

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Расстройства мышления и речи»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Должецкая Д.О

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М.А

Красноярск 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение	3
Нарушения темпа мышления	4
Нарушения процесса обобщения	5
Нарушение последовательности мышления	6
Нарушение гибкости мышления	8
Нарушение критичности мышления.....	8
Нарушение мышления по содержанию	9
Нарушения речи.....	11
Вывод.....	13
Используемая литература	14

Введение

Мышление — специфичная для человека способность отражать в собственном сознании окружающий мир в полноте существующих связей, внутренних закономерностей; не только наблюдать, но и понимать суть происходящего.

Процесс мышления выражается через язык и речь. Речь как процесс состоит из формулирования мыслей языковыми средствами и восприятия языковых конструкций.

Мышление в зависимости от того, чем оно оперирует, делят на 3 вида:

Предметно-действенное (ручное) мышление — процесс мышления, заключающийся в практической преобразовательной деятельности, осуществляемой с реальными предметами.

Наглядно-образное мышление — оперирование не реальными предметами, а их образами (для этого конкретный предмет необходимо видеть или представлять).

Абстрактно-логическое (понятийное) мышление — оперирование понятиями, выраженными различными символами, в первую очередь словами.

Данные виды мышления последовательно формируются по мере развития ребенка, взрослый здоровый человек может использовать каждый из этих видов в зависимости от ситуации, с которой он сталкивается, но понятийное мышление является у него ведущим видом мышления.

Нарушения темпа мышления

Болезненно ускоренное мышление — ускорение темпа и облегчение мышления, наблюдается увеличение числа ассоциаций, облегчение их возникновения, облегчение перехода от одной мысли к другой, легче возникают новые, порой весьма неожиданные, идеи, усиливается образность мышления, но, с другой стороны, суждения больных часто становятся чрезмерно поверхностными (например, сравнения по созвучию), односторонними, поспешными.

Пациенты многоречивы (логорея), инициативны в разговоре, стараются быстрее высказаться, в беседе их трудно прервать или переключить внимание в необходимом собеседнику (например, врачу, собирающему анамнез) направлении. Из-за повышенной отвлекаемости на новые мысли, мышление может становиться непоследовательным — пациенты не успевают озвучить мысль до конца, уже переходят к другой («скачка идей»), быстро меняют объект рассуждения, в результате чего утрачивается продуктивность 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.

Болезненно замедленное мышление (заторможенное мышление, идеаторная заторможенность) — замедление темпа и затруднение протекания мыслительных процессов, наблюдается уменьшение количества и обеднение ассоциаций, трудности перехода с одной мысли на другую, трудности с решением мыслительных задач и с тем, чтобы довести рассуждения до логического завершения.

Пациенты в таком состоянии обычно сами в разговор не вступают, на вопросы окружающих отвечают односложно, после длительных пауз, долго обдумывая ответ, подбирая слова, по возможности стараются давать односложные ответы (да — нет), на сложные вопросы ответить не могут, затрудняются с ответом в случае, если задано

сразу несколько вопросов (поэтому, беседуя с пациентами в подобном состоянии, врачу не следует торопиться).

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).

Нарушения процесса обобщения

Недостаточность процесса обобщения

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.

Конкретное мышление — вся мыслительная деятельность ограничивается конкретными суждениями, абстрактное мышление недоступно.

Искажение процесса обобщения

Резонёрство (резонёрское мышление, рассуждательство, от фр. *raisonner* — рассуждать) — мышление с преобладанием пространных, чрезмерно отвлеченных (абстрактных) рассуждений, имеющих мало содержательной связи с непосредственным предметом (целью) рассуждения. Цель мыслительной деятельности уходит на задний план, а на передний выдвигается тенденция к рассуждательству, философствованию с использованием различных сложных абстрактных понятий, рассуждениями

о неразрешимых проблемах науки и философии, при том что на поверку многие суждения оказываются банальными, основанными на поверхностных или случайных аналогиях. Рассуждения не несут в себе никакого значимого смысла («бесплодное мудрствование», «словесная опухоль»), а ответы на конкретные вопросы зачастую не дают необходимой фактической информации.

Символическое мышление — мышление, при котором словам, знакам, предметам или событиям приписывается какой-либо особый, отвлеченный (не имеющий непосредственной родственной связи), а иногда просто случайный смысл, некое символическое значение.

Значение символов часто является сугубо личным, понятным лишь самому больному, иногда при этом оно может вступать в прямой конфликт с теми значениями, которые для тех же знаков/слов/предметов используют другие люди (например, больная для обозначения обычной расчески использует слово «прическа», так как «с ее помощью причесывают волосы»); иногда для одного и того же символа больной использует сразу несколько разных значений или многократно меняет его значения (поэтому создается впечатление о случайности при выборе приписываемых символу значений), что еще более затрудняет понимание символов окружающими.

