

1  
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: «Нарушения мышления в общей психопатологии»

Выполнил:  
Ординатор специальности психиатрия  
Литвинов Ю.С.  
Проверила:  
Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2023

## **Актуальность**

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. При установлении диагноза заболевания психиатр часто руководствуется наличием того или иного вида нарушений мышления. Поэтому во всех учебниках и монографиях по психиатрии, посвященных самым различным клиническим проблемам, имеется немало высказываний относительно расстройства мышления; имеется множество работ, описывающих расстройства мыслительной деятельности, и в психологической литературе. Однако единой квалификации или единого принципа анализа этих расстройств нет. Происходит это потому, что при описании и анализе нарушений мышления исследователи базировались на различных психологических теориях мышления, на различных философско-методологических положениях.

## **Виды нарушения мышления**

Нарушения мышления, встречающиеся в психиатрической практике, носят разнообразный характер. Их трудно уложить в какую-нибудь жесткую схему, классификацию. Речь может идти о параметрах, вокруг которых группируются различные варианты изменений мышления, встречающиеся у психически больных.

Выделяют три вида патологии мышления:

1. Нарушение операциональной стороны мышления
2. Нарушение динамики мышления.
3. Нарушение личностного компонента мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, в других – с различными подвидами нарушений его динамики.

## **Нарушение операциональной стороны мышления.**

Мышление как обобщенное и опосредованное отражение действительности, выступает практически как усвоение и использование знаний. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтеза, обобщения и отвлечения, в виде применения новых интеллектуальных операций. Мышление опирается на систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах. Обобщение – следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Оно означает иное отношение к объекту, возможность установления иных связей между объектами. С другой стороны, оно предоставляет возможность установления связи между самими понятиями. Установленные и обобщенные в прежнем опыте системы связей не аннулируются, образование обобщения идет не только путем заново совершаемого обобщения единичных предметов, а путем обобщения прежних обобщений.

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения. Нарушения операциональной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам:

- Снижение уровня обобщения
- Искажение процесса обобщения.

По Психиатрии  
ишем того  
Срмы бол  
чрезвычайно  
ишем того  
Срмы бол  
чрезвычайно

### Снижение уровня обобщения.

Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие.

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию: для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например ключ и замок, перо и ручка, нитка и иглолка. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета, но классификация не производится. Такого рода ошибочные решения обозначаются как конкретно-ситуационные сочетания.

Возможность оперирования обобщенными признаками характеризует мышление как аналитико-синтетическую деятельность. Поэтому нарушения типа конкретно-ситуационных сочетаний больше всего обнаруживались при выполнении основных заданий (классификация предметов, объяснение пословиц и т.д.), в которых задействуется эта умственная операция. В основном такие нарушения свойственны олигофренам, а также больным с рано начавшимися эпилептическими процессами, а также у значительной части больных, перенесших тяжелые формы энцефалита.

В психическом состоянии этих больных, как правило, не отмечалось психотической симптоматики (брёда, галлюцинаций, расстройств сознания); преобладали данные об их общем интеллектуальном снижении.

Такие больные могут правильно выполнить какую-нибудь несложную работу, если ее условия ограничены и жестко predeterminedены. Изменение условий вызывает затруднения и неправильные действия больных. В стационаре они легко подчиняются режиму, принимают участие в трудотерапии, помогают персоналу; однако часто вступают с конфликтами с окружающими, спорят, не понимают шуток.

В некоторых случаях, при более выраженной степени заболевания больные затрудняются даже в объединении слов по конкретному признаку. Операция классификации, в основе которой лежит выделение ведущего свойства предмета, отвлечение от множества других конкретных свойств, особенностей предметов, вызывает затруднения, и больные прибегают к ситуационному обоснованию групп. Аналогичные результаты были выявлены у этой группы больных при выполнении задания по методу исключений.

