

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора  
В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

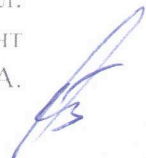
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.

*Реферат*  
*«Психология и нарушения интеллекта»*

Выполнила:  
врач-ординатор  
Нечаева И.С.

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



***Содержание:***

3ст. - Рецензия.

4ст. - Психология интеллекта.

5ст. - Нарушения интеллекта.

7ст. - Синдромы деменции.

11ст. - Список используемой литературы.

### *Рецензия*

на реферат ординатора первого года обучения Нечаевой И.С. по дисциплине:  
"психиатрия" на тему: «Психология и нарушения интеллекта»

Работа Нечаевой И.С. от 2017 года актуальна. В реферате полностью раскрыто понятие «интеллект», рассмотрены основные виды нарушения интеллекта. Также подробно рассмотрена деменция. Работа полностью раскрывает все важные аспекты данного вопроса. Содержание работы соответствует заявленной теме. Реферат выполнен в соответствии с требованиями. Замечаний к оформлению и изложению нет. Текст логичен и последователен. Работа принята и оценена положительно.

Оценка:

*отлично*

Проверил: заведующая кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО, д.м.н.  
Березовская М.А.

## **Психология интеллекта.**

*Интеллект (intellectus — разумение, понимание, постижение)* — относительно устойчивая структура умственных способностей индивидуума, мыслительные способности человека. По Векслеру, интеллект — это глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами — успешно меряться силами с окружающим миром. Операциональных определений интеллекта на сегодня нет. По этому поводу остроумно сказано «Всякий умный человек знает, что такое интеллект. Это то, чего нет у других». В настоящее время большинство психологов понимает под интеллектом способность индивидуума адаптироваться к окружающей среде. Существуют различные теории интеллекта, роли наследственности и среды в его развитии, методы его измерения. Измерение интеллектуального коэффициента по западным стандартам, основанное на определении скорости решения разных задач, теряет в настоящее время доверие, так как в разных культурах и социальных группах проблемы, решение которых обеспечивает успешную адаптацию, неодинаковы. Деление людей на «средних», «отсталых» и «сверходаренных» по результатам тестирования немного говорит о социальной ценности этих людей. Термен выявил поразительный факт: ни один из имеющих повышенный коэффициент интеллекта не стал ни Моцартом, ни Эйнштейном, ни Пикассо, не оставил заметного следа в истории своей страны. Выяснилось также, что социальный успех зависит не только от умственных способностей. Не меньшую роль играют семейная среда с ее эмоциональными и социально-экономическими особенностями, а также личностные качества.

Исследования интеллекта в последние десятилетия сместились на изучение творческого или креативного мышления. Гилфорд в 1959 г. обобщил результаты всех этих исследований и создал расширенную концепцию интеллекта. Он выделил два типа мышления: конвергентное, необходимое для нахождения единственно точного решения, и дивергентное, благодаря которому возникают «оригинальные решения». У человека с нормальным интеллектом обычно имеются и нормальные творческие способности. Но, начиная с IQ, равном 120 %, пути умственных и креативных способностей расходятся. Творческие способности, по замечанию Фергюсона, не создаются, а высвобождаются. Этому в немалой степени способствуют особенности творческой личности, которая чужда конформизму, малодогматична, интересуется разными вещами и пытается объединить данные из разных областей. Голова творческого человека полна чудных идей. Это люди, сохраняющие детскую способность удивляться, мечтать, принимают и интегрируют разные аспекты своего поведения (Годфруа, 1993). Предлагают тесты на выявление и измерение креативного потенциала. Результаты их применения обнадеживают, однако, единственным достоверным методом определения способностей интеллекта и творческих возможностей остается практика жизни.



## **Нарушения интеллекта:**

**Слабоумие** характеризуется стойким или прогрессирующим ослаблением всех сторон познавательной деятельности, — памяти, мышления, когнитивных потребностей, высших эмоций, критических и прогностических функций, восприятия или, иными словами, интеллекта в целом. Различают врожденную (олигофрения) и приобретенную формы слабоумия (деменция). Олигофрения (по критериям, принятым в отечественной психиатрии) это наследственно обусловленные, а также приобретенные в течение первых трех лет жизни формы умственной отсталости. В данном случае наблюдается стойкая задержка развития интеллекта и в той или иной степени других психических функций. Деменция характеризует распад хорошо развитого прежде интеллекта, его руинирование под влиянием разных вредностей и ослабляющих процессов.

