

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат на тему:
Нарушения мышления.

Выполнил: ординатор 1-го года обучения

Тимофеев А.С.

Руководитель: зав.кафедрой, д.м.н.

Березовская М .А.

- 1. Актуальность проблемы**
- 2. Формы нарушения мышления.**
- 3. Формальные расстройства.**
- 4. Патологические суждения.**
- 5. Вывод.**
- 6. Список используемой литературы.**

Актуальность проблемы

Мышление является основным и специфическим для человека познавательным процессом, в ходе которого диалектически устанавливаются внутренние (семантические) связи, характеризующие структуру объектов реальной действительности, их отношения между собой и к субъекту познавательной деятельности. Мышление тесно связано с другим базисным познавательным процессом – процессом восприятия и необходимо возникло в результате его поступательного эволюционного развития. Борьба за существование, являющаяся основным механизмом видовой динамики, вынуждала в каждый момент конфликтного взаимодействия конкурирующих особей сначала к максимальному напряжению физических сил (стрессовой мобилизации) в интересах удовлетворения своих безусловных потребностей (пищевой, половой, самосохранения), обеспечивая тем самым выживание индивидуума и сохранение вида. На определенном этапе развития, когда чисто физические ресурсы были исчерпаны, более эффективным приспособительным механизмом стала возможность сначала обобщения на основе индивидуального опыта своеобразия проблемных ситуаций и их алгоритмического разрешения, а затем необходимость поиска новых нестандартных (творческих) решений.

Эти обстоятельства стали побудительным стимулом, обеспечивающим качественный скачок – переход от конкретно воспринимаемой сиюминутности бытия к аналитико-синтетической оценке прошлого опыта и прогнозированию своего поведения в будущем. Таким образом были расширены его временные границы и созданы предпосылки для интенсивного развития других психических функций (долговременная и кратковременная память, воображение, перспективное мышление и др. – то есть сознания и самосознания в широком смысле этого понятия). Параллельно и взаимозависимо с этими процессами возникли и развивались новые сугубо человеческие свойства – символика языка и речи, изобразительного искусства, зачатки религиозного чувства, научного сознания мира и своего места в нем. Таким образом был осуществлен переход от системы *представлений* об окружающем мире, которая постепенно складывалась на основе его индивидуального и коллективного восприятия к системе *понятий*. Последняя отражала самые существенные, позволяющие сделать обобщения признаки явлений и предметов и складывалась в картину *понимания* окружающего мира. Символика языка как функция коммуникации из средства обозначения реальностей все больше превращалась в средство общения, обмена информацией, формирующее коллективное сознание популяции. Наряду с *конкретными понятиями*, описывающими отдельные предметы, явления (кошка, стол, пожар) возникли *абстрактные*, обобщающие конкретные реалии (животные, мебель, стихийные бедствия).

Способность формировать и усваивать смысловые, родообразующие понятия возникает на определенном этапе исторического и онтогенетического

развития психической деятельности и называется *абстрактным мышлением*. Неспособность оперировать абстрактными понятиями, субъективное, опирающееся на несущественные признаки мышление не раскрывает смысла явлений или приводит к противоречивому (алогичному) толкованию их сути. Это в свою очередь указывает либо на атавистическую задержку его развития, либо на наличие психического расстройства.

Мышление нормальных людей организует картины окружающего и внутреннего мира на основе анализа причинно-следственных отношений, подвергая его результаты проверке опытом, и рано или поздно оказывается в состоянии выявить внутренние связи объектов и явлений.

Творческое, или так называемое диалектическое, мышление, являющееся основой профессионально-клинического, как наиболее продуктивная форма опирается на анализ и синтез. Анализ предполагает выяснение того, чем данный объект, предмет, явление в силу своих индивидуальных особенностей отличается от других, внешне похожих. Для того, чтобы это установить, необходимо изучить его структурно-динамическое своеобразие. Применительно к больному это означает необходимость исследования исключительности личностной феноменологии, включая изучение биологического, психического и социального статусов.