Пословицы являются таким жанром фольклора, в котором обобщение, суждение передаются через изображение отдельного факта или явления конкретной ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания ситуации пословицы на аналогичные ситуации. Такой перенос сходен по своим механизмам с переносом способа решения одной задачи на другую, что особенно четко выступает при отнесении фраз к пословицам. В основе переноса лежит обобщение, а обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи.

Процесс непонимания переносного смысла пословиц неоднозначен. Больше того, редко наблюдаются факты полного непонимания переносного смысла. Как правило, оно бывает неполным, лишь частично измененным.

Затруднения в понимании переносного смысла предложений зависят не только от измененного значения слов, но и от других факторов (неадекватного отношения больного к поставленной перед ним задаче, измененной динамики мышления и т.д.). Больные, которые не могли выделить обобщенный признак в опыте на классификацию предметов, часто не могут передать переносного смысла пословиц. Вследствие того, что слово выступает для больных в его конкретном значении, они не могут осмыслить условность, которая кроется в поговорке.

В некоторых случаях отсутствие свободного охвата условного значения выражается в том, что хотя больные способны понять переносный смысл, пословица кажется им недостаточно точной, не отражающей все фактически возможные жизненные случаи. Особенно четко выступает непонимание условности в опыте на опосредованное запоминание (метод пиктограмм). Сложность этого задания состоит в том, что рисунок не может (и не должен) отразить того обилия ассоциаций, которые могут актуализироваться при восприятии слова; необходимо отобразить лишь какую-нибудь из них, которая способна "стать" на место слова, а это возможно лишь при достаточном уровне обобщения.

Затруднения при выполнении этого задания у больных с грубыми поражениями мозга столь велики, что иногда больные не могут остановиться на каком-нибудь определенном рисунке, т.к. ни один не передает достаточно полно и точно конкретное значение слова. Сопоставление данных, полученных с помощью различных методов (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), обнаружило у больных эпилепсией, энцефалитом и у олигофренов — нарушение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности. Эти больные были объединены в группу больных, у которых нарушение мышления квалифицировалось как снижение уровня обобщения.

Снижение уровня обобщения обнаружилось не только при выполнении описанных экспериментальных проб, требовавших более или менее сложной аналитико-синтетической деятельности, но и при актуализации ассоциаций. Ассоциативный эксперимент, проведенный с больными этой группы, обнаруживает необобщенный характер их ассоциаций, ограниченный, элементарный. Невозможность отвлечения от всей совокупности конкретных свойств и деталей предметов приводит к тому, что больные не могут правильно решить простейшую задачу, если она требует сопоставления этих свойств, торможения одних, выделения других. Выполняя задание "установление последовательности событий" (поломка и починка колеса), больные руководствовались отдельными частными деталями картинки, не увязывая их.

Отдельные детали не увязываются, не синтезируются, ситуация в целом не осмысливается. Возникающие у больных ассоциации обусловлены лишь отдельными, изолированными элементами предъявленной картинке. Смысловые взаимосвязи между элементами воспринимаемой больным ситуации не играют никакой роли в возникновении и течении ассоциации. Суждения больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что действительно к нему относится. Поэтому познание больных неполное, несовершенное, скудное. Из-за этого чрезвычайно суженного круга ассоциаций, малого круга знаний и умений больные крайне ограничены в возможностях и могут действовать лишь при некоторых жестко определенных условиях.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных совершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи, ибо полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей всегда предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей.

### Искажение процесса обобщения.

Такое нарушение мышления является противоположностью вышесказанного. Если суждения предыдущей группы больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас идет речь, нарушение конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенное же отношение между предметами мало принимается во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Так, выполняя задание на классификацию предметов, они руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например, больной объединяет вилку, стол и лопату по принципу "твердости"; гриб, лошадь и карандаш он относит в одну группу по "принципу связи органического с неорганическим".

Подобные выполнения задания были обозначены бессодержательными. Чаще всего они встречаются у больных психозами, главным образом при галлюцинозно-параноидной форме течения болезни, и у психопатов.

Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с "теоретических позиций". В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить просто на конкретный вопрос. Речь больных носит вычурный характер.

В заданиях на классификацию предметов такие больные проводят ее на основании столь общих признаков (твердость, движение), что выходят за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков (отверстие).

Особенно отчетливо бессодержательный характер суждений больных определенной категории выступает при выполнении задания на составление пиктограммы. Для больных со снижением уровня обобщения задания составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова. Это же задание позволило выявить и другую группу больных, которые выполняют его с большей легкостью, т.к. могут образовать любую связь, безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что она не отражает реального содержания слова; больные могут, не задумываясь, предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

Бессодержательный характер умственной деятельности больных обнаруживается и в ассоциативном эксперименте. Преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задания создают основу для того бесплодного мудрствования, которое характеризует подобных больных и которое носит в клинике название "резонерство". Эта особенность мышления подобных больных часто обнаруживается уже при самом простом умственном действии – описании сюжетных картинок. Больные не вникают в их конкретное содержание, а воспринимают их с точки зрения общих положений.

Симптом резонерства особенно отчетливо выступает при выполнении заданий, требующих словесных формулировок, например при определении и сравнении понятий. Еще резче этот симптом проявляется в опыте на объяснение пословиц.

Резонерские высказывания обусловлены, очевидно, разными причинами. С одной стороны, слово выступает для больного в различных значениях; отбора смысла, адекватного для данной конкретной ситуации, не происходит. С другой стороны, сама задача, поставленная перед больным (в данном случае – отнесение фраз к пословицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих "принципов".

По мнению И.П. Павлова, логика течения мысли. Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность адекватной, их суждения превращаются, по мнению Павлова, в "умственные". Возможно, этим объясняется и тот парадоксальный факт, что у подобных больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его; произносимые больными слова вызывают в реальном действии задания, которые больными не отторгаются. Выполняя в этот факт проявляется в эксперименте на отнесение фраз к пословицам и метафорам; больные часто выбирают адекватную фразу, но при этом совершенно бессмысленно объясняют свой выбор и после объяснения аннулируют свое правильное выполнение.

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами не принимаются больными во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий и замечаются чисто словесными, формальными связями.

В большинстве случаев нарушение процесса обобщения происходит не потому, что больные оперируют конкретными связями, а, наоборот, потому что в их мышлении доминируют, как мы говорили выше, связи, неадекватные конкретным отношениям. Нарушение суждения конкретны, они не только отражают конкретные отношения между явлениями или предметами, а, скорее, означают сгущение отдельных случайных сторон предметов и явлений. Это сближение происходит не только из-за нарушений понятий или что у больных утрачивается направленность на объективное содержание задания, потому что они часто выполняют поставленную перед ними задачу (не только экспериментальную, но и жизненную), исходя из особых установок, часто неадекватных в отношении данной ситуации. Иными словами, резонерские суждения больного определяются не столько нарушением его понятий, сколько стремлением подвести любое незначительное явление под определенную "концепцию".

## **Нарушение личностного компонента мышления.**

В клинике психических заболеваний наблюдаются нарушения мышления, обусловленные нарушениями личности. К ним можно отнести

- Разноплановость мышления
- Нарушение критичности и саморегуляции.

Мышление является сложной саморегулирующей формой деятельности. Оно определяется целью, поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Для того чтобы этот акт сличения выполнялся, человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

Связь нарушения мышления с изменением мотивационной сферы наблюдается при разных формах душевных болезней. Уже при анализе того вида патологии мышления, который мы называли "искажением уровня обобщения", можно, по существу, говорить о нарушении мотивационного компонента мышления.

Значимым, существенным является для человека то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Не частота появления того или иного признака или свойства предмета делает его значительным или существенным, а та осмысленность, та роль, которую этот признак

сыграл в жизни человека. Существенность признака и свойства, значимость самого предмета или явления зависят от того, какой смысл они приобрели для него. Явление, предмет, событие могут в разных жизненных условиях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются те же.