Врожденное слабоумие в зависимости от уровня развития интеллекта подразделяется на идиотию, имбецильность и дебильность.

**Идиотия** — наиболее глубокая степень умственной отсталости. Составляет 5 % всех случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент при идиотии не превышает 20 % от уровня нормального умственного развития, присущего биологическому возрасту испытуемых. Различают три степени идиотии. При глубокой идиотии отсутствуют узнавание, познавательные потребности (ориентировочный рефлекс), речь и ее понимание, элементарная ориентировка в ситуации и назначении предметов, сколько-нибудь дифференцированные эмоции и выразительные действия, реакции на мимику, жесты и намерения окружающих. Снижены различные виды чувствительности, в том числе болевой, резко задерживается моторное развитие (вертикальное стояние, ходьба), нередко наблюдаются стереотипные раскачивания головой, всем телом. Не формируются навыки опрятности. При идиотии средней и легкой степени пациенты способны понимать значение отдельных простых слов, жестов окружающих, умеют смеяться и плакать, узнают некоторые предметы и знакомую обстановку. Знают и имеют в активном словаре несколько десятков слов. В какой-то степени обучаемы — могут, например, научиться самостоятельно есть. Реагируют на появление новых людей и предметов, на боль, на эмоции окружающих.

Имбецильность — средняя степень умственного недоразвития. На ее долю приходится 20 % случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент у пациентов с имбецильностью колеблется от 20 до 50 % средневозрастной нормы, доступно понимание простых связей между объектами в первичных, обиходных ситуациях. С опозданием, к трем, пяти годам появляется речь, активный запас слов исчисляется сотнями. Формируются несложные навыки самообслуживания, простейшие трудовые навыки. Доступен механический счет в пределах 10—20, арифметические действия не усваиваются. Недоступно и чтение. Познавательные потребности не развиты, хотя существуют реакции любопытства. Имбецилы свободно пользуются личными местоимениями, узнают свое изображение в зеркале, на фотографии. Эмоциональные реакции и средства их выражения более дифференцированы, выявляются привязанности и антипатии. В моторном плане пациенты неуклюжи, неловки, речь косноязычна. Игровая деятельность однообразна. Имбецильность делят на глубокую, среднюю и легкую тяжести.

**Дебильность** — легкая степень умственной отсталости. Встречается наиболее часто—75 % случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент при дебильности варьирует от 50 % до 70 % относительно нормы. В связи с возникающими в отношении дебилов вопросами обучения, трудовой и военной экспертизы различают легкую, умеренную и выраженную

дебильность. Дебильность характеризуется неспособностью владеть сложными умственными операциями, такими, как обобщение и абстрагирование, отсутствием креативности, самостоятельности. Мышление протекает на наглядно-образном и образном уровне. Запас слов может быть порядочным, но понятия отличаются нечеткостью границ, расплывчатостью содержания. Общие и отвлеченные понятия не усваиваются. Эмоциональные реакции лишены тонкости. Двигательное развитие может быть удовлетворительным, но корковая моторика развита недостаточно. Например, хорошего почерка не вырабатывается. Механический счет удается, но арифметические действия доступны только с простыми числами, в уме выполняются с трудом, и то, скорее, по памяти. Механическая память бывает хорошей, а иногда, хоть и редко, феноменальной. Произвольная память и активное внимание остаются в зачаточном состоянии. Любознательность, пытливость дебилам не свойственны. Тяги к знаниям нет, мышление совершается по шаблону, без выдумки и воображения. Повышена внушаемость. Самооценка часто завышена и основана на внешних данных. Доступны несложные виды физического труда, освоение некоторых ручных профессий, удовлетворительная социальная адаптация, создание семьи. Нередки дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, ротацизма и лямбдацизма (не произносятся звуки «с», «р», «л») и др. Грамматические структуры речи упрощены, пациенты могут быть болтливы, но не владеют культурой речи, коммуникативными ее аспектами (умение слушать, заинтересовать и т. д.). От олигофрении следует отличать пограничную умственную отсталость. Принципиальное отличие заключается в том, что при олигофрении в первую очередь страдают умозаключения, процессы обобщения и абстрагирования, а также познавательные потребности. При пограничной умственной отсталости преимущественное нарушение касается так называемых предпосылок интеллекта (внимания, памяти, активности, восприятия и др.), в то время как процессы обобщения и абстрагирования, способность схватывать логические отношения остаются на удовлетворительном уровне, дети обучаемы, интеллектуальная ограниченность в принципе может быть преодолена с возрастом или путем соответствующей постановки обучения.