Синтез, напротив, означает стремление установить внутренние связи внешне непохожих объектов, что невозможно ни на уровне восприятия, ни на уровне конкретного формального мышления. Иногда эта связь представлена лишь одной характеристикой, которая, тем не менее, является фундаментальной. Если верить преданию, то закон всемирного тяготения открылся Ньютону в тот момент, когда ему на голову упало яблоко. Восприятие внешних признаков указывает лишь на сходство форм. Понимание внутренних связей позволяет рассмотреть в одном ряду совершенно разные объекты, обладающие лишь одним общим качеством – массой. Человеческий разум благодаря этому свойству способен также к экстраполяции известной внутренней связи за пределы опытного восприятия пространства и времени, что делает его возможности практически безграничными. Так происходит осознание человеком законов, управляющих миром, и постоянный пересмотр уже имеющихся представлений.

Так называемое формальное мышление, являющееся атавистическим или имеющее болезненные причины, идет по пути аналогий, которые устанавливаются по признакам внешнего сходства, и уже поэтому не может быть творчески продуктивным. В медицине оно называется фельдшерским, но отнюдь не является прерогативой фельдшеров. Мыслящий подобным образом врач, завершая специальное образование, имеет канонизированные представления о реестре существующих, по его мнению, форм болезней в их описательных характеристиках с соответствующим алгоритмом последующих действий. Диагностическая задача решается чаще всего на основе формальной калькуляции симптомов с отнесением их массива к известной нозологической матрице. Происходит это по принципу ответа на вопрос: на кого больше похожа летучая мышь – на птицу или на бабочку? На самом деле на лошадь (и

то, и другое – млекопитающие). Познавательная деятельность, организованная подобным образом, способна лишь клишировать стандартные ситуации в рамках решения самых простых задач. Она нуждается в руководстве, контроле и может быть приемлемой только у претендующих на роль исполнителя.

Группы расстройств мышления

- **формальные расстройства мышления** (расстройства ассоциативного процесса) — нарушение хода, формы рассуждений. Условно можно выделить нарушения темпа, глубины, последовательности, гибкости, критичности и самостоятельности мышления;
- **патологические суждения** — нарушение содержания мышления, ошибочные (несоответствующие реальности или неправильно оцениваемые) суждения и умозаключения. Сюда относят: бредовые и сверхценные идеи, навязчивые явления.

Формальные расстройства мышления

Оценивая характеристики процесса (формы) мышления, выделяют следующие качества:

- **Быстрота** (темп) мышления.
- **Целенаправленность** — степень проникновения в сущность явления, т.е. характеристика *процесса обобщения*.
- **Последовательность** — взаимосвязанность, доказательность, обоснованность хода рассуждений.
- **Гибкость** — способность изменять намеченный план действий, когда это необходимо.
- **Критичность** — способность правильно оценивать свое понимание ситуации, сопоставлять объективную реальность и свои субъективные представления о ней.

Нарушения темпа мышления

1. **Болезненно ускоренное мышление.** Характеризуется увеличением речевой продукции в единицу времени. В основе лежит ускорение течения ассоциативного процесса. Течение мысли обуславливается внешними ассоциациями, каждая из которых является толчком для новой тематики рассуждений. Ускоренный характер мышления приводит к поверхностным, поспешным суждениям и умозаключениям. Больные говорят торопливо, без пауз, отдельные части фразы связаны между собой поверхностными ассоциациями. Речь приобретает характер «телеграфного стиля» (больные пропускают союзы, междометия, «проглатывают» предлоги, приставки, окончания). «Скачка идей» - крайняя степень ускоренного мышления. Наблюдается при:
 - маниакальном синдроме. Наиболее характерная картина ускоренного мышления. Больные в большинстве случаев субъективно положительно оценивают такое состояние, говорят, что получили возможность лучше понимать происходящее, что мышление стало чрезвычайно легким. В

речи отражается повышенное настроение — легко начинают складывать стихи, поют песни и т.д.

- тревоге. Перебирают возможные угрозы, ожидающие в будущем, и варианты их избежать и пр.;
 - употреблении психостимуляторов, легком алкогольном опьянении.
2. Болезненно замедленное мышление. В отношении темпа представляет собой противоположность предыдущего расстройства. Часто сочетается с гиподинамией, гипотимией, гипомнезией. Выражается в речевой заторможенности, застреваемости. Ассоциации бедны, переключаемость затруднена. Больные в своем мышлении не в состоянии охватить широкий круг вопросов. Немногочисленные умозаключения образуются с трудом. Больные редко проявляют речевую активность спонтанно, их ответы обычно немногословны, односложны. Иногда контакт вообще не удается установить. Наблюдается при:
- депрессии. При депрессии у пациентов часто присутствует субъективное переживание затруднения мышления, возникают мысли о своей интеллектуальной несостоятельности. Подобные жалобы на «поглупение» могут присутствовать уже при легких депрессиях, когда объективные признаки замедления мышления еще трудно выявить. При тяжелых депрессиях выраженность идеаторного торможения может быть такова, что эти состояния ошибочно принимают за состояния слабоумия;
 - оглушении (легкий вариант выключения сознания);
 - психоорганическом синдроме (в этом случае замедление мышления необратимо — является уже свойством психических процессов, а не состоянием; отражает наличие органического поражения головного мозга).

