

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

зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

РЕФЕРАТ

на тему: Нарушения темпа и стройности мышления

Выполнил: ординатор 1 года обучения

специальности Психиатрия

Карпов Виктор Борисович

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск 2020

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Актуальность	3
2. Введение	3
3. Нарушения темпа мышления	3
3.1. Ускоренное мышление	4
3.2. Замедленное мышление	6
3.3. Ментизм	8
3.4. Шперрунг	9
4. Нарушения стройности мышления	10
4.1. Разорванность мышления	10
4.2. Бессвязное мышление	14
5. Заключение	16
6. Список литературы	16

Актуальность

Актуальность темы моего реферата обусловлена тем, что именно нарушения темпа и стройности мышления, входящие в группу расстройств ассоциативного процесса, приводят к сбоям образа мышления, что делает его в целом непродуктивным, хаотичным и бесцельным.

Ведь основными элементами мыслительного процесса являются именно ассоциации, то есть создание связей между понятиями. Группа понятий может быть связана между собой различными атрибутами. Одни из них случайны, поверхностны, ситуативны (ассоциации контекстов, противоположностей, взаимосвязей), другие отражают существенные закономерности.

Введение

Нарушения мышления по форме или нарушения ассоциативного процесса включают в себя ряд нарушений мышления по форме: изменения его темпа, подвижности, стройности, целесообразности.

Особенности каждого вида нарушенного мышления, а именно его темпа и стройности, будут рассмотрены далее.

Данные расстройства могут быть симптомами самых различных психиатрических заболеваний, некоторые из них характерны именно для эндогенных процессов, другие для органических. И знание этих особенностей является лучшим подспорьем для дифференциальной диагностики.

Нарушения темпа мышления

Темпом или быстротой мышления называют способность находить правильные, обоснованные решения и реализовывать их в условиях дефицита времени.

Данные нарушения включают в себя ускоренное и замедленное мышление – характерные симптомы маниакального и депрессивного синдромов соответственно, а также ментизм и шперрунг, являющиеся проявлениями идеаторного автоматизма, входящего в триаду синдрома Кандинского-Клерамбо, наблюдающегося, чаще всего, при шизофрении.

Ускоренное мышление

Ускорение мышления характерно для маниакальных и гипоманических состояний различного генеза и наблюдается при маниакально-депрессивных психозах, а также при маниоформных экзогенных состояниях, иногда при шизофрении, главным образом в дебюте и в её циркулярной форме. На первый план при ускорении мышления выходят нарушения его динамики, проявляющиеся в лабильности суждений.

Оно характеризуется быстрым, легким появлением и сменой мыслей. Суждения пациентов с ускоренным мышлением поверхностны. Этим, а также нарушениями внимания, присущими состояниям с ускоренным мышлением, объясняется низкая умственная продуктивность больных в маниакальном состоянии. Еще ниже психическая продуктивность при симптоматическом или инфекционном происхождении маний, так как в этих случаях большое значение имеют явления повышенной истощаемости психических процессов (такие состояния называются астено-маниакальными). Относительно хорошей может быть работоспособность больных с легкими гипоманическими состояниями с циклотимией. Чем более выражено ускорение мышления, тем менее эффективна деятельность пациента.

Нарушения внимания при маниакальных состояниях характеризуются прежде всего их неустойчивостью. Сочетание неустойчивого внимания, легкого образования ассоциаций, ускоренного потока мыслей приводит к своеобразным изменениям в речи пациента - отдельные высказывания не

являются какой-то общей идеей, вызванной случайными ассоциациями, часто они однотипны. Объектом мышления становится любой объект, на который обратил внимание пациент. При значительном ускорении мышления они говорят о скачке идей - мысли чередуются так быстро, что воспринимаются извне как непрерывный поток слов. В то же время, когда идеи скачут, в отличие от разорванности шизофреников, нетрудно уловить порядок мыслей и их, хотя и очень поверхностную, взаимосвязь. Только в случаях чрезвычайно быстрого ускорения мышления наблюдатель теряет способность обнаруживать переходы между отдельными мыслями. В этих случаях говорят о маниакальной (вихревой) путанице. Ускоренное мышление характеризуется незначительной потерей объекта мышления из-за его нестабильности.

Речь во время скачки идей отражает хаотичность и повышенную изменчивость в целесообразности мыслительных процессов, высокую рассеянность пациента. При ускоренном мышлении больные не останавливаются на отдельных идеях, их суждения поспешны, непроницаемы, односторонни, поверхностны. Ускоренное мышление, как правило, поверхностно и непоследовательно.