Вместе с тем значение вещей, совокупность наших знаний о них остаются устойчивыми. Несмотря на то что личностная направленность и содержание мотивов могут оказаться различными, основная практическая деятельность формирует устойчивость предметного значения вещей.

Операция классификации может проводиться в более или менее обобщенном плане, но предметное значение объекта, с которым человек совершает ту или иную операцию, остается устойчивым. Поэтому признаки, на основании которых проводится операция классификации, актуализирующиеся при этом свойства предметов носят в известной мере характер стабильности и банальности. У ряда больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей нарушилась.

Конечно, и у них вырабатывались общие (по сравнению с нормой) знания о вещах и явлениях. Но наряду с актуализацией обычных, обусловленных всей прошлой жизнью свойств признаков, отношений между предметами и явлениями могли оживляться и неадекватные (с точки зрения нормальных представлений о мире) связи и отношения, которые приобретали смысл лишь благодаря измененным установкам и мотивам больных. То единство, в которое включалось значение предмета и смысловое отношение к нему, терялось благодаря изменению в сфере мотивов и установок. Особенно ярко выступало нарушение личностного компонента в том виде нарушений мышления, который был назван "разноплановостью мышления".

### **Разноплановость мышления.**

Нарушение мышления, обозначенное как "разноплановость", заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Больные могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал; актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных, упроченных в прошлом опыте свойств предметов. Вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Речь идет не о том всестороннем, свойственном мышлению здорового человека подходе к явлению, при котором действия и суждения остаются обусловленными целью, условиями задания, установками личности.

Речь идет также не о тех колебаниях уровня и содержания суждений, возникающих как результат измененной динамики мышления. При непоследовательности суждений, возникающих как какой-то отрезок времени лишаются возможности правильно и адекватно рассуждать. Однако это не представляет собой утрату целенаправленности мыслительной деятельности как таковой. Действия больного адекватны цели и условиям, поставленным экспериментатором (например, больной оставляет обобщенный способ решения и начинает объединять объекты на основании конкретного признака), но его действия походят в плане классификации: он объединяет предмеры на основании свойств, признаков самих предметов. При разноплановости мышления сама основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании личных вкусов, установок. Процесс классификации протекает у больных в разных руслах.

В результате одновременного сосуществования, переплетения всех этих разных аспектов, различных подходов к заданию суждения, определения и выводы больных не представляют собой планомерного, целенаправленного выполнения задания. В мыслительной деятельности больных переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Аналогичные нарушения мышления отмечают многие психиатры при исследовании больных шизофренией. При выполнении любого самого простого задания больные подходили не с позиций, обусловленных конкретной ситуацией эксперимента, а руководствовались измененным отношением, измененными жизненными установками. При этом могло и не быть непосредственного привнесения содержания психопатологического симптома в экспериментальную ситуацию (например, больной не "вплетал" элементы бреда в выполнение задания). Однако наряду с адекватными ассоциациями оживали связи, имеющие какое-то отношение к болезненным установкам больного, выступающие в данной конкретной ситуации как "причудливые". Предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, подчас противоречивым.

Подобное неадекватное увязывание не стоящих в связи друг с другом вещей, представлений выступает потому, что для больного становится возможным рассмотрение самых обычных вещей в неадекватных ситуациях аспектах.

Анализ историй болезни этих больных, наблюдения за их поведением в жизни и болезни выявили неадекватность их жизненных установок, парадоксальность их мотивов и эмоциональных реакций. Поведение больных отклонялось от обычных нормативов. Прежние интересы, взгляды больных отступают на задний план перед неадекватными, болезненными установками. Больной мог не заботиться о своих близких, но он проявлял повышенную озабоченность по поводу "пищевого рациона" своей кошки.