**Синдромы деменции.** Деменция (ослабоумливание) — обусловленное заболеванием мозга, снижение интеллекта. Проявляется нарушением ряда высших корковых функций, включая внимание, память, мышление, ориентировку, понимание, счет, суждение, речь, способность к обучению. Наблюдается ослабление когнитивных функций, эмоционального контроля, социальной адаптации. Сознание не изменено, однако, осознание болезни отсутствует (анозогнозия), если деменция носит тотальный характер.

К деменции не относятся временные (преходящие) изменения интеллекта, напоминающие слабоумие, например, связанные с депрессией. Основными при деменции считаются нарушения процессов памяти (фиксации, ретенции, репродукции) и мышления (интерпретация поступающей информации, способность к рассуждению, замедление процессов мышления). Диагноз деменции можно считать достоверным, если вышеупомянутые расстройства существуют (прогрессируют) не менее шести месяцев.

Различают парциальное и тотальное слабоумие.

Парциальная (частичная, лакунарная, дисмнестическая) деменция проявляется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций с преобладанием дисмнестических нарушений. Ядро личности, самосознания, стиль поведения заметно не страдают, запас навыков и знаний сохраняется на уровне, обеспечивающем ориентировку в происходящем и самообслуживание. Ограничения в первую очередь касаются нового опыта, планирования, воображения, оригинальности и творчества, прогностической функции, расстройство критики выражено нерезко либо отсутствует. Пациенты понимают факт интеллектуального снижения, адекватно на это реагируют, стремятся компенсировать свою несостоятельность.

Тотальная (глобальная) деменция характеризуется и более или менее равномерным поражением всех сторон познавательной деятельности, глубоким снижением личности, потерей спонтанности, утратой критики к своему состоянию. Лакунарное слабоумие при прогрессировании может переходить в глобальное. Деление деменции на парциальную и тотальную диктуется практическими соображениями и носит условный характер. Различают следующие виды деменции.

**Эпилептическая деменция.** (Более корректным является выражение «слабоумие при эпилепсии»). Наряду с замедлением психических процессов (торпидность) выявляются снижение уровня мыслительной деятельности, патологическая обстоятельность мышления. С трудом, путано, неточно, с остановками и повторениями выражаются мысли. В связи с этим мышление больных эпилепсией называют лабиринтным. Ослабевают память, в первую очередь, на события, не имеющие личного значения. обедняется лексикон, употребляются уменьшительно-ласкательные обороты речи — эвфемизмы, неопределенные и лишние слова и выражения. Речь в растяжку, нараспев, с обилием словесных штампов, междометий. Круг интересов и побуждений к деятельности ограничен заботами о собственном благополучии («концентрическое слабоумие»). Наблюдается утрированное заострение характерологических черт. Так, вежливость переходит в слащавость, елейность; предупредительность — в услужливость, сервилизм; учтивость — в лживость; аккуратность — в мелочный педантизм; сочувствие — в подобострастие; самоуважение — в заносчивость; бережливость — в скупость и т. д. Больные могут быть обидчивы, злопамятны, мстительны, взрывчаты. Иногда развиваются ханжество, показное благочестие, двуличие, набожность.

**Сенильная (старческая) деменция.** Вначале появляются признаки душевного оскудения, черствости — неприветливость, холодность, грубость, скардность и др. Больные угрюмы,



недоверчивы, подозрительны. Растормаживаются биологические влечения, угасают прежние интересы и привязанности. Нарушения памяти достигают степени прогрессирующей амнезии, резко падает способность суждения. Присоединяются расстройства пространственной ориентировки, речи, праксиса, выпадение других высших корковых функций. Наблюдаются бредовые идеи, галлюцинации, депрессия, мысли о смерти и умерших людях. Процесс завершается психическим маразмом. Различают разные формы старческого слабоумия: простую, депрессивную, параноидную, с состоянием спутанности сознания. Симптоматика предстарческого слабоумия аналогична таковой при сенильной деменции и характеризует диффузную либо очаговую атрофию головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика).

Паралитическая деменция. Наблюдается при прогрессивном параличе. Характеризуется грубыми нарушениями внимания, памяти, мышления. Повышена внушаемость. Поведение, вначале легкомысленное, становится затем нелепым. Фон настроения может быть повышен, наблюдается эйфория. Стираются индивидуальные особенности личности, может наступить психический распад.