В психологических исследованиях такие безрассудные, опрометчивые суждения пациентов легко корректируются, когда испытуемому указывается на ошибку. Исключение составляют случаи мании гнева, когда больной резко негативно воспринимает любую попытку вмешаться в его рассуждения.

Впечатление ускорения психических процессов при объективном обследовании больных в маниакальном состоянии носит внешний характер. Поэтому скорость сенсомоторных реакций и латентность между произношением стимулирующего слова и реакцией в словесном эксперименте часто не ускоряются. Наоборот, из-за нестабильности внимания эти показатели периодически повышаются. Ускорение мышления определяется легкостью ассоциаций и лабильностью суждений, быстрой сменой мыслей.

Обычно ускоренное мышление возникает на фоне повышенного настроения, эйфории. При этом наблюдается, казалось бы, парадоксальное явление - при очевидной поверхностности суждений и низкой продуктивности умственной деятельности больные в маниакальном состоянии иногда воздействуют на собеседника точными замечаниями, своей наблюдательностью. Дело в том, что их интеллектуальный уровень не снижается и у них не страдают умение заострять суждения, остроумие, часто злое, наблюдательность. Эта особенность таких пациентов рассматривается как признак сохранения потенциальных возможностей своей интеллектуальной деятельности, определявшей цели в мышлении. В то же время они обладают определенной неконтролируемостью суждений, слабостью тормозных систем, что проявляется в некотором снижении чувства такта, недостаточной способности запутаться. Это объясняет, почему маниакальный пациент может сказать в лицо другому человеку то, что здоровый человек предпочел бы скрыть.

Замедленное мышление

Замедление (торможение) мышления характеризуется замедлением темпа мыслительных процессов, уменьшением числа идей. Сами пациенты говорят о чувстве трудности мышления, о ощущении своей интеллектуальной несостоятельности и жалуются, что у них "мало мыслей". У таких индивидов наблюдается значительное замедление скорости ассоциаций, что заметно проявляется увеличением латентности вербальных реакций в ассоциативном эксперименте. Медленное мышление характеризуется уменьшением числа представлений, оно малоподвижное, вялое. Трудно переходить от одной мысли к другой. Это приводит к застреванию в мыслях. Такое явление называется моноидеизмом. Мы можем думать, что он играет значительную роль в поддержании бредовых переживаний у пациентов с медленным мышлением. Хотя уровень процессов обобщения и отвлеченности не

снижается, есть только трудности для понимания. В своих рассуждениях больной медлителен, едва приближается к цели, испытывает трудности в формировании словесного отчета о ходе мыслей. Качественное изменение мышления проявляется и в том, что страдает его направленность — больные жалуются на невозможность завершения мыслительного процесса, говорят, что им трудно довести свои рассуждения до конца.

Представление больного о цели психической деятельности существенно не страдает, но формируется гораздо медленнее, чем у здорового человека. Но даже если пациент осознает цель мышления и не обнаруживает снижения интеллектуального уровня в своей мыслительной деятельности, он либо не достигает ее вовсе, либо лишь частично и с большим трудом. Замедление мышления одинаково влияет и на трудности формирования мыслительной цели, и на достижение этой цели.

Замедленное мышление часто входит в структуру брадипсихизма, который включает в себя замедление и других психических функций - речи, эмоциональной реактивности, психомоторных способностей.

Замедление мышления по своим клиническим проявлениям противоположно ускорению мышления и чаще всего наблюдается при депрессивных состояниях с астенией. Классическая картина медленного мышления наблюдается при циркулярной депрессии. Жесткость мышления, моноидеизм, своеобразная избирательность мышления вследствие аффективного состояния больного (основные - негативные эмоциональные мысли и неприемлемые - мысли, противоречащие грустному настроению), что способствует возникновению у больного бреда самообвинения, самоуничтожения, греховности.

Замедленное, заторможенное мышление возникает также при органических заболеваниях головного мозга, например, при некоторых формах эпидемического энцефалита, опухолей головного мозга, в этих случаях он тесно связан с явлениями брадипсихизма. Причиной задержки мышления в данном случае является общее замедление темпа психических

процессов из-за патологии подкорковых образований лобных частей и ствола головного мозга.

Замедленное мышление может наблюдаться и при шизофрении, главным образом при мутизме, который наблюдается при дефектных состояниях, при наличии выраженных эмоциональных изменений воли и при отсутствии мотивов. В то же время наблюдается значительное торможение мыслительного процесса, а также снижение двигательной и речевой активности, затруднения в вербализации мышления.