Парадоксальность установок этих больных, смысловая смещенность приводили к глубокому изменению структуры любой деятельности. Как практической, так и умственной. В качестве существенного выступало то, что соответствовало измененным парадоксальным установкам. Больного. При выполнении экспериментальных заданий, требовавших сравнения и отбора признаков, подобная смысловая смещенность приводила к оперированию неадекватными.

В тех случаях, когда больной захвачен бредовыми переживаниями, "разноплановость" мышления выступает отчетливо и в клинической беседе. В ситуации, аффективно не насыщенной, "разноплановость" мышления может выступить лишь в рудиментарной форме. Однако, она может отчетливо выявиться в экспериментальной ситуации. В этих случаях смысловая смещенность приводит к актуализации незначимых, "латентных" свойств, сосуществующих с адекватными. Мышление лишается целенаправленности.

### **Резонерство.**

Еще более четко выступает роль измененного личностного отношения в структуре того вида патологии мышления, который обозначается в психиатрической клинике как резонерство.

Это расстройство мышления определяется клиницистами как "склонность к бесплодному мудрствованию", как тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям. Иначе говоря, резонерство выступает для психиатров как само нарушение мышления.

Исследования показали, что механизмом резонерства являются не столько нарушения интеллектуальных операций, сколько повышенная аффективность, неадекватное отношение, стремление подвести любое, даже незначительное, явление под какую-то "концепцию".

Нередко неадекватные суждения отмечаются даже у больных, у которых вообще эксперимент не выявляет нарушений познавательных процессов.

Неадекватность, резонерство больных, их многоречивость выступают в тех случаях, когда имеет место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к "оценочным суждениям".

Аффективность проявляется и в самой форме высказывания: многозначительной, с неуместным пафосом. Иногда только одна интонация испытуемого позволяет расценить высказывание как резонерское; так, суждения, звучащие в громкой речи как типично резонерские, при письменной записи вместе с потерей интонаций теряют и свой резонерский оттенок.



Грамматический строй речи этой категории больных отражает эмоциональные особенности "резонерства". Свообразен синтаксис, своеобразна лексика резонерских высказываний. Больные часто используют инверсии, вводные слова.

Разноплановость и резонерство находят свое выражение и в речи, которая приобретает, по выражению клиницистов, характер "разорванности". По существу же, это тоже симптом нарушения речи как функции общения. Нередко подобные больные говорят независимо от присутствия собеседника (симптом монолога). При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке монотонным, спокойным голосом больной часами произносит монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников.

Анализ образцов "разорванной" речи приводит к следующим выводам:

1. В довольно длительных высказываниях больных нет никакого рассуждения; больные произносят ряд фраз, но не сообщают в них никакой содержательной мысли, не устанавливают никаких, хотя бы ложных, связей между предметами и явлениями. Отсутствует направленность на содержание.

2. В речи больных нельзя обнаружить определенного объекта мысли. Так, больной называет ряд понятий, но в его высказывании нет смыслового объекта, нет логического подлежащего.

3. Больные не заинтересованы во внимании собеседника, они не выражают в своей речи никакого отношения к другим людям. "разорванная" речь этих больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков, она не является ни орудием мысли, ни средством общения с другими людьми.

Эта особенность речи больных, отсутствие функции общения, в сочетании с ее другой особенностью, с ее непонятностью для окружающих, делает ее схожей с так называемой эгоцентрической речью ребенка.

## **Нарушение динамики мыслительной деятельности.**

Невозможно в достаточной мере проанализировать внутренние закономерности мышления, исследовать структуру мыслительных операций, с помощью которых происходит отражение объективных свойств предмета, если не проанализировать процессуальную сторону мыслительной деятельности. Использование обобщенных способов решения задач, актуализация адекватных знаний о предметах требуют не только сохранности интеллектуальных операций, но и динамики мышления.

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждому отдельному мыслительному акту. Для успешного выполнения интеллектуального акта необходимо выделять адекватные системы связей, отбрасывать побочные, оценивать каждую мыслительную операцию по ходу ее выполнения. Особенности выполнения такой сложной, многоэтапной по своей структуре деятельности составляют ее динамическую характеристику.

