщения по абстрактным признакам; Конкретность суждений; Характер операции синтеза, анализа.			
исключени е понятий	Склонность к формированию одноименных групп; Обобщения по абстрактным признакам; Конкретность суждений; Характер операции синтеза, анализа.	Количество времени; Целенаправленность суждений; Инертность/подвижность мышления.	Непоследовательность мышления; Разноплановость мышления; Элементы «соскальзывания»; Потеря устойчивости рассуждения.	Усвоение инструкции; Реакция на критические замечания/помощь; ; Возможность соотнесения главных и латентных признаков.
60 слов	наличие слов, конкретно-ситуационного значения; Наличие ассоциаций по созвучию.	количество гнезд; количество времени; количество слов в гнезде.	содержание; наличие слов алкогольной тематики.	Усвоение инструкции; Утеря инструкции в процессе выполнения.

Продолжение приложения А

Окончание таблицы А.1

трактовка смысла пословиц	понимания переносного смысла; Недифференциро ванность суждений.	Целенаправленнос ть суждений; Инертность/ подвижность мышления.	Непоследовательн ость мышления; Разноплановость мышления; Наличие алкогольной тематики.	Усвоение инструкции; Реакция на критические замечания/помощь .
понимание метафор				
метод пиктограм м	Наличие конкретно- ситуативных стимулов; Наличие ассоциаций по созвучию; Абстрактность стимулов; Снижение способностей к установлению сложных логических связей.	Количество времени; Целенаправленнос ть суждений; Инертность/ подвижность мышления.	Причудливость ассоциаций; Непоследовательн ость мышления; Разноплановость мышления; Наличие алкогольной тематики.	Усвоение инструкции; Утеря инструкции в процессе выполнения.