

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 интеллекта».

Выполнил: ординатор 1 года обучения

Специальности «Психиатрия»

Васютина И.А

Проверил: д.м.н., доцент

Березовская М.А

Красноярск 2019г

Содержание:

1. Введение. Понятие интеллект.....	3стр.
2. Синдромы недоразвития интеллекта.....	5стр.
3. Синдромы снижения интеллекта.....	7стр.
4. Список литературы.....	10стр.

1. Введение. Понятие.

Интеллект – совокупность познавательных способностей человека, стремление приобретать новые знания. Хорошо развитая логическая память, целенаправленное мышление и высокая волевая активность являются предпосылками формирования интеллекта.

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 спрятанные игрушки, есть ложкой без помощи взрослых, одеваться — это наглядно-действенное мышление. Развитие речи и накопление чувственного опыта позволяют делать выводы о вещах, не наблюдаемых в данный момент непосредственно, а лишь представляемых человеком. Такое основанное на представлениях мышление называется конкретно-образным. Поступая в школу, ребенок постепенно знакомится с миром абстрактных 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 предполагает сосуществование и взаимодействие практических навыков, конкретно-ситуационных представлений и способности к абстрагированию. Недоразвитие каждой из этих способностей ухудшает адаптацию человека: так, ученый, погруженный в мир абстрактных идей, может оказаться беспомощным в простейшей ситуации, требующей от него конкретных действий. Однако именно способность к абстрактному мышлению как свидетельство завершенности естественного развития нервной системы — наиболее важный показатель уровня интеллекта.

Уровень интеллекта можно охарактеризовать количественно с помощью индекса IQ, однако в клинической практике формальный подход не всегда позволяет правильно оценить особенности конкретного человека. Сопоставляя уровень образования, степень нарушения предпосылок интеллекта, динамику способностей в течение жизни и их изменение за годы болезни, врач может составить более детальное заключение о состоянии интеллекта, чем при простом тестировании. При беседе с больным следует обратить внимание на самые различные его способности. Не нужно ожидать, что снижение интеллекта будет заметно из первых же высказываний пациента. Необходимо учитывать, что при слабоумии больные могут обладать достаточным словарным запасом и сохранять многие практические навыки. Даже в процессе длительной беседы можно не заметить расстройств абстрактного мышления, если темы разговора в основном конкретно-ситуационные. 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 заучил ответ. Даже имеющие очень глубокое нарушение интеллекта больные могут назвать месяца года по порядку, рассказать 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 (пословиц и поговорок) 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).

2. Синдромы недоразвития интеллекта

Олигофренией (малоумием) называют недоразвитие психических функций вследствие причин, существовавших до рождения ребенка или подействовавших в первые годы его жизни. Олигофрения 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 олигофрений 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 олигофрению по степени выраженности на идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия — 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 обслуживать себя, нуждаются в постоянном надзоре и уходе (обычно в условиях специальных учреждений соцобеспечения). 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. Нередко соматические заболевания и инфекции приводят к преждевременной смерти таких больных, они редко доживают до зрелости.

Имбецильность — 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.

Описанные расстройства позволяют содержать имбецилов в условиях семьи. Настойчивая работа с ними позволяет достичь большей адаптации. В периоде полового созревания в поведении имбецилов могут возникать приступы хаотичного возбуждения и нелепых агрессивных действий.

Дебильность — легкая умственная отсталость со склонностью к конкретно-ситуационному 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. Олигофрению принято рассматривать как проявление органической патологии мозга.

От собственно олигофрении следует отличать отставание в психическом развитии ребенка, обусловленное отсутствием соответствующего воспитания и образования. В истории человечества было описано несколько примеров, когда дети развивались 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.

3. 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 заболевания. 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: безынсультное течение атеросклероза и гипертонической болезни, диабетическая микроангиопатия, поражение системных сосудов при коллагенозах и сифилитической инфекции (*lues cerebri*). 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, паралитическое) 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 «ядро личности»): могут цинично браниться, обнажаться, мочиться и испражняться прямо в палате, бывают сексуально расторможены.

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 снижением словарного запаса (олигофазия). 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*.

4. Список литературы

- 1.Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Психиатрический аспект геронтологии и гериатрии. — Л.: Медицина, 1969. — 284 с.
- 2.Жмуров В. А. Психопатология - М.: Медицинская книга, 2002.
- 3.Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология:
- 4.Пособие для врачей. - Ростов н/Д: «Феникс», 2003.
- 5.Зейгарник Б.В. Патопсихология. — 2-е изд. — М.: Изд-во МГУ, 1986. - 240 с.
- 6.Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина, 1985.
- 7.Розинский Ю.В. Изменения психики при поражении лобных долей мозга. — М.: Медицина, 1948. — 147 с.
- 8.Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. - 216 с.
- 9.Ясперс К. Общая психопатология: Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. - 1056 с.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

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

на реферат ординатора _____ 1 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Васютина И.А.
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Нарушения мышления _____

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)	все источники старше 5 лет
9.	Наличие общего вывода по теме	—
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	пересуд

Дата: «22 января» 2020 год

Подпись рецензента _____

Березовская М.А.

Подпись ординатора _____

Васютина И.А.