

УДК: 616.89-008.45

Обзор

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2025-16-3-54-60>

Ментизм у здоровых людей и при психических расстройствах

Л.В. Шаповалова, В.А. Солдаткин

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Автор, ответственный за переписку: Людмила Владимировна Шаповалова, shapovalova.mila@gmail.com.

Аннотация. Обзор литературы посвящен проблеме ментизма — хорошо известного и в то же время неоднозначного феномена нарушения произвольности мышления. Представленный литературный материал основан на проведенном поиске русскоязычных и англоязычных статей в базах данных «ELibrary.ru», «Web of Science», «Scopus», «Clinical Case», «PubMed», «Cochrane Database of Systematic Reviews». Поиск статей осуществлён по ключевым словам: «ментизм», произвольность мышления, автоматизм, базисные симптомы шизофрении. Критерии включения: полнотекстовые статьи на русском и английском языках; оригинальные исследования; кокрейновские обзоры; клинические наблюдения; дата публикации с 1895 по 2025 гг. Критерии исключения: абстракты, тезисы, учебные пособия; дата публикации до 1895 г. Всего найдено 126 публикаций. Критериям включения/исключения соответствовали 28 публикаций. В данном обзоре даны подробные описания феномена ментизма в разные исторические периоды. Предложена возможная типология ментизма, изучена соотносимость ментизма с аффективной патологией и шизофренией, положение ментизма в современных диагностических классификациях, интерпретация его как базисного симптома шизофрении и симптома аффективных расстройств. Авторы обзора приводят перечень нерешённых вопросов, связанных с ментизмом, предполагая, что их прояснение может быть полезным для улучшения качества диагностики и терапии психических расстройств.

Ключевые слова: ментизм, произвольность мышления, автоматизм, базисные симптомы шизофрении.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Шаповалова Л.В., Солдаткин В.А. Ментизм у здоровых людей и при психических расстройствах. *Медицинский вестник Юга России*. 2025;16(3):54-60. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-3-54-60.

Mentism in healthy people and in mental disorders

L.V. Shapovalova, V.A. Soldatkin

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Автор, ответственный за переписку: Людмила Владимировна Шаповалова, shapovalova.mila@gmail.com.

Abstract. The literature review is dedicated to the problem of mentism a well-known yet ambiguous phenomenon of impaired spontaneity of thought. The presented literary material is based on a search for Russian and English articles in the following databases: ELibrary.ru, Web of Science, Scopus, Clinical Case, PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews. The search for articles was conducted using the keywords: mentism; spontaneity of thought; automatism; basis symptoms of schizophrenia. Inclusion criteria: full-text articles in Russian and English; original research; Cochrane reviews; clinical observations; publication date from 1895 to 2025. Exclusion criteria: abstracts, theses, educational materials; publication date before 1895. A total of 126 publications were found. 28 publications met the inclusion/exclusion criteria. This review provides detailed descriptions of the phenomenon of mentism across different historical periods. A possible typology of mentism is proposed, the relationship of mentism with affective pathology and schizophrenia is examined, the position of mentism in contemporary diagnostic classifications, and its interpretation as a basis symptom of schizophrenia and a symptom of affective disorders is discussed. The authors of the review present a list of unresolved questions related to mentism, suggesting that clarifying these issues could be beneficial for improving the quality of diagnosis and therapy for mental disorders.

Keywords: mentism; spontaneity of thought; automatism; basis symptoms of schizophrenia.

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Shapovalova L.V., Soldatkin V.A. Mentism in healthy people and in mental disorders. *Medical Herald of the South of Russia*. 2025;16(3):54-60. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-3-54-60.

