

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6  
Кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

з навчальної дисципліни «**Основи психіатрії**»  
вибіркових компонент освітньої програми першого  
(бакалаврського) рівня вищої освіти

*053 Психологія (практична психологія)*

**Тема №6 «Розлади мислення та інтелекту»**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 30.08.23 р. №7

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету  
Протокол від 25.08.23 р. №7

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол від 29.08.23 р. №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол від 15.08.2023 №8.

**Розробник:**

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент  
Жданова І.В.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А.

### **План лекції (4 год):**

1. Поняття та класифікації розладів мислення.
2. Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій
3. Розлади мислення за зв'язком асоціацій (формою).
4. Розлади мислення за змістом асоціацій.
5. Розлади інтелекту

### **Рекомендована література**

#### **Основна:**

1. Бітенський В. С., Горячев П. І., Мельник Е. В. та ін.; За ред. В. С. Бітенського. Психіатрія: курс лекцій: навч. посібник. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2014. 354 с.
2. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва. К.: ВСВ «Медицина», 2019. 344 с.
3. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
4. Психіатрія і наркологія: підручник / Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Н.Ю. Напрєєнко ; за ред. О.К. Напрєєнка. 3-є вид., випр. К. : ВСВ «Медицина», 2017. 424 с.

#### **Допоміжна:**

1. Гавенко В.Л. Основні органічні захворювання головного мозку: навч. посібник / В.Л. Гавенко, І.А. Григорова, Г.О. Самардакова (та ін.); за заг. ред. В.Л. Гавенка, І.А. Григорової. Харків : НТУ «ХПІ», 2018. 228 с.
2. Кузнєцов В.М. Невідкладна допомога в психіатрії / В кн.: Швидка та невідкладна медична допомога / За ред. проф. І.С. Зозулі, І.С. Чекмана. К: Здоров'я, 2012. С.514 -532.
3. Кустов А. В., Алексєєва Ю.А. Мислення: психологічні, психопатологічні та психотерапевтичні аспекти: навч. посіб. Суми: Вид-во СумДУ, 2013. 324 с.
4. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
5. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Одеса: Астропринт, 2016. 287 с.
6. Федосєєв В. А., Проскуріна Т.Ю., Н.І.Завгородня. Основи неврології та психіатрії [Електронний ресурс] : навч. посіб.Х. : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. 79 с.

## Текст лекції

### Питання 1. Поняття та класифікації розладів мислення.

**Мислення** - психічний процес, за допомогою якого людина відтворює найважливіше в явищах навколишнього світу, усвідомлює їхній взаємозв'язок. Воно дає змогу забезпечувати рівень суджень, узагальнення фактів, висновків, знань, вибудовувати гіпотези, теорії, вирішувати завдання, які ставить особистість і суспільство. Мислення - активна функція інтелекту.

*Види мислення:*

- конкретне, наглядно-дієве;
- наглядно-образне,
- абстрактно -логічне.

*Мисленеві операції:* аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування та інші.

**Класифікація розладів мислення:**

- за темпом,
- за зв'язком асоціацій (формою);
- за змістом.

### Питання 2. Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій

**Прискорене мислення** - це стан, за якого збільшується кількість асоціацій, думок, уявлень, прискорюється їхній плин. Мова стає непослідовною: не закінчивши однієї думки, хворий переходить до іншої ("стрибання думок", "стрибання ідей"). Типовим є втрата об'єкта міркувань. Судження хворих поспішні, поверхові, однобокі.

Зазвичай прискорене мислення протікає на тлі підвищеного настрою та підвищеної відволікаємості уваги, характеризується швидким, полегшеним виникненням асоціацій, найчастіше – поверхневих. Розумова продуктивність таких хворих різко знижена, характерна легка втрата об'єкту уваги. Значне прискорення мислення називається «скачкою ідей». При скачці ідей зв'язок між думками не втрачається, але хворий може висловити лише частину з них, почавши одну фразу, хворий, не закінчуючи її, переходить до іншої, пропускає слова, поспішає висловити наступну думку і так далі. При прискореному мисленні нерідко знижується розсудливість, почуття такту, зніяковіння, хворі можуть сказати людині в обличчя те, що здоровий вважатиме за краще втаїти.