Осуществление опосредованного перехода от одних суждений к другим связано также с наличием более или менее длинной цепи умозаключений. Именно цепь умозаключений, переходящая в рассуждение, является истинным проявлением мышления как процесса.

Исследования показали, что нарушения процесса обобщения являются не единственным вариантом нарушений мышления. Более того, часто встречающиеся нарушения мышления не сводятся к распаду понятий; болезненные состояния мозга приводят чаще всего к динамическим нарушениям мышления.

У ряда больных (например, больных сосудистыми заболеваниями мозга) колебания умственной работоспособности приводили к колебаниям памяти, зависящим не от сложности выполняемой задачи, а от истощаемости корковой нейродинамики больных. Подобные колебания, выступавшие как непоследовательности суждений, наблюдались и в мыслительной деятельности больных.

### Лабильность мышления.

Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения больных в основном не был снижен; больные правильно обобщали материал; операции сравнения, переноса не были нарушены. Однако адекватный характер суждений больных не был устойчивым.

Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но спустя некоторое время оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высокого уровня обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания носили различный характер.

1. Очень часто наблюдались чередования обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний. Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не являлось модусом работы больных.

2. Ошибки больных состояли также в том, что логические связи применялись случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания "классификация предметов" нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу лишь потому, что карточки оказались рядом. Они нередко замечали свои ошибки и исправляли их.

3. Ошибочные решения больных проявляются в образовании одноименных групп: больные часто выделяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают выделять аналогичную по смыслу группу.

В первом случае нарушение динамики мышления не приводило к грубым нарушениям строения мышления. Оно лишь на какой-то отрезок времени искажало правильный ход суждений больных и являлось, очевидно, нарушением умственной работоспособности больных.

В некоторых же случаях нарушение динамики мышления носило более стойкий характер, изменяло само строение мышления. Лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни. Осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако выполнение любого экспериментального задания не вызывало определенной стратегии их мышления. Больные не задумываются над вопросом, адресованным к ним, не вникают в смысл задания. Они импульсивно приступают к выполнению. На вопрос, в чем общность и различие между понятиями "стол" и "стул", один из больных отвечает: "У них общее то, что у стола и у стула четыре ножки, а разница — у стула спинка есть, у стола — нет". При складывании картинок в последовательном порядке больные такого типа, осмыслив сюжет, раскладывают их в любом порядке.

Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не оттормаживаются. Отдельные слова вызывают новые ассоциации, которые больные тут же высказывают; любое возникающее представление, любое эмоциональное переживание получают свое отражение в речи больных. Неадекватным оказывается само течение умственной деятельности. При направляющей помощи экспериментатора интеллектуальная продукция больного часто могла быть даже адекватна поставленной цели, но весь ход суждений, который выбирал больной, был неустойчивым.

Неустойчивость способов выполнения работы достигает у некоторых больных чрезвычайно утрированной формы — повышенной "откликаемости". Они не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном ранее направлении, но и начинают реагировать на любой раздражитель, к ним не адресованный.

С особой отчетливостью феномен "откликаемости" обнаруживается в ассоциативном эксперименте. В качестве ответных реакций часто выступали названия предметов, находившихся перед глазами больных ("вплетения"). Подобная тенденция называть находящиеся перед глазами предметы наблюдалась иногда и у больных других групп, однако было достаточно указания экспериментатора, чтобы больные начинали правильно выполнять инструкцию. У выше описанных же больных указание лишь на короткое время вызывало правильные

4 вы-  
пра-  
4-

реакции; спустя небольшой промежуток времени больные опять называли предметы, попавшие в поле их зрения.

Эта тенденция выступала также и в том варианте ассоциативного эксперимента, где инструкция предусматривала особую направленность ответов, в частности, где требовалось назвать определенное количество предметов определенного цвета.