Введение

Мыслительная деятельность человека — сложный процесс, его нарушения сопутствуют в той или иной степени любой психиатрической патологии. Важное место

среди расстройств мышления занимает феномен ментизма. Больные, у которых обнаруживается ментизм, жалуются, что их одолевают мысли, они хотят освободиться от мыслительного потока, но им это не удаётся. Могут

повторяться одни и те же фразы, приходиться вспоминать, детали давно прошедших событий, услышанных слов. В предложенном обзоре литературы мы подробно рассмотрим данный феномен и состояния, сходные с ним, предложим свой вариант типологии ментизма, проследим связь ментизма с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, коснёмся нерешённых вопросов в его отношении в следующих разделах:

Представленный литературный материал основан на проведенном поиске русскоязычных и англоязычных статей в базах данных «ELibrary.ru», «Web of Science», «Scopus», «Clinical Case», «PubMed», «Cochrane Database of Systematic Reviews». Поиск статей осуществлен по ключевым словам: «ментизм», «произвольность мышления», «автоматизм», «базисные симптомы шизофрении». Критерии включения: полнотекстовые статьи на русском и английском языках; оригинальные исследования; кохрейновские обзоры; клинические наблюдения; дата публикации с 1895 по 2025 гг. Критерии исключения: абстракты, тезисы, учебные пособия; дата публикации до 1895 г. Всего найдены 126 публикаций. Критериям включения/исключения соответствовали 28 публикаций.

Описание феномена

Ментизм — разновидность формальных расстройств мышления, особый психопатологический феномен, который встречается как у пациентов психиатра, так и у здоровых людей.

Первые упоминания о ментизме в медицинской литературе появляются в конце XIX в. Дюмон-де-Монте пишет о них в 1895 г.: «Они (пациенты) не могут усидеть на одном месте, возбуждаются без особой цели, или это автоматическое возбуждение носит чисто интеллектуальный характер. Именно тогда вы сможете наблюдать хорошо известный феномен ментизма, своеобразное интеллектуальное возбуждение».¹

В 1938 г. К.А. Скворцов в своей работе «О синдроме ментизма (наплыва мыслей)» приводит красочное описание ментизма пациенткой: «Вдруг среди работы, уроков, в голову сразу врывается вихрь мыслей, воспоминаний, образов. Было трудно прогнать эти мысли и сосредоточиться на работе, эти непрошенные мысли врываются опять и вытаскивали мысли нужные... На уроках ещё в гимназии со мной часто бывало, что я, как говорится, с неба упала, уносила со своими мыслями и не слышала объяснений учителей. Эти мысли неслись одна за другой. Они не останавливались, не задерживались, они сменялись в мозгу как кинокартина... Мысли представляются мне иногда в виде быстро бегущих мальчиков на коньках-роликах. Они бегут нескончаемой вереницей, догоняя и перегоняя друг друга. Они сливаются в общем узоре мелькающих линий.»²

Субъективно ментизм может переживаться как ускорение темпа мышления, которое невозможно остановить. Пациенты описывают это как «шквал», «ураган», «вихрь» мыслей. В работах Э. Крепелина (1910)

встречается понятие «вихрь идей». Его причиной он считал нарушение воли: «вихрь идей поэтому встречается постоянно там, где нарушена способность сохранять длительное и равномерное напряжение воли независимо от того, будет ли это результатом расслабления воли или следствием разряжения волевых движений в отдельные меняющиеся импульсы.»³

При ментизме возможно увеличение количества ассоциаций — «нагромождение», «рой», «скопище» идей, ощущение потери контроля над ассоциативным процессом. Примеры насильственного мышления, неспособности остановить мысли по своей воле есть в «Общей психопатологии» К. Ясперса (1959): «Мадемуазель С. жалуется: «Я не могу удержать ни одной мысли, они, одна за другой, пляшут внутри меня... Я не могу собрать их вместе, значит, у меня нет никакой воли... Тьфу, как всё это бессмысленно... Сквозь мою голову сам собой, помимо моего желания проносятся непрерывный поток мыслей, подобный часовому механизму. Одна мысль гонится за другой, с самыми причудливыми ассоциациями; но между отдельными звеньями цепи как будто есть какая-то связь. Какие только представления не роились в моей голове, какие только смешные ассоциации идей в ней не возникали!».⁴

