

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Общая психопатология - нарушения интеллекта»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Серебренников М.А

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Красноярск 2023

Место для ввода текста.

Оглавление

Актуальность	3стр.
Определение	3стр.
Синдромы недоразвития интеллекта.....	6стр
Синдромы снижения интеллекта.....	9стр
Заключение	12стр.
Список литературы	13 стр.

Актуальность

Интеллект (от латинского - *Intellectus*) в широком смысле - это совокупность всех познавательных функций индивида: от ощущения и восприятия до мышления и воображения; в более же узком смысле - это мышление. Интеллект является основной формой познания действительности. Существует три разновидности в понимании функции интеллекта: 1) способность к обучению, 2) оперирование символами, 3) способность к активному овладению закономерностями окружающей нас действительности.

Термин интеллект часто применяется для того, чтобы подчеркнуть специфику человеческой психологической деятельности. При этом не следует упускать из виду, что способности иметь дело с абстрактными символами и отношениями только одна сторона интеллекта; не менее важна и такая сторона как конкретность мышления. Нередко интеллект трактуют, как возможность приспосабливаться к новым ситуациям, используя ранее приобретенный опыт. В данном случае интеллект фактически отождествляется со способностью к учению. Однако нельзя не учитывать то, что интеллект включает в себе продуктивное начало. Самое существенное для человеческого интеллекта состоит в том, что он позволяет отражать закономерные связи и отношения предметов и явлений окружающего мира, тем самым дает возможность творчески преобразовывать действительность.

Современная наука уже многое знает о сущности человеческого интеллекта. Наиболее общая природа интеллекта как способности отображения мира в понятиях, законы мышления, связь интеллекта с языком раскрыты и объяснены весьма основательно. Однако остаются и более глубокие уровни неисчерпаемой сущности человеческого интеллекта, к изучению которых современная наука еще только приближается. К ним следует отнести в первую очередь те глубинные уровни человеческого интеллекта, которые закладываются в бесконечной предыстории интеллекта и скрыто «работают» в деятельности интеллекта, обеспечивая его способность адекватно познавать мир.

Определение

Интеллектом - называется система всех познавательных способностей индивида и, в частности, способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности.

Понятие интеллекта чрезвычайно сложно для определения и трактуется неоднозначно различными исследователями. Предполагается, что это понятие означает совокупный умственный потенциал человека, комплекс его способностей и путей их реализации для наиболее полной адаптации к жизни.

К. Ясперс (1883—1969) при анализе интеллекта предлагал различать предпосылки интеллекта, багаж знаний, интеллект в собственном смысле.

К предпосылкам интеллекта следует отнести психические процессы, позволяющие осуществлять получение, накопление информации и анализ приобретенного опыта. Это такие психические функции, как память, речь, способность воспринимать окружающее, возможность длительное время удерживать внимание и сохранять работоспособность ума. Нарушение перечисленных функций закономерно ведет к невозможности полноценно использовать разум, хотя не свидетельствует о низком интеллекте как таковом. Необходимо избегать попыток оценить интеллект человека во время острого психоза (депрессия, делирий, острый бредовый приступ), поскольку беспомощное состояние может отражать временное бездействие предпосылок интеллекта.

Багаж знаний является, с одной стороны, базой для обширной деятельности рассудка; с другой стороны, отражает богатство интеллектуального опыта, демонстрирует способность человека к быстрому накоплению информации. Многие методики исследования интеллекта включают задания на оценку багажа знаний, однако понятно, что он не выражает непосредственно индивидуальных особенностей мышления человека, хотя во многом отражает условия его воспитания и реальные возможности при получении образования.

Интеллект в собственном смысле — это развивающаяся параллельно с формированием ЦНС способность находить существенные для максимальной адаптации связи между предметами и явлениями, умение понимать и предвидеть действительность. Генетические исследования показывают существенную роль наследственности в формировании умственных способностей, однако понятно, что потенциал, заложенный генетически, реализуется в зависимости от условий, способствующих последовательному развитию психики.