Иногда больные придумывают собственные новые слова — **неологизмы**. Например, больная использует слово «экскувочка» для обозначения своего причудливого головного убора. На основе неологизмов иногда развивается целый **новый язык (криптолалия)** или система шифрованной письма (**криптография**), понятные лишь одному автору. При этом в большинстве случаев слова или знаки в таких языках используются непоследовательно, отсутствует какая-либо стройная система значений, значения меняются в зависимости от минутного настроения, поэтому по прошествии некоторого времени разобрать их автор уже не в состоянии.

Символическое мышление может встречаться при шизофрении (особенно, случаи с наиболее нестандартным, неожиданным использованием символов), психоорганическом синдроме.

Нарушение последовательности мышления

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.

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.

Наплыв мыслей (ментизм)-выражается тягостным для пациента состоянием хаотичного потока пронсящих в голове мыслей, обычно возникающим в виде приступа. В этот момент больной не способен продолжать обычную работу, отвлекается от беседы. Болезненные мысли не представляют собой какого-либо логического ряда, поэтому человек не может связно их изложить, жалуется, что «мысли идут параллельными рядами», «скачут», «пересекаются», «цепляются одна за другую», «путаются».

Перерывы в мышлении (шперрунг, остановка, или закупорка, мыслей)-вызывают ощущение, что «мысли улетели из головы», «голова пустая», «думал-думал и вдруг как будто в стену уткнулся». Насильственный характер этих симптомов может заронить в больном подозрение, что кто-то специально управляет его мышлением, мешает ему думать.

Разорванное мышление характеризуется отсутствием в речи больных логических согласований между словами, грамматические связи при этом могут быть сохранены. Тем не менее речь больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, например: «Кто может выделить временное расхождение относительности понятий, включенных в структуру миробытия» и т.п.

Грубое расстройство мышления. Больные способны произносить достаточно обширные монологи из грамматически и интонационно верно построенных фраз, но даже внутри одного предложения нет какого-либо единого смысла.

Бессвязное (инкогерентное) мышление — полное отсутствие логических и грамматических связей между словами. Речь больных бессвязная, беспорядочный набор отдельных слов, а также слогов и звуков. Также, вероятно, нарушено понимание обращенной речи. Свидетельствует о грубом нарушении деятельности мозга, встречается

при аменции (тяжелой форме делириозного помрачения сознания, сопровождающейся нарастанием симптомов выключения сознания)

Нарушение гибкости мышления

Стереотипное мышление — общее уменьшение гибкости мышления, проявляющееся в сложности изменения установок (ригидности), повторяемости и обыденности мыслей.

Тугоподвижность мышления (вязкость мышления) — мышление со значительными трудностями при переходе от одной мысли к другой, обычно сочетается с замедлением темпа, обстоятельностью, персеверациями.

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.

Нарушение критичности мышления

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.

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.

Нарушение мышления по содержанию

Бредовые идеи - представляют собой ложные, ошибочные суждения (умозаключения), возникшие на болезненной основе и недоступные критике и коррекции.

Бредовые синдромы:

Паранойяльный синдром. Характеризуется систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства. Суждения и умозаключения больных внешне производят впечатление вполне логичных, однако они исходят из неверных посылок и ведут к неверным выводам. Этот бред тесно связан с жизненной ситуацией, личностью больного, либо измененной психическим заболеванием, либо являющейся патологической от самого рождения. Галлюцинации обычно отсутствуют. Поведение больных с паранойяльным бредом характеризуется сутяжничеством, кверулянтскими тенденциями, иногда агрессивностью. Наиболее часто этот синдром наблюдается при алкогольных, пресенильных психозах, а также при шизофрении и психопатиях.

Параноидный синдром. Характеризуется вторичным бредом. К группе параноидных синдромов относятся галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, кататонно-бредовой и некоторые другие синдромы. Параноидные синдромы встречаются как при экзогенных, так и при эндогенных психозах. Объяснение подобных внутренних переживаний при помощи воздействия гипнозом, космическими лучами или различных технических средств называется бредом воздействия и иногда носит достаточно нелепый (аутистический) характер. Аффективные расстройства при этом чаще всего представлены чувством тревоги, напряженности, в острых случаях – страха смерти.

Парафренный синдром. Характеризуется сочетанием фантастических, нелепых идей величия с экспансивным аффектом, явлениями психического автоматизма, бредом воздействия и псевдогаллюцинациями. Иногда бредовые высказывания больных имеют в качестве основы фантастические, вымышленные воспоминания (конфабуляторный бред).

При параноидной шизофрении парафренный синдром является заключительным этапом течения психоза.

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.