Ментизм может принимать идеаторную, образную форму или их сочетание. [1] А.С. Тиганов (1999) связывает образный ментизм с астеническим состоянием: «Суть этого явления заключается в том, что при состояниях крайнего психического утомления у больных возникает поток ярких образных представлений».⁵ Также он относит идеаторный ментизм к автоматизмам наряду с открытостью и звучанием мыслей. В.И. Крылов (2024) пришёл к выводу, что трансформация идеаторного типа в образный является свидетельством утяжеления состояния. [1]

Стоит выделить гипнагогический ментизм, который возникает при засыпании. Он также может быть также идеаторным или образным: «Мелькают кадры, один за другим. Пронесаются какие-то лица, морды, части тела, уроды, кошки, рыбы, слоны, цветы, мухи в паутине, вихри пыли, пятна, улицы, круги. Всего не упомнишь, так много разного. Всё это напоминает калейдоскоп, так быстро сменяются образы. Только я успею сообразить, что появилось, как это исчезает, появляется что-то другое. Происходит это само собой, мне остаётся только наблюдать за мельтешением этих кадров».⁶

В.А. Жмуров (1994) утверждал, что гипнагогический ментизм возникает в 1 стадию медленноволнового сна. Как правило, пациенты чётко различают образный гипнагогический ментизм, гипнагогические галлюцинации и сны.⁶ При всём многообразии ментизм

3 Крепелин, Эмиль. Учебник психиатрии : для врачей и студентов / Эмиль Крепелин ; перевод с 8-го немецкого переработанного издания Галунова [и др.]. — Москва : Изд. А. А. Карцева, 1910. — 468 с. : ил.

4 Общая психопатология / Карл Ясперс ; пер. с нем. Л. О. Акопяна. — М. : Колibri, Азбука-Аттикус, 2020. — 1056 с.

5 Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/Тиганов А.С., Р 84 Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.; Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 712 с: ил.

6 Психопатология : [В 2 ч.] / Жмуров В.А. - Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1994. - 21 см.

1 Dumont de Monteux, d'après Séglas, Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, 1895, p. 69.

2 Скворцов К.А. О синдроме ментизма ("Наплыв мыслей") / К.А. Скворцов. — [Москва] : Б. и., [1938]. — С. 83-94 табл., черт.; 25 см.

не специфичен для какой-либо психопатологии. Он динамичен и получает соответствующую окраску при различных расстройствах.

Расстройства и состояния, при которых возникает ментизм

Здоровые люди могут испытывать ментизм при усталости, под влиянием алкоголя и других психоактивных веществ. В работах Э. Крепелина (1910 г.)³ приводится следующее: «При утомлении мы нередко встречаем лёгкие степени такого расстройства. И здесь мы до некоторой степени теряем власть над нашим ходом мышления. Мы не в состоянии твёрдо придерживаться нашей цели, уклоняемся в сторону и должны употребить усилия, чтобы вернуться к исходной точке нашего мышления».

Ментизм характерен для маниакальных и гипоманиакальных состояний. Ускорено течение ассоциаций с обилием легко возникающих мыслей и представлений, поверхностным характером суждений, повышенной отвлекаемостью, гипермнезией. (В.А. Жмуров, 1994).⁶ Содержание мышления при этом соответствует фону настроения. По словам В.М. Блейхера (1983), при нарастании мании мышление теряет относительную упорядоченность и превращается в истинную скачку идей.⁷