В процессе становления человека постоянно обогащаются способности его мышления. Так, ребенок еще до формирования полноценной речи, наблюдая и копируя действия взрослых, научается действовать в своих

интересах: доставать спря-танные игрушки, есть ложкой без помощи взрослых, одевать-ся — это *наглядно-действенное мышление*. Развитие речи и на-копление чувственного опыта позволяют делать выводы о ве-щах, не наблюдаемых в данный момент непосредственно, а лишь представляемых человеком. Такое основанное на пред-ставлениях мышление называется *конкретно-образным*. Посту-пая в школу, ребенок постепенно знакомится с миром абст-рактных понятий и символов, которые иногда невозможно представить, — математическими действиями, физическими законами, философскими категориями. Умение оперировать этими понятиями определяется как *абстрактное (понятийное) мышление*. Таким образом, интеллект взрослого человека пред-полагает сосуществование и взаимодействие практических на-выков, конкретно-ситуационных представлений и способнос-ти к абстрагированию. Недоразвитие каждой из этих способ-ностей ухудшает адаптацию человека: так, ученый, погружен-ный в мир абстрактных идей, может оказаться беспомощным в простейшей ситуации, требующей от него конкретных дей-ствий. Однако именно способность к абстрактному мышлению как свидетельство завершенности естественного развития нервной системы — наиболее важный показатель уровня ин-теллекта.

Уровень интеллекта можно охарактеризовать количественно с помощью индекса IQ(см. раздел 2.5), однако в клиничес-кой практике формальный подход не всегда позволяет правиль-но оценить особенности конкретного человека. Сопоставляя уровень образования, степень нарушения предпосылок интел-лекта, динамику способностей в течение жизни и их измене-ние за годы болезни, врач может составить более детальное заключение о состоянии интеллекта, чем при простом тести-ровании. При беседе с больным следует обратить внимание на самые различные его способности. Не нужно ожидать, что снижение интеллекта будет заметно из первых же высказыва-ний пациента. Необходимо учитывать, что при слабоумии больные могут обладать достаточным словарным запасом и сохранять многие практические навыки. Даже в процессе дли-тельной беседы можно не заметить расстройств абстрактного мышления, если темы разговора в основном конкретно-ситуа-ционные. Поэтому для оценки такого мышления необходимо специально поставить перед больным ряд логических задач, с которыми он не сталкивался ранее.

Невозможно оценить абстрактное мышление по вопросам, которые больной многократно решал в прошлом, и хорошо за-учил ответ. Даже имеющие очень глубокое нарушение интел-лекта больные могут назвать месяца года по порядку, расска-зать таблицу умножения. Однако стоит

несколько изменить условия задания — и расстройства логики станут очевидны. Так, неумение перечислить месяцы года и дни недели в обратном порядке, оценить простейшие отношения родственников («Кем приходится мне сын моего родного отца?»), выполнить задания на сравнение предметов («Чем отличается троллейбус от трамвая?», «Что тяжелее — килограмм пуха или килограмм гвоздей?»), объяснить смысл картинок и образных выражений (поговорок и пословиц) позволяют выявить преобладание конкретно-ситуационного мышления и снижение способности к абстрагированию.

При некоторых заболеваниях с признаками слабоумия параллельно с разрушением интеллекта наблюдается заметное поражение праксиса, поэтому одновременно с интеллектом всегда следует оценивать двигательные навыки — артикуляцию, умение пользоваться предметами, способность к письму и конструированию простейших фигур на бумаге.

Расстройства интеллекта могут быть представлены синдромами недоразвития интеллекта (олигофренией) или снижения (утраты) интеллекта (деменцией).

Синдромы недоразвития интеллекта

Врожденной умственной отсталостью называют недоразвитие психических функций вследствие причин, существовавших до рождения ребенка или действовавших в первые годы его жизни. Врожденная умственная отсталость выражается в том, что формирование большинства функций нервной системы происходит со значительной задержкой, при этом многие важные для адаптации функции не формируются вообще. Характерна динамика умственной отсталости с отсутствием прогрессирования интеллектуального дефекта. Напротив, следует говорить об эволюционной динамике, выражающейся в постепенном взрослении и накоплении некоторого опыта, частичной адаптации в специально созданных условиях.

Традиционно принято разделять врожденная умственная отсталость по степени выраженности на Глубокую, тяжёлую (умеренную), лёгкую.

Глубокая — наиболее глубокая степень психического недоразвития. Больные беспомощны, сознательная речь у них отсутствует, эмоциональные реакции примитивны (крик, плач), они не распознают родителей и знакомых. Двигательная сфера неразвита. Некоторые больные не могут ходить, совершают лишь стереотипные движения

(раскачиваются), иногда делают попытки копировать действия и мимику окружающих. Пациенты не могут обслужить себя, нуждаются в постоянном надзоре и уходе (обычно в условиях специальных учреждений соопеечения). По сути дела, психическая жизнь ограничивается удовлетворением простейших биологических потребностей («вегетативное существование»).