Нарушение целенаправленности мышления

1. Резонерство (бесплодное мудрствование, рассуждательство). Мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, туманных, часто малосодержательных рассуждений на общие темы, по поводу общеизвестных истин, например, на вопрос врача «как вы себя чувствуете?» долго рассуждают о пользе питания, отдыха, витаминов. Этот вид мышления чаще всего встречается при шизофрении.
2. Аутистическое мышление (от слова аутоc — сам) — мышление, оторванное от реальности, противоречащее реальности, не соответствующее реальности и не корректирующееся реальностью. Больные теряют связи с действительностью, погружаются в мир собственных причудливых переживаний, представлений, фантазий,

непонятных окружающим. Аутистическое мышление относится к основным симптомам шизофрении, но может встречаться и при других заболеваниях и патологических состояниях: шизоидная психопатия, шизотипические расстройства.

3. Символическое мышление. Мышление, при котором обычным, общеупотребимым словам придается особый, отвлеченный, понятный лишь самому больному смысл. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (неологизмами), больные разрабатывают собственные языковые системы. Примеры неологизмов: «зеркаластр, пенснэхо, электрическая эксковозочка». Этот вид мышления встречается при шизофрении.
4. Патологическая обстоятельность (детализированность, вязкость, инертность, тугоподвижность, торпидность мышления). Характеризуется склонностью к детализации, застреванию на частностях, «топтанием на месте», неспособностью отделить главное от второстепенного, существенное от несущественного. Переход от одного круга представлений к другому (переключение) затруднен. Прервать речь больных и направить в нужное русло очень трудно. Это разновидность мышления чаще всего встречается у больных эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга.
5. Персеверация мышления. Характеризуется повторением одних и тех же слов, фраз, в связи с выраженным затруднением переключаемости ассоциативного процесса и доминированием какой-либо одной мысли, представления. Это расстройство встречается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, у депрессивных больных.

Нарушение последовательности

1. Паралогическое мышление (от греч. *paralogos* — противный разуму, неразумный; «кривая логика»; в логике «паралогизм» — ошибка в рассуждении, обусловленная нарушением законов и правил логики) — в мышлении присутствуют логические ошибки, обусловленные односторонностью и тенденциозностью мышления больного, которые приводят его к выводам, противоречащим действительности. Логические ошибки заключаются в неправильно используемых предпосылках и доказательствах, неверно построенных причинно-следственных отношениях, смешении понятий и т.д. Лежит в основе интерпретативного бреда (примеры см. в соответствующем разделе). Интеллектуально-мнестические способности в этих случаях сохранены, и больные способны правильно рассуждать за пределами своей бредовой фабулы.

2. Смысловое соскальзывание — необоснованная смена основной темы рассуждений побочной, второстепенной. Обусловлены не нарушением внимания, от которого их следует отличать, а нарушением последовательности мышления и искажением процесса обобщения.
3. Шперрунг («закупорка мысли», обрыв мысли) — внезапный обрыв мысли, осознается как кратковременное отсутствие мысли в голове. Следует дифференцировать с абсансами, нарушением внимания.
4. Разорванное мышление — отсутствие какой-либо логической связи между высказываниями, соединение разнородных, не связанных общим смыслом мыслей («в огороде бузина, а в Киеве — дядька»), грамматический строй речи (синтаксис) при этом сохраняется.

Нарушение гибкости

1. Стереотипное мышление — общее уменьшение гибкости мышления, проявляющееся в сложности изменения установок (ригидности), повторяемости и обыденности мыслей.
2. Тугоподвижность мышления (вязкость мышления) — мышление со значительными трудностями при переходе от одной мысли к другой, обычно сочетается с замедлением темпа, обстоятельностью, персеверациями.
3. Речевые стереотипии — симптомы, при которых в речи больного повторяются одни и те же слова, мысли или выражения.
 - Персеверации — возвращения к мысли, которая уже была высказана ранее.
 - Вербигерации — стереотипное, часто ритмичное повторение отдельных слов или звуков. Нередко сочетается со стереотипными движениями.
 - Стоячие обороты — короткие стереотипные выражения, которые в значительной степени заполняют речь больного.