Э. Крепелин (1921) отдельно выделял депрессию с полётом идей. Он высказал мнение, что явление полёта идей (или ментизма, как мы бы его назвали сейчас) при депрессии скрыто за болезненными переживаниями больного: «В обычной картине депрессии заторможенность мышления может сменяться полетом идей. Бред побуждает этих пациентов к ярким ассоциациям идей, они много читают, проявляют интерес и понимание того, что происходит в их окружении, возможно, даже явное любопытство, хотя они почти немые, ригидны во всём своем поведении и пребывают в подавленном и безнадежном настроении. Затем, как только они снова начинают говорить о своем состоянии, мы слышим от них, что они вообще не могут твердо удерживать свои мысли, что постоянно им в голову приходят вещи, о которых они никогда не задумывались. Принимая во внимание другие переживания в сочетании с болезненными симптомами, легко предположить, что в таких случаях мы имеем дело с появлением полета идей, который только из-за торможения внешних движений речи не распознаётся». [2]

Болезненное ускорение мышления наблюдается при тревожных расстройствах. Ю.А. Александровский (2004) утверждал, что тревога — естественная реакция человека на опасность, при которой ускоряется мышление.⁸ Больные мысленно перебирают возможные угрозы, ожидающие в будущем, варианты их избежать. Э. Крепелин (1921) описал депрессивную или тревожную манию, при которой «они (пациенты) жалуются, что им приходится так много думать, что их мысли приходят сами по себе, что они очень хотят поделиться своими мыслями, но легко теряют нить, что их можно сбить с толку любым

вопросом, что они внезапно замолкают и переходят к совершенно другим мыслям». [2] В рамках современной классификации эти состояния являются смешанными.

У больных прогрессивным параличом нередко бывает длящийся неделями ментизм, состоящий из диалога с единственным персонажем, близким больному, диалог полностью проговариваемого громко вслух в виде вопросов и ответов. Часто он сопровождается графорецией, в записях так же происходит диалог. Г. де Клерамбо (1934) считал, что диффузные позитивные феномены (ментизм) представляются предвестниками дементивного процесса у молодых людей, недавно переболевших инфекционным заболеванием.⁹ Схожий феномен может наблюдаться после перенесённого энцефалита. К. Ясперс (2020) приводит слова пациентки: «Я не могу просидеть и пяти минут, чтобы о чем-нибудь не подумать. Скорость движения моих мыслей превышает мою возможность произнести их вслух; я знаю ответы задолго до того, как могу их сказать. Так продолжается в течение определённого времени, словно в моем уме прокручивается фильм. Все молниеносно. Я удерживаю все детали, даже самые незначительные... Когда я не отвечаю сразу, вам кажется, что я не поняла, и всё повторяется вновь. Но я не могу отвечать сразу. Когда я думаю, это продолжается целый день, и мне на ум приходит все время одно и то же, сновa и снова».⁴

Сходные с ментизмом состояния

Сходное с ментизмом состояние бывает при навязчивых мыслях. Они возникают непроизвольно, содержание не несёт адекватной информации, что правильно понимается и критически оценивается пациентом, контролирующим своё поведение.¹⁰ Для навязчивостей характерно формирование защитного поведения, направленного на предупреждение возникновения и борьбу с уже возникшей навязчивостью.¹¹ При фобиях мысли ограничены известным кругом, навязчивости локальны (К.А. Скворцов, 1938)². Отдельно можно выделить эмоционально-нейтральные навязчивости, проявлением которых являются абстрактные рассуждения, нескончаемые внутренние диалоги, бесплодные споры и дебаты с привлечением аргументов за и против. Они могут принимать характер своеобразного наплыва мыслей-вопросов, так называемой «навязчивой скачки идей в виде вопросов»: «Почему земной шар вертится в определённом направлении?». (В.И. Крылов, 2016).

Общим для ментизмов и навязчивых мыслей является непроизвольность возникновения, возможность ускорения темпа мышления. Различие в том, что при ментизме в мыслях нет субъективного смысла для больного, никогда не возникает защитных ритуалов, характерных для навязчивостей. Мысли не

7 Блейхер В.М. *Расстройства мышления*. — Киев : Здоров'я, 1983. — 192 с. ил.; 21.