Психический дефект при идиотии нередко сочетается с множественными дефектами формирования внутренних органов и внешними аномалиями (лица и т.п.). Нередко соматические заболевания и инфекции приводят к преждевременной смерти таких больных, они редко доживают до зрелости.

Тяжелая (умеренная) — тяжелая умственная отсталость, при которой больные неспособны к абстрактному мышлению. Познавательная деятельность ограничивается образованием представлений. Речь косноязычная (плохая артикуляция, заикание), словарный запас резко ограничен, полноценная фразовая речь возможна не всегда, фразы односложны. Пациенты правильно называют предметы, знают способы их использования, но не в состоянии последовательно рассказать о каком-либо событии. Больные бывают знакомы с названиями букв и цифр, но не умеют совершать операции с ними. Многие имбецилы эмоционально привязаны к близким, ласковы, послушны. Хотя координация движений нарушена, можно воспитать навыки самообслуживания (одеваться, есть ложкой, ходить в туалет). Их можно обучить простейшим трудовым операциям, но без пристального наблюдения они быстро отвлекаются и не выполняют задания.

Лёгкая — легкая умственная отсталость со склонностью к конкретноситуационному мышлению. Резкое снижение способности к абстрактному мышлению и формированию отвлеченных понятий нивелируется у этих больных хорошей памятью, развитой речью и высокой способностью к подражанию. В обыденной жизни они довольно практичны, хорошо ориентируются в ситуации, порой любят поучать других. Возможно обучение в специальных школах, где пациенты осваивают чтение, письмо, простейшие счетные операции (сложение и вычитание), получают элементарные знания о природе. Нередко обучению и продуктивному труду мешают медлительность, инертность, несамостоятельность. Предоставленные сами себе, больные легко попадают под постороннее влияние, алкоголизируются, совершают правонарушения. В некоторых случаях дебилы ведут самостоятельную жизнь, большинство могут обучиться несложной профессии и работать под руководством наставника.

От собственно умственной отсталости следует отличать отставание в психическом развитии ребенка, обусловленное отсутствием со-ответствующего воспитания и образования. В истории чело-вечества было описано несколько примеров, когда дети раз-вивались без контактов с человеческой цивилизацией («дети- маугли»). В этих случаях социальные навыки, не выработанные в детстве (полноценная речь, профессиональная деятельность, полоролевое поведение), по большей части не могли быть развиты в более позднем возрасте. Однако сам факт того, что слабый, беспомощный ребенок смог выжить в тяжелых условиях конкуренции со здоровыми, сильными животными, не позволяет рассматривать особенности его психической деятельности как отсутствие способности к адаптации. В этом смысле дети с малым багажом знаний вследствие микросоциально- педагогической запущенности резко отличаются от олигофренов слабой степени своей сметливостью, изобретательностью, понятливостью.

Синдромы снижения интеллекта

Деменция (слабоумие)— приобретенный психический дефект с преимущественным расстройством интеллектуальных функций. Признаками деменции являются утрата накопленных способностей и знаний, общее снижение продуктивности психической деятельности, изменение личности. Динамика деменции бывает различной. При опухолях мозга, атрофических заболеваниях и атеросклерозе постоянно нарастает дефект психики. В случае посттравматической и постынсультной деменции возможны восстановление некоторых психических функций в первые месяцы заболевания и стабильный характер симптомов на протяжении многих последующих лет. Однако в целом негативный характер расстройств при деменции определяет ее относительную стойкость и невозможность полного выздоровления.

Клиническая картина слабоумия существенно различается при основных психических заболеваниях — органических процессах эпилепсии и шизофрении.

*Органическое слабоумие*бывает обусловлено самыми различными болезнями, приводящими к нарушению структуры мозга и массовой гибели нейронов. В клинической картине органической деменции преобладают грубые расстройства памяти и снижение способности к абстрактному мышлению. Предположительно о причине возникновения этого синдрома можно судить по некоторым особенностям клинической

картины за-болевания. По клиническим проявлениям различают лакунарное и тотальное слабоумие.