Критичность мышления

1. Инфантильное мышление (недостаточная критичность) — мышление с чертами незрелости у взрослых людей; характерно недостаточное использование логического (рационального) мышления, опора на интуитивные суждения и подверженность мышления искажающему влиянию со стороны эмоций.
Вместо логического анализа действительности преобладает формирование быстрых, основанных на интуиции, но не продуманных, подверженных искажающему влиянию эмоций, примитивных

суждений. Собственные желания и опасения определяют тенденциозность оценок, избирательность используемых в суждениях фактов, искажение реальности в пользу сиюминутных субъективных представлений. Критической оценки расхождения действительности со своими субъективными представлениями о ней не возникает.

Для людей с инфантильным мышлением характерны неразвитость самоанализа, категоричность в суждениях с убежденностью в собственной правоте, нежелание признавать ошибки, несмотря на быструю смену убеждений под влиянием случайных обстоятельств и эмоций. Недостаточность критических способностей обуславливает высокую внушаемость, доверчивость (в том числе в отношении опоры на собственную интуицию), формирование примитивных верований и суеверий, склонность к фантазированию. Характерны реакции «бегства» при столкновении с жизненными трудностями (в том числе «бегства в болезнь» — см., например, конверсионные и диссоциативные расстройства, устар. — истерия).

Инфантильное мышление может быть характерно для лиц с истерическим личностным радикалом, низким интеллектуальным уровнем, психоорганическим синдромом.

Близкие по своей сути к инфантильному мышлению варианты:

- Эгоистическое мышление — мышление человека, основанное на модели мира, согласно которой все строится вокруг него и для него, все события для других имеют такое же значение, как и для него.
- Магическое мышление — мышление, имеющее в своей основе убеждение, что мысли тождественны действию, т.е. те или иные мысли или желания сами по себе приводят к изменению внешней ситуации, без необходимости соответствующих реальных действий.

2. Аутистическое мышление — мышление, «оторванное от действительности», погруженность в мир собственных идей. Аутистически мыслящий человек, зачастую имея развитое абстрактное мышление, не обращает внимания на противоречие своих идей действительности, особенно на их несоответствие чувствам и мыслям других людей, мало интересуется практическим применением своих идей и мнением о них окружающих. Представлено при аутизме, шизоидной психопатии, шизофрении.

Патологические суждения

Бредовые идеи

Диагностика бреда:

1. Ложное, ошибочное суждение
2. Не поддается разубеждению, несмотря на явное противоречие
3. Овладевает всем сознанием больного, имеет для него чрезвычайно большую значимость, негативно влияет на его действия

Классификация бреда:

- 1) По содержанию выделяют 3 основных фабулы - преследования, величия и самообвинения
- 2) По механизму бредообразования:
 - Первичный бред, или бред толкования, интерпретации вытекает непосредственно из расстройств мышления и сводится к установлению неправильных связей, неправильному пониманию взаимоотношений между реальными объектами.
 - Вторичный, или чувственный бред представляет собой производное от других первичных психопатологических расстройств (восприятия, памяти, эмоций, сознания). Выделяют галлюцинаторный, маниакальный, депрессивный, конфабуляторный, образный бред.
 - Так же выделяют механизмы: интерпретированный, чувственный, индуцированный
- 3) По степени систематизации:
 - Систематизированный — хорошо структурированный бред. Говорит о постепенном развитии бреда.
 - Несистематизированный (отрывочный) бред — представляет собой нагромождение бредовых идей, которые могут быть совсем не связаны между собой или иметь случайную связь, которую больной выводит непосредственно во время рассказа о своих переживаниях. Может свидетельствовать об остром формировании бреда, однако в некоторых случаях наблюдается и при длительно существующем бреде.

Бредовые синдромы

1. Паранойяльный синдром (образован от термина «паранойя», греч. — рага — возле, рядом; nous — мысль, ум) — представлен систематизированным интерпретативным бредом. Бред в рамках паранойяльного синдрома не сопровождается другими продуктивными психопатологическими расстройствами (галлюцинациями, расстройствами настроения и пр.).