Прискорене мислення спостерігається при маніакальних та гіпоманіакальних станах різного походження – при біполярному афективному розладі, екзогенних психозах, в початковій стадії алкогольного сп'яніння.

**Ментизм** (наплив думок) - мимовільний, безперервний, некерований, автоматичний плин думок, уявлень, спогадів, образів, який мають обтяжливий зміст. Хворий не може зосередитися на жодній думці. Ментизм входить в структуру синдрому Кандинського-Клерамбо. Він також спостерігається у хворих на шизофренію, енцефаліт, травматичне ураження головного мозку, виникає у стані крайньої астенії, при інтоксикаціях деякими лікувальними засобами.

**Сповільнене мислення** розвивається внаслідок гальмування процесу виникнення асоціацій. Характеризується меншою кількістю ідей, повільним формуванням думок й уявлень. Мовлення хворого стає також повільним з тривали-

ми паузами. Відповіді на питання односкладові, після довгої паузи. Хворі суб'єктивно відчувають утруднення мислення, скаржаться, що в них мало думок, що не можуть закінчити думку, довести своє міркування до логічного завершення. Є відчуття своєї інтелектуальної неспроможності. Сповільнене мислення спостерігають при депресивних і астенічних станах.

**Зупинка (затримка) мислення** (*шперунг*; від нім. *Sperrung* - загорода, зупинка) - раптова короткочасна мимовільна зупинка плину думок, яку легко виявити під час бесіди, коли хворий раптом замовкає. Згодом він пояснює це тим, що в нього відбулася затримка мислення, що на деякий час виникло почуття відсутності думок.. Спостерігають у хворих на шизофренію. Шперрунг може тривати від декількох секунд до декількох днів. Іноді супроводжується ознаками психічного автоматизму, в цьому випадку відсутність думок хворий пояснює як їх «видалення». Шперрунг не впливає на швидкість протікання асоціативних процесів, після затримки думки знову течуть зазвичай.

**Деталізоване мислення** (*докладність, в'язкість мислення*) характеризується тугорухомістю, утрудненням під час переходу від однієї думки до іншої, втратою здатності виокремити головне від другорядного. Мислення хворих сповільнене, інертне, фіксоване на певних деталях, дрібницях. У їхніх судженнях переважають випадкові подробиці, що не стосуються основної думки.

У мові відзначається наявність слів-паразитів («розумієте», «так би мовити», «значить» і так далі). Характерні повторення, паузи, зменшувальні і ласкаві слова. Хворий відхиляється від основної теми розповіді, потім через деякий час повертається до неї і знову переходить до побічних деталей, мало реагує на питання, якими співрозмовник перебиває його, навіть якщо ці питання повинні допомогти йому.

Деталізоване мислення є характерним для пацієнтів з:

- епілептичною деменцією;
- олігофренією,
- у віддаленому періоді епідемічного енцефаліту,
- при інших органічних захворюваннях ЦНС.

### **Питання 3. Розлади мислення за зв'язком асоціацій (формою)**

**Резонерське мислення** (*безплідне мудрування*) - порожні безплідні міркування, позбавлені пізнавального змісту. Судження хворого не ґрунтуються на реальних фактах, не відповідають темі розмови та не досягають мети. Тобто, це безплідні міркування, які позбавлені конкретного змісту, але «вдягнуті» у правильну стилістичну форму. У резонерстві хворий використовує формальні, випадкові асоціації, при цьому мета розповіді відсовується на задній план, а на передній висувається прагнення хворого до міркування. Особливо яскраво резонерство проявляється в тих випадках, коли виконання завдання вимагає словесних визначень, формулювань, порівняння понять. У таких випадках можна спостерігати підвищену претензійність, яка контрастує з незначністю об'єкту судження, банальні міркування, патетичний тон мови, нерідко на тлі підвищеної самооцінки і рівня домагань.

Резонерство спостерігають при шизофренії, епілепсії.

**Паралогічне мислення** супроводжується порушенням логіки висловлювання. причинно-наслідкових співвідношень. Певне поняття хворий замінює

символом, знаком, які зрозумілі лише йому, ігнорує реальні вірні передумови і докази, і замінює їх виведеннями, які не мають логічного зв'язку з початковими судженнями, дивує «кривою» логікою. Може вживати не відповідні по сенсу вирази, відсутня критика відносно логічних помилок, вони погано піддаються корекції. При цьому нерідко відзначається збережена пам'ять, здатність до лічби, розуміння багатьох звичайних явищ. Паралогічне мислення властиве хворим на шизофренію.