8 Александровский Ю. А. *Психические расстройства в общепсихиатрической практике и их лечение* / Ю. А. Александровский. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 234, [4] с., [2] л. цв. ил. ил., табл.; 21. — ISBN 5-9231-0378-8.

9 Клерамбо Г. *Психический автоматизм (сборник)*. Г. де Клерамбо — ИД «Городец», до 1934 г.

10 *Психиатрия и психосоматика*. Учебник для последипломного образования: учебник /Под. ред. Солдаткина В.А.; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. — М.: ИД «Городец», 2022. — 992 стр.

11 Крылов, В.И. *Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства*: [монография] / В.И. Крылов. Ростов-на-Дону: Проф-пресс, 2016. — 300 с.

Таблица / Table 1

Возможная типология ментизма
The possible typology of mentism

1. Ускорение мыслей	Ускорение мыслей — абортный вариант ментизма. Субъективно он тягостен, пациенты предпринимают попытки его преодолеть. Имеет ситуационный характер. Обычно возникает в вечерние часы на фоне нарушений сна, либо в состоянии промежуточном, переходном между сном и бодрствованием. В содержании переживаний находят отражение непроизвольно возникающие воспоминания о событиях и проблемах, волнующих больного, недавних просчётах, неудачах, промахах. Чувство внешнего воздействия, переживание чуждости и насильственности, сделанности переживаний отсутствует. Критическое отношение к переживанию утраты контроля над мышлением сохранено. Непроизвольное течение мыслей возможно при переутомлении, «перегруженности переживаниями и впечатлениями». Может наблюдаться при расстройствах невротического уровня. От навязчивых идей прилив мыслей отличается тем, что навязчивость при первых относится больше к содержанию, а у последнего — к самому процессу.
2. Ментизм	Ментизм — наплыв, прилив мыслей. Мысли, помимо воли больного, в большом количестве наполняют голову с неприятным чувством напряжения. Больше нет связи с ситуацией, возможности преодоления и критика снижены. Мысли субъективно тягостны для больного, за исключением маниакальных состояний, когда ускорение мыслей воспринимается субъективно приятным, отражая общую гиперэнергию. На основании феноменологического анализа могут быть выделены три основные характеристики переживаний больных с ментизмом. В первом случае акцент делается на субъективном переживании изменения <i>темпа течения ассоциаций</i> («шквал», «вихрь», «ураган», мыслей, «скачка» идей). В других случаях на первый план выступает <i>переживание увеличения количества ассоциаций</i> («нагромождение», «рой», «скопище» идей). Третья группа терминов, используемых для передачи субъективных переживаний, отражает <i>потерю контроля над ассоциативным процессом</i> («хаос», «беспорядочность», «каша из мыслей и образов»). (В.И. Крылов, 2024) [5] Отдельно можно выделить идеаторный и образный варианты ментизма. Он бывает производным от аффективных, либо тревожных нарушений — является компонентом депрессивного, маниакального, тревожного синдромов. Абортивные, редуцированные варианты достаточно часто наблюдаются при расстройствах аффективного спектра. В этом случае переживание наплыва, потока мыслей носит вторичный характер, связано с нарушениями в аффективной сфере. Полного отчуждения ассоциативного процесса не происходит, переживание внешнего воздействия отсутствует. От навязчивых идей прилив мыслей отличается тем, что навязчивость при первых относится больше к содержанию, а у последнего — к самому процессу.
3. Ментизм-автоматизм	При ментизме-автоматизме симптом приобретает психотическую интерпретацию. Ускоряются «вложенные» мысли, появляется чувство «сделанности». Субъективно ментизм-автоматизм тягостен для больного, кроме некоторых случаев маниакально-параноидных состояний. Критика практически отсутствует.

ограничены конкретным кругом, страдает не содержание мышления, а сам его процесс. Нарушение мышления по структуре — главное отличие obsessions от ментизма.