Больные в этом эксперименте временами называли находившиеся перед ними предметы, хотя они отнюдь не были окрашены в требуемые цвета. Инструкция экспериментатора вызывала целенаправленные действия на короткий отрезок времени. Любой объект, любая случайно услышанная фраза могли вызвать действия больных, неадекватные содержанию их деятельности, искажающие ход их суждений.

### **Инертность мышления.**

Антиподом описанного нарушения является тип нарушений мыслительного процесса, в основе которого лежит инертность связей прошлого опыта. В этих случаях больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

Такие больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. Качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает замедленность, тугоподвижность их интеллектуальных процессов. Даже в тех случаях, когда они могут обобщить материал (выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции), они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводила, в конечном счете, к тому, что больные не справлялись даже с элементарными заданиями, если последние требовали переключения. И в составление пиктограмм, и в опыте на опосредованное запоминание по методу Леонтьева, больные обнаруживали плохую переключаемость.

Решение задачи доступно больным, если оно выполняется только одним определенным способом.

Подобная инертность связей прежнего опыта, в которой проявляется нарушение динамики мыслительной деятельности, в результате приводила к снижению операции обобщения и отвлечения. Процесс сортировки, классификации, требующий отторгивания одних элементов, сопоставления с другими, т.е. известной гибкости оперирования, переключения, для них затруднен.

Такая же трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу "исключение объектов".

Конкретные связи прежнего опыта инертно доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений.

Из-за подобной инертности связей прежнего опыта больные часто не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одного свойства предметов и в результате не приходят даже к элементарному обобщению. Из этого стремления к уточнению, из желания исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений и возникает то своеобразное эпилептическое "резонерство", проявляющееся в обстоятельности, излишней детализации, которое метафорически обозначается в клинике как "вязкость" мышления.

Особенно часто обнаруживается подобная инертность связей прежнего опыта при выполнении задания, которое требует более развернутого объяснения — при определении понятий.

## Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности.

Нарушения саморегуляции играют особо важную роль в осуществлении познавательной деятельности. Эти нарушения выражаются в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных действий. Некоторые формы нарушения мышления невозможно объяснить без привлечения представлений о саморегуляции: они должны рассматриваться как проявления нарушения осознания и подконтрольности своих мыслительных действий. Подобные формы нарушения познавательных процессов не затрагивают осуществления логических операций; больным могут оказаться доступными некоторые задания, требующие развитого абстрактного мышления. Однако в условиях необходимости организации своих действий (в ситуациях неопределенности, выбора, затруднения, конфликта) эти больные оказываются неспособными к осуществлению целенаправленной деятельности. Например, такие нарушения динамики мышления, как расплывчатость, нецеленаправленность, являются, по сути, выражением дезорганизации мышления.

Саморегуляция не сводится к осознанию, контролю и перестройке мыслительных действий. В зависимости от того, как осознает себя человек в данной проблемной ситуации, как переживает ее, она приобретает для него различный смысл. Переживание ситуации может стимулировать к дальнейшему продолжению поиска или же отказу от него. Другими словами, саморегуляция может быть направлена на мобилизацию внутренних ресурсов для разрешения содержательного затруднения (решения проблемы или задачи) или же на уход из конфликтной ситуации затруднения (отказ от дальнейшего решения и стремление дискредитировать задачу или же оправдать себя). В соответствии с этим выделяются еще две функции саморегуляции познавательной деятельности – мобилизующая (продуктивная с точки зрения регуляции мышления) и защитная (непродуктивная).

На материале решения задач на соображение больными шизофренией (вялотекущая форма) А.Б.Холмогоровой показано, что у больных происходит ослабление процесса саморегуляции мышления, выражающееся в нарушении конструктивной и мобилизующей функций при относительной сохранности контрольной и активизации защитной. Больные способны к контролю своих действий в условиях сформированности эталона действия. Но при необходимости самостоятельной выработки нового способа действия и перестройки прежнего у больных не происходит осознания неадекватности своих действий, и, по существу, перестройка не происходит. В ситуациях затруднения активизируются защитные формы поведения: уход из ситуации под различными предлогами, отказ от продолжения решения наступают значительно быстрее, чем в норме. Снижение осознанности мыслительных действий, отсутствие направленности на разрешение содержательного затруднения отрицательно влияют на общую продуктивность мыслительной деятельности.