**Атактичне мислення** характеризується неправильним, парадоксальним поєднанням понять, думок, які не мають логічних зв'язків і мимовільно нанижуються одна на одну. Проявами його є атактичний мовленнєвий безлад, безглузді висловлювання, незрозумілі для людей, які оточують хворого, хоча конструкція речень правильна. У висловлюваннях можуть бути неологізми, аглютинація (злиття) слів тощо. Характерне для хворих на шизофренію.

**Незв'язне мислення (інкогерентне)** - глибокий розлад мислення у хворих з порушенням свідомості, що проявляється у непоєднаності понять, суджень. Думки хворого уривчасті, мовлення безладне. Відсутні будь-які, навіть примітивні, механічні асоціації по схожості, по суміжності в часі і просторі. Він втрачає здатність до синтезу, не орієнтується в в часі і місці, реальну дійсність сприймає фрагментарно. Мовлення має вигляд хаотичного набору слів або уривків речень, які інколи римуються, фрази побудовані неправильно. Незв'язне мислення спостерігають при екзогенно-органічних психозах. Незв'язне мислення спостерігається при гострих екзогенно-органічних психозах, які супроводжуються порушенням свідомості у вигляді аменції, що розвивається при важкому соматичному стані хворого.

**Розірване мислення** проявляється втратою смислових зв'язків між поняттями, хоча граматична та синтаксична форми речення збережені. Лише при різко вираженій розірваності порушуються граматичні зв'язки, і тоді мова складається з безладного набору слів - «словесна окрошка», мовлення мішанина (шизофазія). Її різновидом є подвійне мислення, коли хворий сприймає свої думки за чужі (явища психічного автоматизму).

При розірваному мисленні спостерігається зісковзування думки - перехід від одного представлення до іншого без природних логічних зв'язків, виникають асоціації за «слабкою» або «латентною» ознакою. Нерідко мова хворого не залежить від наявності співрозмовника (симптом монологу), вона перестає виконувати функції спілкування, стає незрозумілою для оточення.

**Символічне мислення** полягає в тому, що одне поняття стає символом іншого, іноді на підставі випадкових другорядних ознак. Проявляється, наприклад, символічними позначками (цифри, геометричні фігури тощо) у листі хворого. Хворий може символічно розуміти мову оточення, значення кольорів. Так, побачивши санітарку в жовтій кофті, заявив: «вона – зрадниця, оскільки жовтий колір – колір зради». Характерне для шизофренії.

**Кататимне мислення (кататимічне, афективне)** - втрата логічного мислення внаслідок впливу афективно забарвлених уявлень, бажань, побоювань. Спостерігають при паранойяльному розвитку особистості.

**Конкретне мислення (формальне, примітивне)** - обмежене конкретними, примітивними поняттями, судженнями, що не досягають рівня абстракції. Характеризується неможливістю «відірватися» від формальних ознак явищ і

предметів, дістатися їхньої внутрішньої суті. Наприклад, на прохання пояснити зміст виразу «Яблуко від яблуні недалеко падає» хворий відповідає: «Яблуко, що впало з дерева, завжди лежатиме недалеко від нього». Цей тип мислення характерний для хворих на олігофренію.

**Аутистичне мислення** – спирається не на реальні факти, а на внутрішні переживання хворого, його суб'єктивні установки, бажання, фантазії. Хворий не звертає уваги на те, що його думки суперечать дійсності. Нерідко виникає як «осаяння».

**Персеверації та стереотипії мислення** - застрявання на якихось уявленнях. Виявляється багаторазовим повторенням одних і тих же слів або речень, через що відповіді хворого іноді стають безглуздими. Персеверації та стереотипії нерідко супроводжують афазію у хворих з постінсультним або старечим недоумством, відзначаються і при інших органічних ураженнях головного мозку.

#### **Питання 4. Розлади мислення за змістом асоціацій**

Серед розладів мислення особливе значення мають *хворобливі ідеї*:

- маячні ідеї,
- маячноподібні ідеї,
- надцінні (домінантні) ідеї,
- нав'язливі ідеї,

суть яких полягає в появі у судженнях і висновках хворих тверджень, які суперечать дійсності.

**Маячні ідеї** - розлад мислення з помилковим, неправильним судженням, що спотворено відображає дійсність. Вони цілком оволодівають свідомістю хворого і не піддаються логічній корекції (переконанню). З точки зору хворого, він мислить правильно, отож не сумнівається. Маячню неможливо виправити ні переконанням, ні за допомогою наочних доведень. Саме цим вона відрізняється від помилкових суджень, вірувань. Маячні ідеї можуть з часом втратити свою яскравість, актуальність, але спроба щось довести ліпше зміцнює віру хворою в свою правоту і дає поштовх до подальшого розвитку недуги. Тут доцільно згадати афоризм: "Сто мудреців не в змозі переконати одного божевільною"

**Класифікація маячних ідей** проводиться:

1. за змістом;
2. за походженням;
3. за структурою.

**За змістом.**

В. Грізінгер. А.В. Сніжневський та інші психіатри об'єднували маячні ідеї за змістом у три групи:

1. Маячні ідеї переслідування;
2. Маячні ідеї величі;
3. Маячні ідеї самопониження.

**За походженням виділяють:**

- ✓ первинне (інтерпретативне);
- ✓ вторинне (чуттєво-образне) маячення.

**За структурою маячні ідеї поділяють на**

- систематизовані;

➤ несистематизовані.

**Маячноподібні ідеї** - хворобливі ідеї переоцінки або недооцінки власної особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного або зниженого). Вони ґрунтуються на певних реальних фактах. Такі ідеї, на відміну від маячних, деякою мірою можна коригувати, але не завжди й ненадовго, однак вони ніколи не бувають безглуздими.

Найчастіше маячноподібні ідеї спостерігають у структурі маніакального та депресивного станів. У разі маніакального стану на тлі підвищеного настрою хворий переоцінює можливості власного "Я", свої здібності тощо. У депресивному стані виникають маячноподібні ідеї самоприниження, самозвинувачення, гріховності, втрати.

**Надцінні ідеї (домінантні)** - це думки, що переважають над усіма іншими. Виникають вони внаслідок реальних обставин, але згодом набувають надмірного емоційного забарвлення, займають у свідомості людини домінуюче становище і впливають на процес мислення в цілому. Відбувається гальмування або, навпаки, концентрація всіх думок, що посилює надцінну ідею. Такими найчастіше стають ті ідеї, що особливо близькі особистості хворого.

Надцінні ідеї не завжди є завершеним феноменологічним утворенням. За прогресування хвороби можлива їхня трансформація в маячні ідеї (обмежене маячення відношення).

Коригувати надцінні ідеї складно, а іноді це зовсім не вдається. При цьому з інших питань хворі зазначеної групи можуть мати правильні судження.

Найчастіше надцінні ідеї спостерігають при розладах особистості, насамперед у разі розладу особистості паранояльного типу.

**Нав'язливі ідеї** - думки, що виникають некеровано, але супроводжуються критичним до них ставленням і спротивом. Хворий критично оцінює їх, вважає безглуздими, бореться з ними, прагне позбутися. У пацієнта з'являються "брудні" думки, що суперечать його моралі, блюзнірські уявлення (святотатство), зокрема щодо тих, кого він поважає і любить. Такі думки можуть виникати у глибоко релігійних людей під час перебування у церкві, споглядання ікон, молитви тощо.

Нав'язливі ідеї зустрічаються переважно при неврозах, шизофренії, церебральному атеросклерозі та ананкастному розладі особистості.

Нав'язливі думки (ідеї) часто поєднуються з нав'язливими сумнівами, побоюваннями, страхами (фобіями), потягами, діями. У цьому разі правильніше розглядати їх як **нав'язливі стани (синдром нав'язливих станів)**.

Нав'язливі стани спостерігають при неврозі нав'язливих станів, деяких розладах особистості, ураженні судин головною мозку, церебротравматичних розладах, шизофренії.

## **Питання 5. Розлади інтелекту.**

Термін «інтелект» походить від латинського інтелект, що означає «розум». Це здатність людини до використання операцій мислення (аналізу, синтезу, порівняння, абстракції, узагальнення, конкретизації), вміння застосовувати набуті знання та досвід у практичній діяльності, проникати в сутність речей і явищ навколишнього світу, виділяти основну ланку в складному ланцюзі причинно-наслідкових зв'язків і накопичувати нові знання та досвід.