Возможная типология ментизма

Анализ литературы и собственный клинический опыт позволили нам выделить три формы ускорения мыслительной деятельности (табл. 1):

1. Ускорение мыслей.
2. Ментизм.
3. Ментизм-автоматизм.

Ментизм как базисный симптом шизофрении

В пользу шизотропности ментизма говорят слова Е. Блэйлера и Курта Шнайдера. Е. Блэйлер выделял два типа нарушений мышления, которые находил специфичными

для шизофрении, это «наплыв мыслей» и «шперрунг».¹² К. Шнайдер внёс ментизм-автоматизм в виде вложения мыслей в симптомы первого ранга при шизофрении.¹³ К.А. Скворцов (1938) видел в ментизме начальный этап автоматизма, отчуждение мыслей.² Ментизм приобретает характер сделанности, появляется ощущение влияния извне: «мысль течёт сама собою», «как бы помимо воли», «что-то думу наводит», «невозможно мысль остановить, всё думается бессознательно, теряется самоуправление»; «как колесо в голове, что-то в ней вертится,

12 *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Eugen Bleuler; translated by Joseph Zinkin. New York: International Universities Press, 1950. 548 Science, 113(2935), 368–368.

13 Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. 14. Auflage. Stuttgart—New York: Georg Thieme Verlag; 1992

Таблица / Table 2

Когнитивно-перцептивные базисные симптомы
Cognitive-Perceptive Basis Symptoms (COPER)

COPER Наличие как минимум одного из следующих десяти базисных симптомов с оценкой SPI ≥ 3 на протяжении последних трёх месяцев и первое появление 12 месяцев назад:
Вмешивающиеся мысли
Персеверации мыслей
Наплывы мыслей
Блокады мыслей
Нарушения рецептивной речи
Нарушение способности различать фантазию и истинные воспоминания, представление и ощущение
Нестабильные идеи отношения
Дереализация
Зрительные перцептивные нарушения
Слуховые перцептивные нарушения

мозг не отдыхает», «шквал мыслей». (Е.А. Григорьева, Л.К. Хохлов, А.Л. Дьяконов, 2007).¹⁴ Здесь же легко может возникнуть трактовка, появиться лицо того, кто воздействует на мысли. В работах В.Х. Кандинского (1952) приводится следующее описание: «Больные говорят о «мысленном внушении», жалуются на то, что им «намысливают в голову» другие лица, что мысли «вгоняются в их голову извне» в таких случаях, когда они приписывают свои навязчивые представления проделкам своих преследователей или когда считают эти субъективные явления за откровение свыше».¹⁵ Возможность формирования бреда из ментизма-автоматизма описал Й. Берце (1929): «Многие больные также говорят, что лишь путём величайшего напряжения внимания, предельной концентрации на какой-то одной мысли возможно противостоять «сделанным» мыслям. Многие выражают опасение, что такое напряжение они смогут выдержать недолго и тогда полностью попадут во власть чужим влияниям. Другие уже отказались от этой борьбы, смирились с этим явлением. Хотя после этого внутренняя ситуация больного изменилась, эти сделанные мысли, чувства и пр. сохраняют свой чужеродный характер, видимо, вследствие дальнейшего действия определенной всеильной объяснительной мысли».¹⁶ Некоторые авторы считают, что дальнейшее развитие ментизма-автоматизма идёт по пути формирования острого синдрома Кандинского-Клерамбо (Тиганов, 1999) и онейроида (Пападопулос, 1975).¹⁷ В современной литературе понятие ментизма встречается в виде наплыва мыслей, ускорения мыслей, «хаоса» мыслей, путаницы мыслей. Смещаются границы в пользу шизофренической трактовки ментизма