Умозаключения возникают как на основе логической переработки понятий, представлений (рационально), так и с участием эмоций, организующих и направляющих не только сам процесс мышления, но оценивающих его результат. Для личностей художественного типа последнее может иметь решающее значение по принципу: «если нельзя, но очень хочется, то можно». Сбалансированное взаимодействие рациональной и эмоциональной составляющих называется аффективной координацией мышления. Наблюдающиеся при различных заболеваниях и аномалиях эмоциональные расстройства вызывают ее нарушения. Сверхценные идеи являются частным случаем неадекватно избыточного насыщения аффектом какой-либо отдельной группы представлений, лишаящего конкурентоспособности все прочее. Этот психопатологический механизм называется механизмом кататимии. Вполне понятно, что возникающие подобным образом патологические идеи могут иметь не только личностную, болезненную, ситуационную обусловленность, но и содержательно связаны с жизненными темами, вызывающими наибольший эмоциональный резонанс.

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

Навязчивые идеи, или обсессии, - 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. В зависимости от степени эмоциональной насыщенности, во-первых, выделяют отвлеченные (абстрактные) навязчивости. Они могут быть представлены навязчивым мудрствованием («мыслительная жвачка»), навязчивым счетом (арифмомания)

Навязчивые идеи, как правило, представляют собой идеаторный компонент навязчивых состояний и редко встречаются в чистом виде. В структуре их также имеют место эмоциональная составляющая (навязчивые страхи – фобии), навязчивые влечения – компульсии, моторные расстройства – навязчивые действия, ритуалы. В наиболее полном виде эти нарушения представлены в рамках обсессивно-фобического синдрома. Одним из вариантов обсессивно-фобического синдрома является дисморфофобический (дисморфоманический) синдром. При этом переживания больного сосредоточены на наличии либо мнимого, либо реально существующего физического недостатка или уродства.

Нарушения речи

Афазия — нарушения прежде сформированной речи при поражении центров речи в коре головного мозга (в доминантном полушарии):

Моторная (Брока) афазия — нарушения синтаксиса и грамматической структуры слов, т.е. больные допускают ошибки в произношении слов (литеральные парафазии) и в их выборе (вербальные парафазии), их спонтанная речь бедная, могут ограничиваться лишь малым набором слов («слова-эмболы»). При этом сами попытки высказаться осмысленны, т.е. больной понимает, что он хочет воспроизвести, он сердится на себя, что не может правильно сказать, ему можно помогать произносить фразы. Поражение в области задних отделов нижней лобной извилины.

Сенсорная (Вернике) афазия — нарушение понимания речи, при этом собственная речь может быть грамматически правильной, но неправильной по смыслу, так как нарушено понимание того, что человек произносит. Могут быть многоречивы (логорея), сердятся на окружающих за то, что те их не понимают. В выраженных случаях речь больных напоминает разорванное или даже бессвязное мышление («речевой салат»), поэтому такие случаи афазии иногда принимают за нарушение сознания или другое

психическое расстройство. Поражение в области средних и верхних отделов верхней височной извилины.

Амнестическая афазия — затруднения с названиями предметов и явлений; семантическая афазия — нарушение определения смысла грамматических и семантических связей (разница между «отцом брата» и «братом отца» и пр.).

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи у детей с сохранным слухом

Алексия — утрата способности читать; аграфия — утрата способности правильно писать при сохранности двигательных функций. Обычно аграфия возникает вместе с афазией (если пациент может писать, но не разговаривает — это мутизм)

Дислексия, дисграфия — неспособность овладеть навыками (недоразвитие навыков) чтения и письма.

Мутизм — отказ от речи при сохранности речевого аппарата и корковых центров речи (например, при кататоническом ступоре и пр.).

Эхолалия — бессмысленное повторение слов собеседника (например, при кататоническом возбуждении, слабоумии).

Копролалия — болезненное влечение к произнесению бранных слов без повода

Вывод

В итоге, можно с уверенностью сделать вывод о том, что расстройства мышления и речи, в общем, играют большую роль в патологии психических заболеваний.

В клинической работе, оценивая мышление, следует помнить и учитывать, что:

Мышление — процесс, следовательно, внимание нужно уделить особенностям его протекания, а не результативности.

Основа для клинической оценки мышления — речь пациента (устная и письменная).

Несмотря на то что речь и мышление тесно связаны, следует стремиться отличать друг от друга нарушения мышления и речи. При этом нужно учесть, что не только мышление определяет речь, но и особенности речи и усвоенного языка могут влиять на процессы мышления.

Используемая литература

- Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г
- Национальное руководство, гл. редакторы чл.-кор. РАН Александровский Ю.А., проф. Незнанов Н.Г.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г
- Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАРМедиа», 2020г.
- «Психопатология. Учебник и практикум для вузов» В.А. Дереча, Москва, Юрайт, 2019
- «Патопсихология : учебник для вузов» / Б. В. Зейгарник. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021
- «Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии» Беккер И.М., Бином, 2019 г.

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 _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Долгущкая Р.О.
(ФИО ординатора)

Тема реферата Расстройства личности и психопатия

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)	6/6
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4 (хорошо)

Дата: «22» 06 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Долгущкая Р.О.