Порушення інтелектуальної діяльності при психічних розладах досить різноманітні. Стани, за яких спостерігають недостатність інтелекту називають недоумством.

Недоумство може бути:

- набутиим (деменція);
- природженим (олігофренія).

**Деменція** - це набуте недоумство, втрата колишнього інтелекту внаслідок психічних захворювань. Вона характеризується стійким зниженням пізнавальної діяльності людини, прогресивним перебігом, порушенням поведінки та збідненням морально-етичного ядра особистості. Розрізняють лакунарну, тотальну, концентричну та транзиторну деменцію.

*Лакунарна деменція (парціальна, вогнищева)* виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті. Людина стає малоздатною до операцій мислення. У разі лакунарної деменції відбувається обмеження асоціативних зв'язків, що призводить до недостатньої кмітливості. При цьому спостерігають емоційну нестійкість, зниження працездатності, але збереження певною мірою професійних навичок. На початку розвитку лакунарної деменції особистість хворого та критичне ставлення його до власного психічного стану збережені. Зазначений вид деменції спостерігають при запальних захворюваннях головного мозку (судинні захворювання, ЧМТ, сифілітичні ураження головного мозку тощо).

*Тотальна деменція (глобальна, дифузна)* полягає в зниженні всіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, а також навколишній світ. Відбуваються загальне (глобальне) зниження розумової діяльності із розпадом ядра особистості, глибоке порушення пам'яті на поточні та минулі події. Нерідко спостерігають ейфорію. Такі хворі не здатні до цілеспрямованої діяльності, потребують догляду та спостереження. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка та ін.

*Концентрична (епілептична) деменція* характеризується поступовою психічною деградацією особистості з втратою гнучкості мислення через зниження здатності до користування операціями мислення. Спостерігають в'язкість, тугорухомість та застрягання думок. Хворий не може перейти від однієї теми розмови до іншої, стає надто прискіпливим, дріб'язковим, егоїстичним. Увага зосереджена на власних потребах, переважно біологічних, що сприяє розвитку крайнього егоцентризму. Настрій у таких хворих знижений, вони бувають драгівливими, злопам'ятними, скаржаться, боїться їх ображають інші хворі, а медичний персонал неуважний тощо. За прогресування недуги концентричне недоумство поглиблюється. Тоді хворі стають безпорадними, апатичними, їхні інтереси звужуються до задоволення лише власних інстинктів. Концентричне недоумство спостерігають при епілепсії.

*Транзиторна (шизофренічна) деменція* характеризується слабкістю пізнавальних процесів, поступовим розвитком і схильністю до прогресування. Хворий не здатний користуватися операціями мислення не через порушення пам'яті або втрату знань та умінь, а внаслідок дезінтеграції (дисоціації) психічних процесів. Такий тип недоумства розвивається на тлі зниженого енергетич-

ного потенціалу. Попри достатній рівень формальних знань діяльність хворих є непродуктивною, і тому вони соціально дезадаптовані. Інколи такі пацієнти можуть здивувати влучним, дотепним зауваженням тощо. Завдяки відповідному лікуванню стан хворих поліпшується, але після чергового загострення відбувається прогресування хвороби. Транзиторну деменцію спостерігають при шизофренії.

**Олігофренія** (природжене недоумство, недорозвинення інтелекту) - це збірна група різних за етіологією, патогенезом і клінічними проявами непрогресивних патологічних станів. Загальною їх ознакою є наявність природженого або набутого в ранньому дитинстві загального та психічного недорозвинення з переважанням інтелектуальної недостатності.

Для виявлення розумової відсталості, особливо легкого та помірного ступенів, потрібно крім опису клінічної картини застосовувати шкільний, соціальний та психометричний критерії.

*Шкільний критерій.* Діти із легким ступенем розумової відсталості можуть навчатися в школі або відстають від ровесників на два роки до дев'ятирічного віку і на три - після.

*Соціальний критерій.* Оцінюють можливість таких хворих до самостійного існування. Особи з легким ступенем розумової відсталості можуть працювати самостійно, помірним - виконувати нескладну роботу під контролем інших, тяжким - потребують спостереження та опіки.

*Психометричний критерій.* Визначають за допомогою патопсихологічних тестів (методика Векслера).