Подобные нарушения саморегуляции связаны с нарушениями мотивационной сферы. Анализ специфики стабильных изменений личности при шизофрени в сопоставлении с данными экспериментально-психологического исследования привел автора к выводу, что существенным фактором нарушения саморегуляции у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики является так называемая "установка на самоограничение". Последняя выражается в направленности на ограничение контактов и сфер деятельности, предпочтении действовать сложившимися, легко актуализирующимися способами, избегании трудностей и интеллектуального напряжения.

Полученные данные позволяют объяснить отмечаемый многими исследователями факт, что наибольшая выраженность нарушения – или буквально следовать заданной цели, или переходить к произвольному целеобразованию. В исследовании показано, что нарушения целеобразования в мыслительной деятельности обеих нозологических групп носят динамический характер и зависят от общей иерархии целей, стоящих перед испытуемыми. Они отражают складывающиеся актуально в процессе

решения взаимоотношения между направленностью, побудительностью и произвольностью конечных целей.

Установлено также, что при разворачивании целеобразования в условиях заданного предметного плана решения выявляются такие особенности мыслительной деятельности, как нарушения побудительного и регулятивного аспектов целеобразования. При незаданности же предметного содержания целей в условиях их произвольного выдвижения проявляются характерные нарушения мышления: актуализация латентных, необычных свойств предметов, абстрактность построений – у больных шизофренией; конкретность, детализация, ригидность мышления – у больных эпилепсией.

### **Вывод.**

- Мышление – сложный психический процесс, и его нарушения носят разнообразный характер. Нередко можно наблюдать более или менее сложные варианты сочетания подобных нарушений.
- Единой квалификации, принципа анализа этих расстройств нет. В данной работе я опирался на параметры, вокруг которых группируются различные варианты изменений мышления.
- Для диагностики разных вариантов расстройств мышления эффективно применение экспериментально-психологических исследований.
- При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения. Здесь эффективными могут оказаться метод классификации предметов, “исключение понятий”, объяснение пословиц и поговорок, метод пиктограмм, ассоциативный эксперимент.
- 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.

### **Список используемой литературы.**

1. Сурина Е.Г., Вельтищев Д.Ю. Картина нарушения мышления у пациентов с шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2020; 120(8): 39-44.
2. Данилов Д.В., Ерофеева М.В. и др. Особенности психопатологии и душевного состояния пациентов с невротическими расстройствами. Психиатрия и психофармакотерапия. 2020; 22(2): 68–74.
3. Герасимов М.А., Федотова Н.Ю. и др. Когнитивная функция при тревожных и депрессивных расстройствах. Профилактическая и клиническая медицина. 2020; 1: 5-9.
4. Мартюк Н.А., Федотова Н.Ю. Патопсихология и патопсихологические нарушения у пациентов с шизофренией. Психологический журнал. 2020; 41(5):1-6.
5. Шамрей, Абриталин, Марченко: Избранные лекции по клинической психиатрии. Учебное пособие, СпецЛит, 2022 г.
6. Александровский Ю.А. Психиатрия : национальное руководство 2-е изд., перераб. и дополненное. 2021г.

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 психологии с курсом ПТО  
(наименование кафедры)

Рецензия Березовской Марины Альбертовны, д.м.н., зав. каф.  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия  
Литвинова Юрий Сергеевича  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Нарушение мышления в общей психопатологии

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)	6/6

Дата: «     » 20     год

Подпись рецензента  
Подпись ординатора

[Подпись]  
Литвинов Ю.С.

(ФИО рецензента)  
(ФИО ординатора)