Может наблюдаться в рамках хронических бредовых психозов (например, инволюционных), шизофрении, декомпенсации паранойяльной психопатии.

2. Параноидный синдром (от греч. паранойя + -oid форма, подобие) — представлен чувственным бредом преследования; чувственный бред может дополняться и интерпретативным компонентом. Бред при параноидном синдроме в большинстве случаев сочетается с другими продуктивными психопатологическими расстройствами. Варианты синдрома зависят от этих дополнительных расстройств:
- Параноидный синдром (в узком смысле) — представлен лишь бредом преследования, немногочисленными иллюзиями или галлюцинациями.
 - Галлюцинаторно-параноидный (галлюцинаторно-бредовой) синдром — сочетание галлюцинаций и бреда.
 - Аффективно-бредовой синдром — сочетание измененного настроения (мании или депрессии) и бреда. В рамках типичных аффективных синдромов (маниакального и депрессивного) может наблюдаться вторичный бред, соответствующий (конгруэнтный) аффекту (например, идеи самообвинения при депрессии). Про аффективно-бредовой синдром говорили при сочетании измененного настроения с несоответствующим аффекту первичным бредом (идеи преследования) и галлюцинациями.
 - Синдром психических автоматизмов (синдром Кандинского—Клерамбо) — состоит из 3 компонентов:
 1. Бред преследования и воздействия.
 2. Псевдогаллюцинации.
 3. Психические автоматизмы(идеаторные, сенсорные, моторные.)
 - Парафренный синдром— представлен мегаломаническим бредом величия (что отличает его от синдрома психических автоматизмов), бредом преследования и воздействия, псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами.

Сверхценные идеи

Сверхценные идеи – суждения, возникающие на основе реальных фактов, которые эмоционально переоцениваются, гиперболизируются и занимают в сознании больных неоправданно большое место, вытесняя конкурирующие представления. Таким образом, на высоте этого процесса при сверхценных идеях, также как и при бреде, исчезает критика, что позволяет отнести их к разряду патологических.

Чаще всего сверхценные идеи возникают в ситуации конфликта у психопатических личностей, в дебютных проявлениях экзогенно-органических и эндогенных заболеваний, а также в случаях их легкого течения.

Навязчивые идеи

Навязчивые идеи - это возникающие спонтанно патологические идеи, носящие навязчивый характер, к которым всегда имеется критическое отношение. Субъективно они воспринимаются как болезненные и в этом смысле являются «инородными телами» психической жизни. Чаще всего навязчивые мысли наблюдаются при заболеваниях невротического круга, однако могут встречаться и у практически здоровых людей с тревожно-мнительным характером, ригидностью психических процессов. В этих случаях они, как правило, нестойкие и не причиняют значительного беспокойства. При психическом заболевании, напротив, концентрируя на себе и на борьбу с ними всю активность больного, переживаются как крайне тягостные и мучительные. Три основные группы навязчивых явлений:

- В идеаторной сфере — обсессии (навязчивые мысли, воспоминания, сомнения и влечения).
- В эмоциональной сфере — фобии.
- В двигательной сфере — компульсии.

Так же выделяют ипохондрические идеи, которые могут проявляться как бредовые, сверхценные или навязчивые идеи.

Вывод

Мышление – сложный психический процесс, и его нарушения носят разнообразный характер. Нередко можно наблюдать более или менее сложные варианты сочетания подобных нарушений.

Для диагностики разных вариантов расстройств мышления эффективно применение экспериментально-психологических исследований.

Сопоставляя данные, полученные в ходе работы с этими методиками, анализируя их, мы получаем возможность сделать заключение о том, к какому типу расстройств или их сочетаний, следует отнести нарушения испытуемого.

Источники литературы:

1. Психиатрический тезаурус. Ч.2: Основные психопатологические синдромы: руководство для врачей/ Б.С. Фролов, В.Э. Пашковский. - СПб.: СПбМАПО, 2016.
2. Психиатрия. Национальное руководство. Ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, 2020
3. Психиатрия: справ. практ. врача/ под ред. А.Г. Гофмана. - М.: Медпресс-информ, 2017
4. Современная клиническая психиатрия: руководство, основанное на МКБ-10/ Ю.В. Попов, В.Д. Вид. - СПб.: Речь, 2016.
5. Руководство по психодиагностике: учеб. пособие для студентов и практ. психологов/ И.Н. Носс. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2017