(ментизм-автоматизм). Ментизмы встречаются в МКБ-10 в качестве критерия шизофрении (вкладывание мыслей, п. 1)¹⁸, входит в шкалу SAPS в качестве позитивного симптома (вкладывание мыслей)¹⁹ 20. Ментизмы также упоминаются в числе базисных симптомов шизофрении в концепции Герда Губера [3]. Автор считал базисные симптомы самыми первыми проявлениями нарушения обработки информации, следами нейробиологических нарушений. Базисные симптомы рассматривались как обязательная часть будущего психоза. Сами эти симптомы не являются специфическими признаками психоза, могут проявляться при других психических расстройствах, например аффективных. Г. Губер описал два типа препсихотических синдромов (Г. Губер, Г. Гросс, 1989) [4]: «аванпостные синдромы» и непрерывный продром. Первый предшествует первому психотическому проявлению в среднем на 10 лет и может полностью исчезнуть без прогрессирования в психоз. Второй представляет собой прогрессирующий «продром», который развивается в психоз без бессимптомного периода в среднем за 3,2 года (Р.Г. Бота, 2008). [5]

По определению, базисные симптомы отличаются от того, что считается «нормальным» психическим состоянием. Будучи субъективными, они остаются очевидными только для больного. Они редко заметны окружающим, хотя стратегии преодоления, которые пациент использует самостоятельно в ответ на них, могут быть заметны. Базисные симптомы также отличаются от явных психотических симптомов, которые пациент воспринимает как реальные. В отличие от них базисные симптомы распознаются больным человеком как нарушения его собственных (психических) процессов. Осознание того, что с мышлением что-то не так, присутствует, но некоторые переживания могут быть настолько новыми и

18 International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems. The tenth revision. The World Health Organization. - Geneva, 1989.

19 Andreasen, N.C. (1995). *Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS)* 1984.

20 Мосолов С.Н. *Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении концепция позитивных и негативных расстройств*. М.: Новый цвет, 2001

14 Григорьева Е. А., Хохлов Л. К., Дьяконов А. Л. *Психопатология: симптомы и синдромы*. М.: Боргес, 2007. 232 с.

15 Кандинский, Виктор Хрисанфович. *О псевдогаллюцинациях* [Предисл., с. 3-20, подготовка текста, биогр. очерк, с. 147-167, и примеч. Снежневского А.В.]. - Москва : Медгиз, 1952. - 176 с

16 Берце, Йозеф (1866-1957). *Психология шизофрении* [Текст] : [16+] / Йозеф Берце, Ханс В. Груле ; пер. с нем. Е. Г. Сельской ; Независимая психиатрическая ассоц. России. — Москва : Гифон, 2016. — 277 с., [2] с. ил. : портр. : 21 см.

17 Пападопулос Таксиархис Феодорос, *Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)*. М., Медицина, 1975 г., -192 с.

Таблица / Table 3

Когнитивные базисные симптомы
Cognitive Disturbances (COGDIS)

COGDIS Наличие как минимум двух из девяти ниже перечисленных базисных симптомов с оценкой SPI-A ≥ 3 на протяжении последних трёх месяцев:

Неспособность разделять внимание
Вмешивающиеся мысли
Наплывы мыслей
Блокады мыслей
Нарушения рецептивной речи
Нарушения экспрессивной речи
Нарушения абстрактного мышления
Нестойкие идеи отношения
Захват внимания деталями зрительного поля

странными, что остаются почти необъяснимыми. Редкий, очень склонный к самоанализу человек может сформулировать, что происходит, но для подробного описания этих переживаний обычно требуется помощь в виде направляющего вопроса. (Ф. Шульц-Лютер, 2009). [6]

На основании концепции базисных симптомов были созданы критерии высокого риска развития психоза — когнитивно-перцептивная группа «COPER» (табл. 2) и группа когнитивных нарушений «COGDIS» (табл. 3). [7,8] В обеих группах упоминаются ментизмы и служат достоверным критерием высокого риска развития психоза.

Таким образом, ментизм в рамках концепции базисных симптомов является значимым симптомом для ранней диагностики психоза. Он может быть использован в качестве маркера при выборе терапевтической стратегии врача.