Лакунарное (дисмнестическое) слабоумие проявляется в первую очередь расстройством памяти (способность к образованию понятий и суждений нарушается значительно позже). Это существенно затрудняет возможности приобретения новых сведений, но профессиональные знания и автоматизированные навыки могут долго сохраняться у таких больных. Хотя в сложной профессиональной деятельности они чувствуют беспомощность, но легко справляются с ежедневными домашними заботами. Характерно наличие критического отношения к своим недостаткам: пациенты стесняются несамостоятельности, извиняются за нерасторопность, пытаются (не всегда успешно) компенсировать нарушение памяти, записывая наиболее важные мысли на бумаге. С врачом такие больные откровенны, активно предъявляют жалобы, глубоко переживают свое состояние. Изменения характера при лакунарном слабоумии довольно мягкие и не затрагивают ядра личности. В целом родственники находят, что основные формы поведения, привязанности, убеждения больных остаются прежними. Однако чаще все-таки отмечаются некоторое заострение личностных черт, «шаржирование» прежних особенностей характера. Так, бережливость может обратиться в жадность и скарденность, недоверчивость — в подозрительность, замкнутость — в мизантропию. В эмоциональной сфере для больных с дисмнестическим слабоумием характерны сентиментальность, эмоциональная лабильность, слезливость.

Причиной лакунарного слабоумия бывают самые различные диффузные сосудистые заболевания мозга: без инсультное течение атеросклероза и гипертонической болезни, диабетическая микроангиопатия, поражение системных сосудов при коллагенозах и сифилитической инфекции (*luescerebri*). Изменения в состоянии кровоснабжения мозга (улучшение реологических свойств крови, прием сосудорасширяющих средств) могут вызывать колебания состояния и короткие периоды некоторого его улучшения у данных больных.

Тотальное (глобальное, паралическое) слабоумие проявляется первичной утратой способности к логике и пониманию действительности. Нарушения памяти бывают очень грубыми, но могут и существенно отставать от расстройств абстрактного мышления. Заметно резкое снижение или полное отсутствие критического отношения к болезни. Патологический процесс нередко затрагивает нравственные свойства личности: исчезают чувство

долга, деликатность, корректность, вежливость, стыдливость. Личностные расстройства настолько выражены, что больные перестают быть похожи на самих себя (разрушается «ядроличности»): могут цинично браниться, обнажаться, мочиться и испражняться прямо в палате, бывают сексуально расторможены.

Причиной тотального слабоумия является непосредственное поражение коры головного мозга. Это могут быть диффузные процессы, например дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера и Пика), менингоэнцефалиты (например, сифилитический менингоэнцефалит — прогрессивный паралич), слабоумие после самоповешения. Однако иногда небольшой патологический процесс в области лобных долей (локальная травма, опухоль, парциальная атрофия) приводит к сходной клинической картине. Существенных колебаний в состоянии больных обычно не наблюдается, во многих случаях происходит неуклонное нарастание симптомов.

Таким образом, разделение слабоумия на тотальное и лакунарное — это не патологоанатомическое, а синдромальное понятие, поскольку причиной лакунарного слабоумия являются диффузные сосудистые процессы, а тотальное слабоумие может возникнуть вследствие локального поражения лобных долей.

Эпилептическое (концентрическое) слабоумие по сути является одной из разновидностей органического слабоумия. Как и при других органических процессах, при эпилепсии на поздних этапах течения болезни нарушаются память и способность к понятийной деятельности. Однако имеются существенные особенности мышления и личностных изменений. Основной особенностью мышления является чрезвычайная тугоподвижность, выражающаяся нарастающей обстоятельностью мышления, склонностью к детализации, затруднением при подборе слов и снижении словарного запаса (ол и гофазия). Недостаток слов замещается многократными повторениями, словами-паразитами и штампованными («стоячими») оборотами. Личностные изменения характеризуются утрированной педантичностью, слащавостью, склонностью к употреблению уменьшительно-ласкательных выражений в сочетании с деспотичностью и эгоцентризмом. Весьма типичны сужение круга интересов, концентрация на собственных проблемах. Часто это приводит к полному неведению об общественно значимых событиях. Расстройства памяти носят избирательный характер: больные хорошо помнят наиболее важные для них лично факты (имена врачей, названия принимаемых ими

лекарств, размер пенсии и день ее выдачи), однако совершенно не запоминают событий, не имеющих для них большого значения. При высокой взыскательности к окружающим и декларируемом стремлении к порядку сами пациенты могут не выполнять требований врачей, бывают грубы к младшему персоналу больницы и другим пациентам. Снижение способности к обобщению выражается в невозможности отличить главное от второстепенного, в конкретно-ситуационной трактовке пословиц и поговорок.