Указывается, что мутизм может быть основан на различных причинах (негативизм, бредовые переживания, наличие императива, запрещающего больному говорить о галлюцинациях). Однако главная его причина - обеднение психического мира больного шизофренией, равнодушие к заданным ему вопросам, отсутствие интереса к окружающему. В некоторых случаях шизофренический мутизм отражает врожденный парадокс психических процессов. Например, в кататоническом ступоре больной не реагирует на нормальную речь и происходит естественная реакция на тихую, шепчущую речь (симптом Павлова).

Ментизм

"Немая", без речи, скачка идей называется ментизмом. Он понимается как приток мыслей, воспоминаний и образов. Этот симптом характеризуется непроизвольным появлением и непослушанием воле больного. Субъективно больной испытывает крайне болезненный приток мыслей, их направление совершенно не зависит от его сознания, никакое волевое усилие не может остановить приток мыслей или направить их в привычное русло мысли. Часто эти мысли даже не принимают четкой речевой формы и появляются в сознании в виде образов, представлений и понятий, не имеющих определенного содержания. Многие психиатры рассматривают ментизм как своего рода ассоциативный автоматизм (малый автоматизм). Ментизм

наблюдается при шизофрении (особенно при дебюте и вялом течении процесса, когда нет ярко выраженного психического дефекта), иногда при экзогенно-органических психозах, в их начальной стадии, в случаях помутнения сознания с маниакальным ступором. Ментизм является начальной стадией автоматизма, начало грядущего отчуждения мыслей. Характерной его чертой при шизофрении является его длительное течение, приток мыслей покидает больного лишь на короткое время.

Шперрунг

Задержка мышления (шперрунг) проявляется во внезапной остановке потока мыслей на несколько секунд, минут, а иногда и на несколько дней.

Задержки в мышлении рассматриваются как симптом, характерный для шизофрении, но этот симптом сам еще не является признаком патологии, поскольку у здоровых людей под влиянием аффекта могут возникнуть задержки в мышлении или в двигательной сфере, например, при так называемом экзаменационном ступоре. Задержки в мышлении могут рассматриваться как признак шизофрении в тех случаях, когда они психологически недостаточно поняты или длятся слишком долго, или часто повторяются. Шперрунги наблюдаются и при острых экзогенных психозах.

Задержки в мышлении легко обнаруживаются в разговоре - больной внезапно молчит, а затем объясняет свое молчание тем, что у него была задержка мыслей, на какое-то время возникло ощущение их отсутствия.

Часто после шперрунга у пациента возникает новая мысль, не связанная с предыдущей. Основная клиническая разница между шперрунгом и заторможенностью мышления в том, что он не влияет на скорость ассоциативных процессов. После этого у больных в дальнейшем снова будет та же скорость потока мыслей и речи, достаточная громкость голоса, живость реакций. Больному, которому временно удалось преодолеть

заторможенность, трудно даются какие-либо проявления умственной деятельности.

Иногда задержки в мышлении наблюдаются вместе с признаками психического автоматизма и деперсонализации, а состояние отсутствия мыслей объясняется пациентами как их "отнятие".

Шперрунг рассматривается как следствие нарушения целенаправленных психических процессов.

Нарушения стройности мышления

Стройность мышления выражается в необходимости мыслить в соответствии с логическими требованиями, а также грамматически корректно формулировать свои мысли.

К данным нарушениям относят разорванность, характерную для заключительным этапов шизофрении, и бессвязность, чаще всего встречающуюся при аменции.

Разорванность мышления

По мнению большинства исследователей, разорванное мышление является одним из наиболее типичных расстройств шизофрении. Однако есть и другая точка зрения. Некоторые рассматривали разорванность как малодифференцированный признак и не включают её в симптомы I ранга при шизофрении. Разорванность или чрезвычайно трудно дифференцируемые с ней нарушения мышления иногда обнаруживаются при органических поражениях мозга.

Для такого рода расстройств мышления также используется термин "бессвязность", но понятие бессвязность применяется к расстройствам мышления другого генеза — они говорят о маниакальной, аментивной бессвязности. Поэтому предпочтительнее использовать термин

"разорванность", который традиционно принят в психиатрии со времен Крепелина. Точно так же не следует использовать термин "инкогерентность", применяющийся для описания высокой степени разорванности, которая обычно определяет состояние мышления при аменции.

Разорванность - одно из наиболее выраженных расстройств мышления при шизофрении. Клинически это проявляется в ложном, необычно-парадоксальном сочетании идей. Отдельные понятия без всякой логической связи нанизаны друг на друга, мысли текут беспорядочно. Разорванное мышление отражается на словах, поэтому говорится о разорванной речи. Она лишена содержания, хотя и кажется внешне упорядоченной из-за сохранения грамматических отношений между отдельными элементами предложений. Поэтому разорванность определяется как семантическая диссоциация с известным сохранением синтаксической стороны языка. Грамматическая структура языка нарушается в тех случаях, когда разорванность достигает крайней степени выраженности, при этом страдают логическая структура языка и его синтаксическая структура.