Нерешённые вопросы

Можно резюмировать, что ментизм — распространённый и недооценённый феномен в диагностике психических расстройств. Он нозологически неспецифичен,

имеет несколько уровней (возможно, этапов развития), и лёгкие варианты ментизма (наплывы мыслей) могут встречаться у здоровых людей. Складывается впечатление о большей «привязанности» ментизма к аффективным расстройствам (в варианте, собственно, ментизма) и шизофрении (в варианте ментизма-автоматизма). Необходимо дальнейшее исследование феномена (запланированное в РостГМУ авторами обзора) для ответа на возникающие вопросы:

Как часто встречаются различные варианты ментизма у больных и здоровых людей?

Есть ли закономерность перехода одного варианта ментизма в другой?

К чему больше тропен ментизм — к заболеваниям шизофренического спектра или к аффективной, органической патологии?

Как аффект влияет на субъективное восприятие, тягостность ментизма?

Решение этих вопросов имеет потенциал улучшения качества диагностической и лечебной помощи в психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Крылов В.И., Голицына Е.Ю. Феномены насильственного мышления (ментизм и шперунг). *Независимый психиатрический журнал*. 2024;(1):23-28.
Krylov V.I., Golitsina E.Yu. Fenomeny nasil'stvennogo myshleniya (mentizm i shperung). *Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal*. 2024;(1):23-28. (In Russ.)
2. Lord JR. Manic-depressive Insanity and Paranoia. By Prof. Emil Kraepelin; translated by R. Mary Barclay, M.A., M.B.; edited by George M. Robertson, M.D., F.R.C.P.Edin. Edinburgh: E. & S. Livingstone, 1921. Demy 8vo. Pp. 280. Forty-nine illustrations, eighteen in colour. Price 12s. 6d. *Journal of Mental Science*. 1921;67(278):342-346.
<https://doi.org/10.1192/bjp.67.278.342>
3. Huber G. Prodrome der Schizophrenie [Prodromal symptoms in schizophrenia]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1995;63(4):131-8. (In German).
<https://doi.org/10.1055/s-2007-996611>
4. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog Med*. 1989;80(12):646-652. PMID: 2697899
5. Bota RG, Sagduyu K, Filin EE, Bota DA, Munro S. Toward a better identification and treatment of schizophrenia prodrome. *Bull Menninger Clin*. 2008;72(3):210-227.
<https://doi.org/10.1521/bumc.2008.72.3.210>
6. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophr Bull*. 2009;35(1):5-8.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn139>
7. Schultze-Lutter F, Debbané M, Theodoridou A, Wood SJ, Raballo A, et al. Revisiting the Basic Symptom Concept: Toward Translating Risk Symptoms for Psychosis into Neurobiological Targets. *Front Psychiatry*. 2016;7:9.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00009>
8. Schultze-Lutter F, Wieneke A, Pickler H, Rolff Y, Steinmeyer EM, et al. The schizophrenia prediction instrument, adult version (SPI-A). *Schizophr. Res*. 2004;70(Suppl.):76-77.

Информация об авторах

Шаповалова Людмила Владимировна, аспирант кафедры психиатрии и наркологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0009-0001-5766-1884>; shapovalova.mila@gmail.com.

Солдаткин Виктор Александрович, д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-0222-3414>; sva-rostov@mail.ru.

Вклад авторов

Л.В. Шаповалова, В.А. Солдаткин — существенный вклад в получение и анализ данных, их интерпретацию.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Information about the authors

Liudmila V. Shapovalova, graduate student of Department of Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0009-0001-5766-1884>; shapovalova.mila@gmail.com.

Victor A. Soldatkin, Dr. Sci. (Med.), Professor, head of Department of Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0222-3414>; sva-rostov@mail.ru.

The authors' contribution

L.V. Shapovalova, V.A. Soldatkin — significant contribution to data acquisition and analysis, their interpretation.

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / *Received*: 08.03.2025

Принята к публикации / *Accepted*: 07.04.2025