Шизофреническое слабоумие существенно отличается от слабоумия вследствие органического заболевания. При шизофрении практически не страдает память, не наблюдается утраты способности к абстрактному мышлению. Вместе с тем нарушаются его стройность и целенаправленность, а также нарастают пассивность и равнодушие. Характерным симптомом является разорванность (шизофазия). Обычно у больных отсутствует стремление к достижению результата. Это выражается в том, что они, не пытаясь ответить на вопрос врача, тут же заявляют: «Не знаю!». Физически крепкие пациенты с достаточно хорошим запасом знаний совершенно не могут работать, поскольку не испытывают ни малейшей потребности в труде, общении, достижении успеха. Больные не следят за собой, не придают значения одежде, перестают мыться и чистить зубы. При этом в их речи нередко присутствуют неожиданные высокоабстрактные ассоциации (символизм, неологизмы, паралогическое мышление). Грубых ошибок в арифметических действиях больные обычно не допускают. Лишь на завершающих этапах заболевания длительное «бездействие интеллекта» приводит к утрате накопленного запаса знаний и навыков. Таким образом, центральными расстройствами при шизофреническом слабоумии нужно считать обеднение эмоций, отсутствие воли и нарушение стройности мышления. Точнее данное состояние следует обозначать как *апатико-абулический синдром*.

Заключение

Проблема взаимосвязи познавательных способностей и личностных особенностей является весьма актуальной для психологической науки. Данные о взаимосвязи интеллекта с личностными особенностями весьма неоднозначны. Существенным, с моей точки зрения, представляется и тот факт, что в большинстве этих исследований используются тестовые данные, полученные при помощи личностных опросников. Однако, эта

информация не полностью отражает реальное поведение человека в различных ситуациях.

За рамками остается изменение личностных черт как результат адаптации человека к средовым, ситуативным изменениям, осознанный выбор человеком поведения, адаптивного к событиям. Таким образом, я думаю, что не учитывается влияние интеллекта как некоторой способности, определяющей общую успешность адаптации человека к новым ситуациям и креативности как способности к неадаптивной продуктивной деятельности, проявляющейся в продуктивном преобразовании опыта, на проявление личностных особенностей. Возможно, именно поэтому в большинстве работ, посвященных изучению взаимозависимостей между интеллектом, креативностью и личностными особенностями, не получено однозначных выводов о взаимосвязи познавательных способностей и личностных особенностей или типов личности.

Интеллект человека представляет собой чрезвычайно многофакторную величину. Он определяет как социальную полезность человека, так и его индивидуальные особенности, служит главным проявлением разума. По сути, интеллект то, что выделяет нас из мира животных, что придает особую значимость человеку, что позволяет ему динамически изменять окружающий мир, перестраивая среду под себя, а не приспосабливаться к условиям быстро меняющейся действительности.

Тест или проверка интеллекта является важнейшей задачей, которая на любом этапе позволит спланировать дальнейшее развитие личности, определить ход интеллектуальной, моральной и психологической эволюции человека. Именно уровень и тип развития интеллекта определяет будущее человека, его судьбу. Исследование интеллекта интересовало человечество с древних времен и постепенно выросло в отдельную отрасль психологии. Тесты интеллектуального развития занимают отдельное место в ряду методик психологического исследования.

Список использованной литературы

1. Психиатрия : учебник / Жмуров, В. А. Психиатрия/ Изд-во «Умный доктор», 2018 - 1312 стр.
2. Психиатрия: учебник/ В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. — Изд. 3-е. — Ростов н/Д : Феникс, 2020. — 412 стр.
3. Общая психопатологи/ Карл Ясперс издательство колибри 2019 год

4. Лурин А.Р. "Лекция по общей психопатологии"
5. Психиатрия: нац. рук. / гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незианов.
- 2-е изд.,
перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1008 с

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии Сурсод ПО
(наименование кафедры)
Рецензия Березовский Михаил Александрович А.М. участков
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)
на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрии
Средоткин Михаил Александрович
(ФИО ординатора)
Тема реферата Схемы психоконтроля - наркоман и психиатры

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	-
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+/-
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	-
6.	Логичность доказательной базы	+/-
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+/-
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	5
9.	Наличие общего вывода по теме	+/-
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	3 (удовлетворительно)

Дата: «__» ____ 20__ год

Подпись рецензента

(подпись)

(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

(ФИО ординатора)