**Травматическое слабоумие.** Степень выраженности и клинические особенности травматической деменции отражают глубину и локализацию повреждения головного мозга. Так, преимущественное поражение лобно-базальных отделов мозга может выражаться псевдопаралитическим синдромом, картиной мории. Поражение фронтальных отделов лобных долей проявляется апатией, аспонтанностью, акинезией, снижением активности мышления. При поражении височных долей могут возникать нарушения, напоминающие эпилептическую деграцию, типичны при этом расстройства речи, речевого мышления. При поражении ствола мозга отмечаются торможение влечений, аффектов, торпидность, однако могут наблюдаться и противоположные явления: аффективная возбудимость, повышение влечений, импульсивность. Поражение межучного мозга сопровождается потерей психической энергии, чувством бессилия, апатией, повышенной сонливостью, иногда — эйфорией, дисфорией, грубыми проявлениями аффектов и влечений. Могут возникать эндокринные и обменные нарушения. Разновидностью травматического является так называемое, боксерское слабоумие, встречающееся примерно у 5 % лиц, подвергшихся травмам на ринге.

**Сосудистое (постинсультное слабоумие синдром Бинсвангера) слабоумие.** Развивается после инсульта или серии микроинсультов. Характеризуется грубыми нарушениями памяти, осмысления, речи (афазии, логоклонии), явлениями насильственного смеха, плача, психотическими эпизодами, значительными неврологическими нарушениями.

**Сосудистая (дисциркуляторная) энцефалопатия** чаще проявляется картиной дисмнестического слабоумия. Психические нарушения при гипертонической болезни могут выражаться псевдопаралитическим синдромом. Тяжесть сосудистых расстройств нередко колеблется.

**Алкогольное слабоумие.** Возникает как следствие алкогольной энцефалопатии (болезнь Гайе-Вернике, Корсакова, Маркиафава-Биньями и др.). Чаще проявляется в виде амнестического (Корсаковского) синдрома.

Деменция при болезни Альцгеймера характеризуется прогрессирующими нарушениями памяти, а также локальными расстройствами корковых функций, такими, как афазия, аграфия, алексия и апраксия. Локальные нарушения при этом могут преобладать на ранних этапах развития заболевания в случаях относительно раннего его начала (до 65 лет).

**Деменции при болезни Пика свойственны** медленно нарастающие изменения характера и социальное снижение с последующим падением интеллектуальных функций. Типичны снижение памяти, расстройства речи, апатии либо эйфория, а иногда экстрапирамидные



явления. Социальная дезадаптация и отклонения в поведении нередко опережают снижение памяти и речи. При болезни Крейцфельда-Якоба с типичным ее началом на пятом десятилетии жизни быстро прогрессирующая деменция сочетается с множественными неврологическими нарушениями (спастический паралич конечностей, ригидность, тремор, экстрапирамидные знаки, миоклонус). Течение подострое с летальным исходом через один, два года. Характерна трехфазная ЭКГ. Деменция при болезни Гентингтона (в типичных случаях проявляется на третьем десятилетии жизни) иногда начинается с тревоги, депрессии, параноида и изменений личности. Чаше дебютирует хореоформными гиперкинезами (особенно в лице и верхнем плечевом поясе), которые предшествуют деменции. Деменция характеризуется преобладанием лобных нарушений и относительно сохранной памятью в течение длительного времени. Заболевание протекает медленно, приводит к смерти спустя 10—15 лет. Для структуры деменции при болезни Паркинсона не установлено каких-либо характерных отличий. Констатируется на фоне верифицированной болезни Паркинсона, может сочетаться с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией. Деменция при ВИЧ проявляется жалобами на медлительность и трудность в концентрации внимания, затруднениями чтения, решения задач, забывчивостью: Нарастают аутизация, аспонтанность, апатия. Возможны аффективные нарушения, психотические явления, припадки, а из неврологических расстройств — тремор, атаксия, мышечная гипертония.

Помимо вышеупомянутых наблюдается преходящее (транзиторное) слабоумие: шизофреническая и психогенная деменция.

При шизофренической (апатически-диссоциативной) деменции нет выпадений памяти, сохраняются приобретенные знания и навыки, могут быть не нарушены формальные аспекты мышления. Характерной особенностью шизофренического слабоумия является диссоциация между неспособностью уловить реальное значение конкретных событий, житейских ситуаций, ролевой несостоятельностью и удовлетворительными либо хорошими возможностями абстрактно-логического мышления — ситуационное слабоумие. Подчас значительный опыт и достаточные комбинаторные способности не могут актуализироваться в повседневной практической деятельности вследствие аутистической оторванности от реальности, аспонтанности, апатии.