Некоторые авторы пишут о возможности выделения экспоненты разорванности, определяемой количеством смысловых разрывов на 100 слов.

Однако сохранение синтаксической формы речи не дает оснований говорить об отсутствии грамматических нарушений вообще. Фонетическая сторона речи страдает - обмен звуками, появление ложных акцентов, искажение интонации, модуляция голоса (все это часто воспринимается как проявление манерности). К грамматическим нарушениям речи при разорванности следует отнести разрушение слов, появление неологизмов. На фоне нарастающей фрагментации вопроса возникают абсурдные искажения обыденных слов, бессмысленное словообразование, конгломераты фрагментов слов. Эти типы неологизмов, чаще всего бессистемны и бессмысленны, напоминают литеральные парафразии у больных двигательной и сенсорной афазией, но есть явные различия, помогающие

правильно квалифицировать эти нарушения речи. Такого рода пассивные неологизмы отличаются большой неустойчивостью и изменчивостью.

Некоторые психиатры сближают речевые расстройства при шизофрении с явлениями моторной и сенсорной афазии, а неологизмы с парафразиями. Так, в кататонических состояниях чаще всего обнаруживается обеднение лексики, аграмматизм, характерные для лобной локализации поражения. При параноидной шизофрении наблюдаются, литеральные парафразии, проявления височного параграмматизма и патологическое словообразование, напоминающие сенсорную афазию. Явления жаргонной афазии, наблюдаемые при сильно выраженной сенсорной афазии, отождествляются с шизофазией. Очевидно, это сыграло известную роль в возникновении заявлений об органически-церебральном генезе шизофазии. Эти психоморфологические взгляды нашли свое отражение в попытке связать паралогию, которая рассматривалась как очаговый симптом с поражением коры головного мозга на стыке затылочной и височной долей слева.

Другими исследователями был собран большой клинический материал о нарушении режима использования и новообразования слов при шизофрении. В нем описывается фонетическая и семантическая подмена слов, их сгущение и неправильное образование, а также простое искажение. Отмечалось, что существует лишь формальное сходство этих афазиеподобных речевых расстройств у больных шизофренией с парафатическими и афатическими расстройствами. Были четко разграничены с помощью клинико-психологических критериев шизофренические и афатические расстройства речи.

В отличие от литеральных парафазий, нарушения речи при шизофрении не зависят от ситуации речевого общения, речь больных не сфокусирована. При афазии больной пытается заменить искаженное слово правильным, и своей мимикой он обращает внимание собеседника на ошибки, которые он делает в речи, и на трудности и невозможность их для него исправить. Элементы афатической речи, несмотря на свои дефекты, подчинены

смысловой задаче, в то время как нарушенная речь больного шизофренией показывает преобладание формальной стороны слова, его фонетической структуры при наличии выраженного отсутствия смысловой, семантической стороны речи.

Диагностически важным является тот факт, что разорванное мышление проявляется у больных даже при отсутствии собеседника, ничем не вызванной извне спонтанной речью (симптом монолога).

Разорванность обычно отражает тяжесть шизофренического процесса. В начале заболевания наблюдается общее психомоторное возбуждение. По мере увеличения психического дефекта, изменяется и разорванность - речь становится более фрагментарной, а стереотипии в ней раскрываются и становятся все более важными.

Особенно легко обнаружить разорванность в письменной речи пациентов. Это, очевидно, связано с тем, что письменная речь является более сложным образованием (в ее реализации участвуют больше звеньев функциональной языковой системы) и относительно более поздней приобретенной формой речевого общения в онтогенезе. Часто разорванность в письме сопровождается симптомами нарушения двигательной составляющей письма, примечателен богато украшенный манерный почерк. Таким образом, буква пишется без давления, тонкими линиями, а отдельные ее компоненты удваиваются параллельными линиями, и так далее.

Разорванность не является стабильным симптомом. Тяжесть её выраженности у больного может варьироваться, и без лечения она может исчезнуть в спонтанной ремиссии. Её обратимость стала еще более очевидной в связи с использованием нейролептиков в психиатрической практике. Излечимость разорванности под воздействием этих препаратов подтверждает мнение, что этот вид патологии мышления не обусловлен органически деструктивными изменениями, как считалось ранее.

С точки зрения тяжести разорванность также не является однородным психопатологическим явлением. Первые её проявления мы видим в

соскальзывании мысли, которое проявляется в переходах от одного представления к другому вне естественных логических связей. Если нарушения мышления не выражены четко, то ошибки носят эпизодический характер и обнаруживаются на фоне формально правильных суждений.

Крайняя степень разорванности обычно определяется как "словесный салат" или "словесная крошка", при этом речь состоит из совершенно бессмысленных слов и стереотипов.

Бессвязное мышление

Бессвязное мышление выражается в потере способности образовывать ассоциации. Мышление становится фрагментарным - отдельные восприятия, образы, понятия не связаны друг с другом. Невозможно сформировать даже самые простые, механические ассоциации, основанные на сходстве и смежности во времени и пространстве. Целенаправленное мышление грубо нарушено. Пациент теряет психическую задачу, его мышление не отражает окружающую реальность.

Бессвязное мышление приводит к грубым нарушениям восприятия. Новые впечатления не имеют ничего общего с предыдущими. В связи с этим пациент не узнает знакомые лица, обстановку. Он не понимает, что происходит вокруг него, полностью дезориентирован во времени, в пространстве и при значительной выраженности аментивного изменения сознания — в собственной личности.

Лицо больного выражает недоумение, растерянность. Нарушения мышления проявляются в случайном, хаотическом появлении образов и представлений, не подверженных никакой целенаправленной интеллектуальной обработке. В этом отношении возникают аморфные, неустойчивые, бессистемные обманы восприятия и бредовые переживания.

Бессвязное мышление отражается в речи пациентов, состоящей из отдельных фрагментов воспоминаний о прошлом, между которыми

невозможно установить связь. Оно характеризуется случайным, хаотичным набором слов, не связанных между собой ни семантически, ни грамматически. Предложения построены неправильно, и язык пациентов состоит в основном из фрагментов предложений.

Однако пациенты с бессвязным мышлением могут выполнять определенные простые команды (протянуть руку, показать язык, назвать себя), но они не могут определить время по часам; если правильно перечислить монеты, то не могут назвать сумму.

Характерно резкое истощение психических процессов, правильно начатое действие не доводится до конца. Инкогерентность может проявляться не только в мышлении и речи, но и в несоответствии двигательных действий и относительно сложных навыков с острыми нарушениями моторного и идеаторного праксиса.

Бессвязное мышление наблюдается при острых экзогенных психозах. Относительно легкая степень возникает по мере углубления астении и увеличения характерной для нее противоречивости суждений. При неблагоприятном течении болезни бессвязное мышление обостряется с переходом от астении к аменции. Однако и аменция также может протекать остро, чаще всего она наблюдается при экзогенных поражениях высокой интенсивности, в таких случаях астеническая стадия часто не отмечается из-за ее короткой продолжительности и быстрого увеличения спутанности. Некоторые авторы считают правильным определять этот тип расстройства мышления на всех стадиях как астеническую, адинамическую ассоциативную атаксию с учетом роли астении в развитии аменции. и уровней психической деятельности.

Обратное развитие аменции через астенический синдром без признаков органического синдрома считается признаком благоприятного течения экзогенного психоза.

Заключение

Построение ассоциаций - сложный психический процесс, и нарушения их темпа и стройности разнообразны. Часто можно наблюдать более или менее сложные комбинации таких нарушений.

Нет единой классификации или принципа для анализа этих нарушений. Данный реферат опирается на параметры, различные варианты нарушений темпа и стройности мышления, которые были выделены и сгруппированы В. М. Блейхером — доктором медицинских наук, руководителем патопсихологической лаборатории Киевской клинической психоневрологической больницы им. И. П. Павлова,

Разбор и подробное изучение представленных нарушений необходимы для правильной и полной диагностики большинства расстройств психической деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

[1] Смирнова Д. А., Слоева Е. А. Шизофрения как расстройство языка // Известия Самарского научного центра РАН. 2015. №5-3.

[2] Сидоров П. И., Якушев И. Б. Синергетика шизофрении // Экология человека. 2016. №1.

[3] Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Динамика эндогенных психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. №2.

[4] Барденштейн Л. М., Алешкина Г. А. Психопатологические и динамические аспекты острых преходящих психотических расстройств // Российский психиатрический журнал. 2015. №1.

[5] Блейхер В. М. Расстройства мышления. - Киев: Здоровье, 1983. - 192 стр.

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 с курсом ПО
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия
Карпова В.Б.

Тема реферата Манифестация болезни и
суброгнаты менингит

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)	5/2
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)	отлично

Дата "27" января 2020 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Карпов В.Б.