Психогенное слабоумие (псевдодеменция). Истерическая реакция личности на психотравмирующую ситуацию в виде мнимого слабоумия. Проявляется симптомами мимотворств и мимодействий, особенно наглядными в элементарных ситуациях. Поведение столь демонстративно и нарочито, что одно это указывает на факт серьезного психического расстройства.

Различают депрессивный и ажитированный варианты псевдодеменции. При депрессивном варианте выявляется заторможенность моторных и речевых реакций, иногда мутизм. Наблюдаются истерические мимотворства, вербигерация, плохое запоминание свежих впечатлений, потеря интереса к происходящему. Пациенты негативистичны, часто совершают мимодействия (пытаясь, например, зажечь спичку, трут ею не ту сторону коробка или чиркают не головкой, а противоположным концом). Ажитированный вариант псевдодеменции выражается возбужденностью пациентов, эйфорией, расторможенностью, многоречивостью, ускорением речи. Мимотворства и мимодействия совершаются не только в реакциях, но и спонтанно. Явления псевдодеменции обратимы и бесследно исчезают с устранением или изживанием психотравмирующей ситуации. Воспоминания! о психотическом периоде сохраняются частично.

Псевдодеменция описана Вернике и является одной из форм истерического психоза. Известны другие его формы, в частности, синдромы пуэрилизма и Ганзера.



**Синдром пугилизма** (puer — мальчик) проявляется преходящей регрессией сознания и поведения на детский уровень организации личности. Взрослый пациент в это время ведет себя и говорит, словно ребенок: ползает на четвереньках, забавляется детскими игрушками, капризничает, устраивает истерики, обращается к окружающим со словами «дядя», «тетя», просит не наказывать его, не бить, не ставить в угол, требует позвать «маму», ест руками, лепечет, читает по слогам.

**Синдром Ганзера** характеризуется тем же набором истерических проявлений (разговор не по существу, мимодействия, нарочитость, симптомы регрессии, возбужденность или заторможенность), но отличается большей тяжестью нарушений и, что самое важное — спутанностью сознания. Наблюдаются расстройства ориентировки в ситуации, месте, времени, а по выходе из психоза — явления частичной или полной амнезии. Истерические психозы упомянутого типа ранее описывались как «тюремные психозы» у арестованных и заключенных, но они возникают также при органических заболеваниях мозга и чаще встречаются в больницах, нежели в тюрьмах. Длительность их составляет несколько недель и даже месяцев. Долгое время их смешивали с симуляцией. В отличие от последней они связаны не с сознательной мистификацией, а отражают влияние неосознаваемых установок личности или обусловлены реакцией на органическое поражение психических функций. Существуют иные подходы к систематике слабоумия. Так, В. М. Блейхер (1976) различает такие его формы: простое, психопатоподобное, галлюцинаторно-параноидное, амнестически-парамнестическое, паралитическое и псевдопаралитическое, асемическое и терминальное или марантическое. Простой форме свойственно преобладание дефицитарных мнестико-интеллектуальных нарушений и отсутствие продуктивной симптоматики. Психопатоподобному слабоумию присуще болезненное заострение преморбидных особенностей личности или появление новых, не наблюдавшихся до болезни.

**Галлюцинаторно-параноидное слабоумие** характеризует сочетание мнестико-интеллектуального снижения с галлюцинациями и бредом, причем последние по мере углубления деменции исчезают. Амнестически-парамнестическое слабоумие по симптоматике тождественно Корсаковскому синдрому. Паралитическое и псевдопаралитическое слабоумие определяется психическими нарушениями, свойственными прогрессирующему параличу, а также расстройствами, упомянутыми ранее при описании псевдопаралитического синдрома. Асемическое слабоумие типично для очаговых поражений головного мозга, а также болезней Пика, Альцгеймера, очаговой (лиссауэровской) форме прогрессирующего паралича. Слабоумие, чаще глобального типа, сочетается с очаговыми расстройствами речи, гнозиса и праксиса. Марантическое слабоумие характеризуется полным распадом психической деятельности, эквивалентностью наблюдавшихся до него картин деменции.



***Список использованной литературы:***

1. «Психопатология. Часть II» В.А. Жмуров.
2. «Психиатрия: Национальное руководство» Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанов.