УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ П.М. МАШЕРОВА»

Факультет биологический

Кафедра анатомии и физиологии

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой
_____ И.И. Ефременко
04.01.2018 г.

СОГЛАСОВАНО
Декан факультета
_____ В.Я. Кузьменко
04.01.2018 г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

для специальностей педагогического факультета
и факультета социальной педагогики и психологии

Составители: И.И. Ефременко, Г.И. Наумова

Рассмотрено и утверждено
на заседании научно-методического совета 28.02.2018 г., протокол № 3

Репозиторий ВГУ

УДК 616.891(075.8)
ББК 56.145я73
О-75

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 3 от 28.02.2018 г.

Составители: заведующий кафедрой анатомии и физиологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат биологических наук, доцент **И.И. Ефременко**; заведующий центром пароксизмальных состояний УЗ «ВОДЦ», кандидат медицинских наук, доцент **Г.И. Наумова**

Р е ц е н з е н т ы :
кафедра психиатрии УО «ВГМУ»; доцент кафедры экологии и охраны природы ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат биологических наук *И.А. Литвенкова*

О-75 **Основы психопатологии для специальностей педагогического факультета и факультета социальной педагогики и психологии :** учебно-методический комплекс по учебной дисциплине / сост.: И.И. Ефременко, Г.И. Наумова. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2018. – 243 с.

Психопатология – раздел психиатрии, изучающий расстройства психики с точки зрения медицины. По своим целям и решаемым практическим задачам психопатология направлена на оказание конкретной практической помощи специалистам, занимающимся проблемами нарушений психики при разнообразных психических расстройствах.

В рамках учебно-методического комплекса предлагаются материалы лекций и практических занятий, тестовые задания, вопросы к зачету, глоссарий, тематика самостоятельной работы студентов. Предназначен для студентов специальностей педагогического факультета и факультета социальной педагогики и психологии.

УДК 616.891(075.8)
ББК 56.145я73

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2018

Репозиторий ВГУ

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка …… 5
Цель и задачи курса ……. 5
Учебная программа курса …… 8
Примерный тематический план …… 10
Учебно-методическая карта учебной дисциплины, ЗФО …… 11
Теоретический блок ……... 11
Лекция 1. Введение в психопатологию …… 11
Лекция 2. Классификации психических заболеваний. Методы диагностики в психиатрии …… 14
Лекция 3. Организация психиатрической помощи. Экспертиза психически больных …… 28
Лекция 4. Принципы современной классификации психических расстройств. Основные психопатологические синдромы 32
Лекция 5. Особенности процесса восприятия …… 60
Лекция 6. Расстройства памяти …… 70
Лекция 7. Расстройства мышления …… 74
Лекция 8. Расстройства внимания …… 84
Лекция 9. Расстройство воли и влечений …… 86
Лекция 10. Расстройства эмоций …… 92
Лекция 11. Расстройства интеллекта …… 98
Лекция 12. Нарушения сознания …… 101
Лекция 13. Эндогенные психические заболевания …… 105
Лекция 14. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании) ……. 123
Лекция 15. Соматические и неврологические осложнения в результате злоупотребления ПАВ …… 142
Практический блок …… 149
Тема 1. Введение в психопатологию …… 149
Тема 2. Классификации психических заболеваний. Методы диагностики в психиатрии ……..... 150
Тема 3. Организация психиатрической помощи. Экспертиза психически больных …….. 153
Тема 4. Принципы современной классификации психических расстройств. Основные психопатологические синдромы …….. 154
Тема 5. Особенности процесса восприятия…… 157
Тема 6. Расстройства памяти ……... 160
Лабораторная работа «Исследование показателей памяти» …… 163

Репозиторий ВГУ

Тема 7. Расстройства мышления …… 167
Лабораторная работа «Исследование быстроты мышления» …… 168
Тема 8. Расстройства внимания …… 172
Лабораторная работа «Исследование внимания» …… 173
Тема 9. Расстройство воли и влечений …… 176
Тема 10. Расстройства эмоций …… 178
Тема 11. Расстройства интеллекта …… 181
Лабораторная работа «Методика определения общих способностей» 183
Тема 12. Нарушения сознания …… 189
Тема 13. Эндогенные психические заболевания …… 190
Тема 14. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании) …… 192
Блок контроля результатов образовательной деятельности 198
Примерный перечень вопросов к зачету …… 198
Тестовые задания …… 199
Самостоятельная работа …… 214
Информационно-справочный блок …… 218
Литература …….... 218
Глоссарий …….. 219
Приложения ……... 231

Репозиторий ВГУ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель и задачи курса

Дисциплина «Медико-биологические основы коррекционной педагогики и специальной психологии» предназначена для студентов педагогических учреждений высшего образования, обучающихся на первой ступени высшего образования по специальностям:

1-03 03 08 Олигофренопедагогика.

Учебная дисциплина включает следующие разделы:

- Анатомия, физиология и патология человека;
- Основы генетики;
- Основы невропатологии;
- Клинические основы интеллектуальных нарушений;
- Основы психопатологии.

Цель учебной дисциплины заключается в формировании профессиональных компетенций в области медико-биологических основ коррекционной педагогики и специальной психологии.

Изучение дисциплины предполагает решение следующих **задач:**

− сформировать у студентов представление об организме человека как едином целом, о сущности морфологических и физиологических особенностей организма в норме и патологии;

− сформировать представления о компенсаторных возможностях ребенка с особенностями психофизического развития;

− сформировать умение выделять ведущий этиологический фактор в нарушении развития ребенка, характеризовать особенности патогенеза, клинические проявления врожденных и приобретенных нарушений нервной системы, интеллекта, органов слуха, речи и зрения;

− сформировать умение осуществлять профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возникновения первичных и вторичных нарушений.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста с высшим образованием соответствующего профиля, связи с другими учебными дисциплинами

Знания о функционировании организма как единого целого и возможностей компенсации на уровне отдельных функциональных систем являются научной медико-биологической основой для формирования профессиональных компетенций в области специальной педагогики и психологии.

Содержание учебной дисциплины «Медико-биологические основы коррекционной педагогики и специальной психологии» является фундаментом для освоения будущими учителями-дефектологами блока специальных педагогических и психологических дисциплин – специальной педагогики, специальной психологии, частных методик обучения и воспитания.

Репозиторий ВГУ

Требования к освоению учебной дисциплины в соответствии с образовательным стандартом

Студенты должны **знать:**

− основные закономерности деятельности организма как системы и возможности компенсации на уровне функциональных систем и целого организма; основы возникновения, течения и исхода отдельных патологических процессов как причины возникновения дефектов;

− строение и закономерности функционирования зрительной сенсорной системы;

− основные нарушения зрительной функции, причины и механизм развития патологии зрительной сенсорной системы;

− строение и функции центральной нервной системы; этиологию, патогенез, клинику и пути профилактики заболеваний нервной системы у детей;

− феноменологию нарушений психических функций и проявления психических расстройств;

− этиологию и патогенез интеллектуальных нарушений; современные методы классификации умственной отсталости;

− генные и хромосомные болезни, сопровождающиеся нарушениями психического, интеллектуального, сенсорного, речевого и моторного развития.

Студенты должны **уметь:**

− оценивать показатели функционирования организма;

− осуществлять профилактику нарушений органов и систем организма;

− диагностировать и интерпретировать ведущий синдром поражения нервной системы;

− выявлять нарушенные психические функции и определять ведущий синдром при нарушениях психики;

− прогнозировать развитие ребенка исходя из клинической картины интеллектуального нарушения;

− прогнозировать проявление наследственных болезней в потомстве.

Студенты должны **владеть:**

− методиками исследования функционального состояния отдельных органов и систем организма;

− методиками оценки уровня физического развития и индексной оценки состояния здоровья;

− методиками проведения базового неврологического исследования;

− навыками оказания первой доврачебной помощи при обмороке, эпилептическом припадке, черепно-мозговой травме.

− навыками интерпретации кодов основных психических и поведенческих расстройств, интеллектуальных нарушений, нарушений слуха и речи согласно МКБ-10 и МКФ.

Репозиторий ВГУ

Учебная дисциплина «Медико-биологические основы коррекционной педагогики и специальной психологии» рассчитана на 476 часов из них аудиторных занятий 228 часов: лекций – 100 часов, практических занятий – 120 часов, лабораторных занятий – 8 часов. Форма контроля - зачеты и экзамены.

Общее количество часов и количество аудиторных часов, отводимое на изучение учебной дисциплины.

Форма получения высшего образования - очная и заочная.

Форма текущей аттестации по интегрированной учебной дисциплине «Основы психопатологии» - зачет.

На дневной форме обучения по специальности 1 -03 03 08 «Олигофренопедагогика» на изучение учебной дисциплины «Основы психопатологии» отводится всего 90 часов, из них 50ч - аудиторные занятия. Распределение аудиторных часов по видам занятий: 20 часов - лекции, 26часов - практические занятия. Дисциплина изучается на 1 курсе во 2 семестре, зачет - 2 семестр.

На заочной форме обучения по специальности 1-03 03 08 «Олигофренопедагогика» на изучение учебной дисциплины «Основы психопатологии» отводится всего 90 часов, из них 14 часов - аудиторные занятия. Распределение аудиторных часов по видам занятий: 6 часов - лекции, 8 часов - практические занятия. Дисциплина изучается на 1 курсе во 2 семестре, зачет - 2 семестр.

На факультете социальной педагогики психологии на дневной форме обучения специальности «Социальная работа» (соц-псих деятельность) на изучение учебной дисциплины «Основы психиатрии» отводится всего 112часов, из них 60ч - аудиторные занятия. Распределение аудиторных часов по видам занятий: 36 часов - лекции, 24часов - практические занятия. Дисциплина изучается на 4 курсе во 7 семестре, зачет - 7 семестр.

На заочной форме обучения по специальности «Социальная работа» (соц-псих деятельность) на изучение учебной дисциплины «Основы психиатрии» отводится всего 112часов, из них 4ч - аудиторные занятия. Распределение аудиторных часов по видам занятий: 2 часов - лекции, 2 часа - практические занятия. Дисциплина изучается на 1 курсе в 1 семестре, зачет - 1 семестр.

Репозиторий ВГУ

Учебная программа курса

РАЗДЕЛ 7. ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

ТЕМА 7.1 Введение в психопатологию. Психиатрия: история развития и современное состояние

Психическая норма и патология. Предмет, задачи, история психиатрии. Основные направления и разделы современной психиатрии. Современные отечественные и международные классификации психических заболеваний.

ТЕМА 7.2 Расстройства ощущений и восприятия

Феноменология нарушений ощущений: гипо-, гипер-, парастезии, синестопатии. Иллюзии и галлюцинации. Патологические иллюзии. Классификация галлюцинаций. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.

Дереализация и деперсонализация.

ТЕМА 7.3 Расстройства внимания и памяти

Формы расстройств внимания: уменьшение объема внимания, уменьшение глубины внимания, тугоподвижность внимания, истощаемость внимания, гипер-, гипо-, апрозексия, парапрозексия.

Количественные и качественные нарушения памяти (амнезии, гипомнезии, гипермнезии, парамнезии). Корсаковский синдром.

ТЕМА 7.4 Расстройства мышления

Виды нарушения мышления по форме и содержанию.

Варианты расстройства мышления по форме. Нарушения темпа мышления. Нарушение подвижности мышления. Обрывы мысли. Разорванность и бессвязность мышления. Резонерство, формализм, обстоятельность мышления. Расплывчатое и паралогическое мышление.

Варианты расстройства мышления по содержанию. Сверхценные и бредовые идеи. Разграничение сверхценных идей и бредовых идей. Бред. Различные варианты бреда.

ТЕМА 7.5 Расстройства эмоциональной сферы

Понятие патологии эмоций: патология настроения, патология эмоциональных реакций и патология экспрессивных актов.

Гипо- и гипертимии. Снижение эмоционального фона. Депрессия. Виды и причины депрессий. Повышение эмоционального фона. Мания. Циклотимия. Дистимия.

Эксплозивность, эмоциональная вязкость, лабильность, монотонность, тупость, парадоксальность, амбивалентность. Паратимия. Утрата эмоционального резонанса.

Амимия, гипомимия, гипермимия, парамимии.

Репозиторий ВГУ

ТЕМА 7.6 Расстройства волевой сферы

Гипер-, гипо-, абулия. Парабулии и их виды. Импульсивные влечения. Нарушения полового влечения. Сексуальные девиации и перверсии. Нарушения пищевого влечения. Нервная анорексия и булимия, парорексия. Нарушения инстинкта безопасности. Агрессия, суицид. Психомоторные нарушения.

ТЕМА 7.7 Нарушения сознания

Критерии нарушения сознания. Формы нарушенного сознания: продуктивные и непродуктивные.

Непродуктивные нарушения сознания: оглушенность (сомноленция, обнубиляция), сопор, кома.

Продуктивные нарушения сознания: онейроид, делирий, сумеречное помрачение сознания, аменция.

ТЕМА 7.8 Расстройства личности

Классификация расстройств личности. Параноидные и шизоидные расстройства личности. Диссоциальное расстройство личности. Эмоционально неустойчивое расстройство личности. Истерическое расстройство личности. Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности. Тревожное расстройство личности. Зависимое расстройство личности. Смешанное расстройство личности. Нарушение адаптации. Нарушения поведения.

Акцентуации характера, отличия от расстройств личности.

ТЕМА 7.9 Расстройства интеллекта

Виды нарушений интеллекта. Олигофрения. Классификации олигофрении. Характеристики различных форм олигофрении. Деменция. Виды деменции. Синдромы деменции.

ТЕМА 7.10 Неврозы и психогенные заболевания

Неврозы: понятие и механизмы развития. Неврастения. Истерия. Невроз навязчивых состояний. Соматоформные расстройства. Тревожные расстройства. Острая реакция на стресс. Возрастные особенности неврозов. Профилактика неврозов. Психогенные заболевания.

ТЕМА 7.11 Психозы. Шизофрения

История изучения шизофрении. Эпидемиология. Этиология, течение и прогноз. Преморбидные характеристики личности. Продуктивная и негативная симптоматика. Формы шизофрении. Особенности шизофрении у детей и подростков.

Репозиторий ВГУ

Примерный тематический план

1-03 03 08 «Олигофренопедагогика» (ДФО)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов					Количество часов УСР	Форма контроля знаний *(текущий/ промежуточный,)*
		Лекции	Практические занятия	Семинарские занятия	Лабораторные занятия	Иное		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Модуль 1								
1.	Введение в психопатологию. Психиатрия: история развития и современное состояние	2	2					опрос
2.	Расстройства ощущений и восприятия	2	2				1	опрос
3.	Расстройства внимания и памяти	2	4					тест
4.	Расстройства мышления	2	2					тест
5.	Расстройства эмоциональной сферы	2	2					опрос
6.	Расстройства волевой сферы	2	2					тест
7.	Нарушения сознания	2	2					тест
8.	Расстройства личности	2	2					тест
9.	Расстройства интеллекта	2	2					тест
10.	Неврозы и психогенные заболевания	1	2					тест
11.	Психозы. Шизофрения	1	2					тест
12.	Всего часов	20	26					коллоквиум
Модуль 2								
Зачет								

Репозиторий ВГУ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ, ЗФО

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов					Количество часов УСР	Форма контроля знаний *(текущий/ промежуточный,)*
		Лекции	Практические занятия	Семинарские занятия	Лабораторные занятия	Иное		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Модуль 1								
1.	Введение в психопатологию. Расстройства ощущений и восприятия	1	2				1	опрос
2.	Расстройства внимания и памяти	1	2					тест
3.	Расстройства мышления	1	1					тест
4.	Расстройства эмоциональной сферы	1	1					опрос
5.	Неврозы и психогенные заболевания	1	1					тест
6.	Психозы. Шизофрения	1	1					тест
7.	Всего часов	6	8					коллоквиум
Модуль 2								
Зачет								

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ БЛОК

Лекция 1. Введение в психопатологию

Психиатрия - медицинская дисциплина, которая занимается распознаванием и лечением психических болезней.

Распознавание означает не только диагностику, но и исследование этиологии, патогенеза, течения и исхода психических расстройств. Лечение, помимо собственно терапии включает в себя организацию психиатрической помощи, профилактику, реабилитацию и социальные аспекты психиатрии.

Психические болезни (душевные болезни) (психические расстройства) – болезни головного мозга, проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности. Эти расстройства могут быть продуктивными (бред, галлюцинации, депрессия, кататонические расстройства) и негативными (выпадение или ослабление психической деятельности), а также проявляться общими изменениями личности.

Задачи психиатрии:

1. Диагностика психических расстройств.

Репозиторий ВГУ

2. Изучение клиники, этиологии и патогенеза, течения и исхода психических заболеваний.

3. Изучение эпидемиологии психических расстройств.

4. Разработка методов лечения психической патологии.

5. Разработка способов реабилитации больных с психическими заболеваниями.

6. Разработка методов профилактики психических расстройств.

7. Разработка структуры организации психиатрической помощи населению.

Основные разделы психиатрии.

1. Общая психопатология – изучает основные закономерности проявлений психических расстройств, этиологические и патогенетические факторы, лежащие в основе психопатологических нарушений.

2. Частная психиатрия – изучает клинику, динамику, исходы отдельных психических заболеваний.

3. Возрастная психиатрия – изучает особенности психических заболеваний в разные возрастные периоды (детская психиатрия, подростковая, инволюционная, психиатрия позднего возраста – геронтологическая).

4. Организационная психиатрия.

5. Судебная психиатрия – решает вопросы вменяемости, дееспособности и организацию принудительных мер медицинского характера.

6. Психофармакотерапия – занимается разработкой и изучением действия на психику лекарственных веществ.

7. Социальная психиатрия.

8. Наркология – изучает влияние психоактивных веществ на состояние человека.

9. Транскультуральная психиатрия – занимается сравнением психической патологии в разных странах, культурах.

10. Ортопсихиатрия – рассматривает психические расстройства с точки зрения разных дисциплин (соматопсихиатрия, психосоматика).

11. Биологическая психиатрия (изучает биологические основы психических расстройств и методы биологической терапии).

12. Сексология.

13. Суицидология.

14. Военная психиатрия – изучает психопатологию военного времени и порядок проведения военно−психиатрической экспертизы.

15. Экологическая психиатрия – изучает влияние экологических факторов на психику.

16. Психотерапия.

Психиатрия тесно связана с *другими научными дисциплинами*:

- философией (основной вопрос философии - первичность материи или сознания),
- психологией (соотношение нормальной и болезненной психики),

Репозиторий ВГУ

- юриспруденцией (судебно-психиатрические аспекты),
- биологическими науками (анатомией, физиологией, биохимией, патофизиологией, патологической анатомией и др.),
- другими медицинскими дисциплинами (терапией, неврологией и пр.).

Психиатрия является частью общей медицины, и отдельные направления психиатрии изучают психические расстройства при соматических заболеваниях (соматопсихиатрия), и психические причины возникновения соматических заболеваний (психосоматика).

Исторические этапы формирования психиатрической помощи

В истории психиатрии выделяют следующие этапы формирования научных воззрений и организации помощи психически больным.

Донаучный период, простирающийся с древнейших времен и характеризуется примитивно-теологическим пониманием аномального поведения больных. Полностью отсутствует какая-либо медицинская помощь при душевных болезнях, однако в это время происходит хотя и бессистемное, однако, крайне важное для будущего накопление разрозненных фактов и наблюдений, получивших образное запечатление в мифологии и народной поэзии.

Эпоха древней греко-римской медицины. Началом ее условно можно считать VII или VI век до нашей эры, когда впервые появились попытки оказать помощь душевнобольным, заболевание которых стало рассматриваться, как явление естественного порядка, требующее принятия каких-то естественных мер. Сделаны первые шаги в понимании психических расстройств (учение Гиппократа о конституции и темпераменте, учение об истерии), отмечаются зачатки организации помощи психически больным.

Средние века в Европе (эпоха инквизиции) характеризуются регрессом до уровня донаучного мировоззрения. Отношение к больным весьма противоречиво - от первых шагов по организации общественного призрения до уничтожения больных на кострах инквизиции.

Период, охватывающий 18 век и начало 19-го века – *период становления психиатрии, как области медицины*, эпоха Ф. Пинеля и Дж. Конолли, провозгласивших принципы не стеснения в отношении душевнобольных. Развертывается широкое строительство психиатрических больниц, в них проводятся исследовательские работы, на основании которых происходит становление симптоматологической психиатрии.

Эпоха нозологической психиатрии Э. Крепелина. Создание нозологической классификации психических расстройств. Вместе с тем, психиатрия, в связи с огромным усилением нервности в широких слоях населения все более выходит за пределы специальных больниц и быстрыми шагами приближается к повседневной жизни. Изучение пограничных состояний –

Репозиторий ВГУ

неврозов и психоневрозов – подает повод к созданию нового, скоро получившего права гражданства термина – «малая психиатрия».

Современный этап развития психиатрии – характеризуется расширением внебольничных форм психиатрической помощи, изучением социальных, психосоматических аспектов психических расстройств. Основными вехами этого этапа являются учение З. Фрейда о «бессознательном», а также «психофармакологическая революция».

Лекция 2. Классификации психических заболеваний. Методы диагностики в психиатрии

Классификация психических расстройств

Все психические заболевания можно разделить на *две группы:*

1. Психические процессы (собственно заболевания) к ним относят болезни, которые имеют склонность к развитию, изменению, динамике (психозы, неврозы, неврозоподобные состояния);
2. Психические состояния – к ним причисляют не изменяющиеся на протяжении времени расстройства, когда обнаруживается исчезновение нормальной психической деятельности (олигофрения, деменция, психопатии).

Расстройства психической деятельности наблюдаются как при психических процессах, так и при психических состояниях.

Классифицируют психические расстройства по разным признакам.

I. По *уровню* (регистру) выделяют три группы психических расстройств:

1) Психотические (психозы) - характеризуются грубой дезинтеграцией психики, неадекватностью психических реакций. Формальными признаками психоза считают бред и галлюцинации;

а) Эндогенные (шизофрения, маниакально−депрессивный, involюционные);

б) Экзогенные и экзогенно - органические (сосудистые, травматические, инфекционные, при опухолях мозга, симптоматические, интоксикационные);

в) Реактивные (в том числе истерические);

2) Непсихотические (невротические, неврозоподобные, психопатические) – это расстройства, при которых психические реакции адекватны реальности по содержанию, но не соответствуют ей по силе и частоте. У человека сохраняется критичность, но ограничивается способность регулировать свое поведение;

а) Невротические (реактивные);

б) Неврозоподобные (экзогенные и экзогенноорганические);

в) Психопатические и психопатоподобные;

г) Псевдоневротические (реактивные);

Репозиторий ВГУ

д) Состояние сниженного интеллекта (олигофрения, деменции).

II. По *этиологии* выделяют следующие группы психических заболеваний:

1) Эндогенные – психические болезни с невыясненной пока этиологией (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и др.);

2) Экзогенные – болезни, при которых этиологический фактор действует из внешней среды и при взаимодействии с организмом вызывает его повреждение. Например, травматическая болезнь мозга, энцефалит, алкоголизм, наркомания;

3) Психогенные – при которых этиологическим фактором является микросоциальный конфликт, психотравма. Сюда относят неврозы и реактивные психозы;

4) Соматогенные (симптоматические), при которых причиной психического расстройства является соматическое заболевание, изменяющее внутреннюю среду организма так, что уже эта измененная среда становится патогенной для мозга и вызывает разнообразные нарушения его деятельности. Чаще всего симптоматические расстройства возникают при эндокринопатиях, сердечнососудистых и инфекционных заболеваниях, онкологических процессах.

В качестве этиологических факторов психических заболеваний выступают эндогенные (чаще наследственная предрасположенность, генетические аномалии, конституциональная неполноценность) и экзогенные (инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, психические травмы).

В основе патогенеза психических расстройств лежит нарушение взаимоотношения процессов возбуждения и торможения в ЦНС. Чаще имеет место запредельное торможение, при котором нарушается фазовое состояние клеток ЦНС. Клетки могут находиться в *уравнительной фазе* (одинаковый ответ на разные по силе раздражители - снижение порога возбуждения, астения, эмоциональная неустойчивость), *фазе парадоксальной* (отсутствие ответа на сильный или обычный раздражитель и наличие ответа на слабый раздражитель, например, кататонические расстройства) и *ультрапарадоксальной фазе* (ответ качественно не соответствует раздражителю − бред, галлюцинации). Кроме того, при органических психических заболеваниях наблюдается атрофия и деструкция нейронов (болезнь Альцгеймера, Пика, прогрессивный паралич и др.).

При исследовании патогенеза психического расстройства необходимо учитывать такое понятие, как «преморбид». Это индивидуальные особенности организма, наследственность, возраст, пол, биологическая фаза, остаточные явления перенесенных заболеваний. Преморбидные особенности способствуют, либо препятствуют развитию болезни, накладывают свой отпечаток на особенности клиники и течения заболевания.

Репозиторий ВГУ

III. По *течению* выделяют следующие типы заболевания:

1) Непрерывное, которое, в свою очередь, может подразделяться на:

- Прогредиентное (прогрессирующее);
- Стационарное (стабильное, без динамики);
- Регредиентное (с постепенным облегчением и восстановлением психического здоровья);

2) Приступообразное, которое может иметь характер:

- Фазный, приступы психического заболевания чередуются с периодами полного психического здоровья (интермиссиями). Примером фазного течения является маниакально− депрессивный психоз;
- Рецидивирующим называют течение заболевания, при котором на фоне основной симптоматики периодически возникают обостренная (рецидивы) с присоединением дополнительных симптомов. Примером может служить алкогольный слуховой галлюциноз;
- Рекуррентный − течение характеризуется сочетанием психопатологических приступов с ремиссиями − периодами временного неполного улучшения состояния;
- Приступообразно-прогредиентный − течение определяется в тех случаях, когда приступы заболевания также чередуются с ремиссиями, но при этом заболевание неуклонно прогрессирует. Последние два типа течения характерны для шизофрении.

IV. Для статистического учета психических расстройств используют *Международную классификацию болезней десятого пересмотра (МКБ-10)*, в основу, которой положено сочетание нозологического и синдромального принципов. Она содержит следующие рубрики:

1. Органические, включая симптоматические, психические расстройства;

2. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ;

3. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;

4. Расстройства настроения (аффективные расстройства);

5. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства;

6. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;

7. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте;

8. Умственная отсталость;

9 Расстройства психологического (психического) развития;

10. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Исходом психических заболеваний может быть: полное выздоровление, неполное выздоровление с остаточной симптоматикой, стабилизация состояния, глубокий дефект психики, смерть.

Репозиторий ВГУ

Методы диагностики в психиатрии

Основой диагностики психических расстройств является клиническое обследование. Оно складывается из расспроса пациента, сбора субъективного (от больного) и объективного (от родственников, сотрудников, соседей) анамнеза, наблюдения за поведением пациента. Этап наблюдения особенно важен для правильной постановки диагноза. И на этом этапе незаменима роль медицинской сестры, которая в отличие от врача может находиться с пациентом постоянно. В ее задачу входит сообщать врачу о любых изменениях в психическом статусе пациента, делать соответствующие записи в документации.

Помимо клинического обследования для диагностики психических заболеваний применяют дополнительные методы исследования − неврологические, соматические, биохимические, экспериментально-психологические, электрофизиологические (ЭЭГ, РЭГ, ПЭГ, КТГ, ЯМР, ПЭТ) и др. Они направлены на уточнение диагноза и имеют второстепенное значение.

Принципы лечения лиц с психическими расстройствами основываются на соблюдении этических и правовых норм психиатрии. Они предполагают добровольность лечения, право выбора методов лечения и отказа от него, обязательное письменное согласие больного (или лица, представляющего его интересы) на госпитализацию, соблюдение конфиденциальности. Недобровольная госпитализация допустима в случаях, определенных Законом о психиатрической помощи в Республике Беларусь и в соответствии с ним.

За последние десятилетия медицина обогатилась специальными методами лабораторных исследований, позволяющими выявлять патологические изменения в различных системах организма, однако при диагностике психических расстройств лабораторные данные по-прежнему чаще всего играют лишь вспомогательную роль.

В настоящее время, как и ранее, *основным является клинический (описательный) метод диагностики.*

Клиническое исследование включает в себя осмотр, наблюдение и сбор анамнестических сведений.

Опрос больного и наблюдение. Именно разговор с пациентом дает наиболее важную информацию для постановки диагноза. Существует целый ряд симптомов, которые не могут быть выявлены иначе как при личной беседе с пациентом.

Опрос больного, как правило, проводят отдельно от родственников. Нередко беседу начинают, сразу выясняя цель посещения (если больной обратился к психиатру по своей инициативе), но в большинстве случаев уместнее сначала задать несколько вопросов ознакомительного характера − о возрасте, профессии, семье больного. Это снимает у него чувство тревоги и неудобства, а врачу позволяет сформировать соответствующий уровню

Репозиторий ВГУ

больного план беседы. Часто, уже излагая жалобы, пациент может описать важнейшие симптомы заболевания, однако при отсутствии критики он отрицает наличие болезни и настаивает на своем полном благополучии. Бывает и так: пациент настолько увлечен какими-либо болезненными идеями, что не может говорить ни о чем ином, и возвращается вновь к интересующей его теме, несмотря на попытку врача перевести разговор в нужное русло. Поэтому следует настойчиво удерживать инициативу в беседе. Если больной испытывает страх или недоверие к врачу, он бывает чрезвычайно осторожен и скрытен. В этом случае особенно важно расположить его к себе, попытаться снять напряжение спокойной, доверительной речью.

Важно с самого начала уважительно обращаться к посетителю, называя его по имени и отчеству. В последующих беседах обращение к больному по его просьбе может стать менее формальным, но и тогда следует сохранять определенную дистанцию, не допуская фамильярности.

Всегда полезнее выслушать мнение пациента, чем спорить с ним или указывать на противоречия в его высказываниях. Важно стараться снять негативный оттенок с любого задаваемого вопроса. Например, вопрос «Вы злопамятны?» лучше заменить более мягким: «Насколько вы чувствительны к обиде и несправедливости?». Нередко многословный человек вдруг замолкает после очередного вопроса − это может указывать на особую эмоциональную значимость затронутой темы. Если больной уклоняется от дальнейшего обсуждения, не следует настаивать, но нужно обязательно запомнить вопрос, чтобы по возможности поднять его в дальнейших беседах, когда удастся достигнуть большей доверительности между врачом и больным.

Когда пациент не проявляет инициативы, всегда возникает соблазн «подтолкнуть» его, подсказать ответ. Такие «подсказки» − серьезный недостаток в проведении беседы. Врач должен тщательно следить, чтобы в вопросах не было никаких намеков на предполагаемый ответ: равнодушный, апатичный больной может признавать у себя наличие любого расстройства, которое назовет врач, пациент с симуляцией по упомянутым в вопросах симптомам может понять, как ему следует отвечать, чтобы произвести впечатление психически нездорового. Нужно добиваться, чтобы больной описывал имеющиеся расстройства собственными словами: иногда сам набор выбранных им слов настолько характерен, что выражения больного записываются в историю болезни дословно.

Вопросы, касающиеся интеллектуального уровня человека, его памяти и способности ориентироваться в месте и времени, могут вызвать у него раздражение, ощущение «проверки», «экзамена». Неловкость в этой ситуации можно снять при правильной постановке вопросов. Можно сначала спросить больного, не стало ли в последнее время ему трудно размышлять,

Неплохо уже в самом вопросе проявить уверенность в том, что больной легко справится с заданием («Вы ведь знаете, какое сегодня число?»),

Репозиторий ВГУ

при этом следует обязательно добиться ответа на заданный вопрос, не пытаясь просто догадаться, что пациент сумеет сделать, а что нет. В целом, изучая психическое состояние человека, очень важно избегать попыток с помощью собственной интуиции понять его мысли. Врач, пытающийся догадаться, что имел в виду больной, скорее всего, стремится приписать ему свои собственные мысли и логику.

Анализ сферы эмоций человека невозможен без внимательного *наблюдения* во время беседы за его мимикой, жестикуляцией и интонацией. Особенно важно отмечать расхождение между смыслом высказываний и внешним выражением эмоций. Так, если больной утверждает, что любит родителей, но говорит это монотонно и неэмоционально, то, вероятнее всего, в действительности он не испытывает к ним ярких чувств. Иногда выражение эмоций парадоксально по отношению к содержанию высказываний. То же самое можно сказать об анализе сферы воли и влечений. Часто больной декларирует свое стремление к какой-либо деятельности, хотя в действительности его не испытывает. В этом случае важно проанализировать конкретный результат деятельности в последнее время. Например, если больной утверждает: «Я очень люблю читать!», важно уточнить, какие книги он недавно прочитал. Нередко оказывается, что последняя книга была прочитана много лет назад.

Полученные в процессе беседы сведения (возможность вступить в контакт с больным, нарушения ориентировки, внешний вид, манера речи и поведения при беседе, демонстрируемые больным расстройства восприятия, мышления, памяти, интеллекта, эмоций и воли, поведение вне беседы с врачом, представления пациента о своем заболевании, наличие критики, высказываемые планы на будущее) заносятся в историю болезни в определенном порядке (*анамнез*).

Соматический осмотр. При соматическом осмотре в первую очередь отличают общий тип телесной конституции, поскольку это может помочь в диагностике психического заболевания. Тщательное внимание уделяют осмотру кожных покровов, что позволяет выявить склонность больного к самоповреждениям (например, отметины от ожогов сигаретой, многочисленные линейные шрамы на запястьях при попытке вскрыть вены и другие); следы внутривенных инъекций помогают выявить наркоманию. Объектом пристального внимания должны быть и любые шрамы на теле больного: они могут служить свидетельством перенесенных человеком катастроф, получены им во время эпилептического припадка или драк (последнее указывает на конфликтность и агрессивность больного).

Тщательное обследование внутренних органов у психически больных направлено на диагностику вероятной общей соматической патологии и соматогенных психических расстройств. Практически любое соматическое заболевание при утяжелении состояния приводит к психическому расстройству. Причинами психоза бывают нарушения кровоснабжения

Репозиторий ВГУ

мозга, острый инфекционный процесс с гипертермией, эндокринное заболевание и многое другое. Но важно иметь в виду, что и психические заболевания нередко проявляются соматическими симптомами, которые бывает трудно отличить от заболеваний внутренних органов.

Необходимость постоянного наблюдения за соматическим состоянием больных обусловлена еще и тем, что многие психотропные средства обладают выраженными побочными эффектами, которые могут вызывать опасные для жизни больных нарушения соматического здоровья (ортостатические коллапсы, тахикардию, нарушения сердечного ритма, агранулоцитоз, упорный запор, задержку мочеиспускания и др.). Следует учитывать, что сами больные часто не в состоянии предъявить жалобы, не понимают тяжести своего состояния, не соблюдают правил гигиены. Поэтому так часто у психически больных наблюдаются педикулез и чесотка, распространен кариес и даже туберкулез. У малоподвижных больных легко формируется гипостатическая пневмония, и образуются пролежни. Все это требует постоянного внимания врача.

Лабораторные тесты. Традиционное лабораторное обследование крови и мочи позволяет оценить общее соматическое состояние больного, определить признаки побочного действия лекарств (например, лейкопению и агранулоцитоз), однако малоинформативно для установления собственно психиатрического диагноза. Лишь при некоторых заболеваниях высокоспецифичные методики могут существенно помочь в диагностике. Так, без серологического обследования практически невозможна точная диагностика сифилитических психозов. На патологию могут указывать повышение давления ликвора (опухоли и другие объемные процессы).

Нейрофизиологические методы

Электроэнцефалография (ЭЭГ) − метод исследования, позволяющий оценить характер и динамику биоэлектрической активности головного мозга. Электроэнцефалографию обычно назначают больным с первичным психотическим эпизодом или больным с указанием в анамнезе на черепно-мозговую травму, пароксизмально возникающие психические нарушения со стереотипно повторяющейся симптоматикой, неврологические расстройства (нарушения сознания, нейроинфекции, осложнения в перинатальном периоде, судорожные приступы, сосудистые мозговые кризы).

Ритмы биоэлектрической активности подразделяются следующим образом:

альфа-ритм − 8-13 Гц (колебаний в секунду) − покой;

бета-ритм − 14-35 Гц − умственная работа;

гамма-ритм −33-35 Гц − эмоциональное возбуждение;

дельта-ритм − 0,5-3,5 Гц − сон;

тета-ритм – 4-7 Гц −восприятие неприятной информации.

У маленьких детей в норме регистрируются дельта-волны. В подростковом возрасте им на смену приходят тета-волны. У взрослого человека

Репозиторий ВГУ

медленные волны обычно отсутствуют, наблюдаясь только в состоянии сна.

При эпилепсии характерны следующие ЭЭГ-признаки: «пики» (короткие высокоамплитудные разряды) или острые волны (высокоамплитудные разряды большей длительности), комплексы «пик-медленная волна». Чередование пиков и дельта-волн с частотой 3 Гц является классическим признаком генерализованного эпилептического приступа.. При органическом повреждении головного мозга обнаруживаются: низкая амплитуда биопотенциалов, быстрые низкоамплитудные или медленные высокоамплитудные разряды. При деменции наиболее значимым является отсутствие альфа-ритма и появление дельта-волн в бодрствующем состоянии. Делириозное состояние обычно характеризуют нерегулярные медленные волны.

Реоэнцефалография (РЭГ) основана на изучении электрического сопротивления ткани головного мозга. Из-за того, что оно во многом связано с кровенаполнением мозговых сосудов, эта методика позволяет оценить мозговую гемодинамику и показана для исключения сосудистых поражений мозга.

Полисомнография включает ЭЭГ и электромиограмму. Часто выполняется совместно с записью ЭКГ, регистрацией кожно-гальванической реакции, температуры тела, движения глазных яблок во время сна и др. Эти исследования предоставляют важную информацию при таких состояниях, как ночная миоклония, ночное апноэ, энурез, сомнамбулизм, судорожные припадки, депрессия и др.

Эхоскопия оценивает смещение срединных структур мозга при его ультразвуковой локации. Используется при подозрении на опухоль или атрофический процесс, а также для выявления расширения желудочков мозга.

Компьютерная томография (КТ) позволяет послойно исследовать плотность вещества мозга при рентгенологическом сканировании с последующей компьютерной обработкой изображения. Рекомендуется для исключения возможных органических изменений центральной нервной системы, которые могут лежать в основе психического расстройства или видоизменять его.

При *магнитно-резонансном исследовании (МРТ)* используют магнитное поле. Компьютерная обработка радиочастотных сигналов, излучаемых структурами мозга при воздействии на них магнитного поля, позволяет реконструировать структурное изображение мозга.

Большое значение исследование имеет в диагностике демиелинизирующих процессов (особенно рассеянный склероз), деменции, резидуальных повреждений головного мозга.

Преимущества МРТ перед КТ − радиационная безопасность, изображение во всех плоскостях, включая сагиттальную, венечную, дополни-

Репозиторий ВГУ

тельно к поперечному срезу; более высокая разрешающая способность при изображении структуры ткани; четкое разграничение белого и серого вещества мозга; повреждения при демиелинизирующих заболеваниях (рассеянный склероз) видны более четко; отличное изображение гипофизарной области и задней черепной ямки.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) обеспечивает изображение функционального состояния мозга и является особенно многообещающим методом при исследовании нейротрансмиттерных систем. Химические элементы (кислород, углерод и азот) с коротким периодом полураспада и излучающие позитроны используются в качестве метки органических соединений (например, глюкозы, аминокислот и нейромедиаторов). Последние вводятся в организм с помощью инъекции или ингаляции. Затем картируется распределение этого вещества в разных отделах мозга.

С помощью ПЭТ можно визуализировать картину мозгового кровотока, выявлять определенные нейротрансмиттерные системы головного мозга, *in vivo* оценить характер мозгового метаболизма (например, глюкозы). Существенным преимуществом этого метода является его способность обнаруживать мозговую патологию на функциональном уровне до этапа грубых органических нарушений.

Психометрические методы исследования памяти, внимания и интеллекта имеют наибольшее значение для диагностики органических поражений головного мозга, оценки степени отставания в психическом развитии. Чаще всего используемой характеристикой степени развития интеллекта является коэффициент IQ *(интеллектуальный индекс),* отражающий следующее соотношение: психофизиологический возраст, хронологический возраст. При этом психофизиологический возраст у детей может быть определен в соответствии со стандартными шкалами развития (например, шкалы Гезелла и Стенфорда-Бине) с указанием необходимого объема знаний для каждого возраста, пользуясь которыми испытуемый должен ответить на 90−100% предлагаемых вопросов при нормальном интеллекте. Однако подобный расчет IQ допустим только до 15 лет, так как в дальнейшем динамика изменения интеллекта существенно меняется. Поэтому для точного измерения IQ часто применяются специальные батареи тестов, наиболее часто употребимыми из которых является методика Векслера. Существуют отдельные варианты для детей (WISC) и взрослых старше 16 лет (WAIS). В методике для взрослых выделено 11 субтестов (6 из которых словесные и 5 − невербальные), анализирующих такие параметры, как общая осведомленность, понимание ситуации, арифметические способности, память, способность сравнивать объекты, измеряющих словарный запас, способность к абстрагированию, пространственному воображению и т.д. Показатели IQ выше 100% свидетельствуют о высоком интеллекте, опережающем развитии. Цифры от 70 до 90% рассматриваются

Репозиторий ВГУ

как пограничные, говорят об относительно низком интеллекте, но не воспринимаются как патологические. На патологию указывает IQ ниже 70%.

Другой часто применяемой методикой являются *прогрессивные матрицы Равена,* использующие невербальные наборы символов и фигур, в расположении которых обследуемый должен выявить закономерности. Тест мало связан с образованием человека, однако нередко его выполнение нарушается при расстройстве внимания. Предварительная тренировка также искажает результаты.

В клинической практике врач часто использует упрощенные тестовые задания, приблизительно оценивающие степень расстройства памяти и интеллекта. В частности, применяется проба на запоминание 10 двусложных слов (в норме запоминаются испытуемым после 3−4 устных повторений) или бессмысленных звукосочетаний (запоминаются после 5−7 повторений).

Счет по Крепелину предполагает вычитание из 100 или 200 одного и того же числа (7 или 17). Нарушения наблюдаются как при расстройствах оперативной памяти, так и при ослаблении интеллекта. Ухудшение результатов по мере выполнения задания свидетельствует об истощаемости.

Большое значение имеют *методы оценки стройности и целенаправленности* мышления при таких заболеваниях, как шизофрения, эпилепсия и др. Некоторые нарушения могут быть выявлены уже при использовании описанных выше проб на память и интеллект. В частности, больные шизофренией нередко при проведении классификации используют несущественные, второстепенные признаки. Особенно хорошо это проявляется при применении методики «четвертый лишний» (испытуемому предлагают составить группу из 3 предметов и объяснить, почему 4-й предмет не входит в нее). Порой пациенты просто не могут исключить какой-либо предмет («Что лишнее? Да ничего здесь лишнего нет: ведь и стул, и стол, и кровать, и чашка − все нужно! Как же без них?! Никак нельзя!»).

Метод *пиктограммы* заключается в попытке запоминания 10−15 слов и абстрактных понятий посредством их изображения на рисунке без использования букв. Подбираются сюжеты в порядке возрастания степени абстракции, например веселый праздник, тяжелая работа, болезнь, счастье, любовь, развитие, обман, подвиг, вражда, справедливость, дружба и пр. Анализируется объясняемая больным связь между рисунком и изображаемым понятием. Выявляются уровень абстрагирования, стройность ассоциаций, опора на второстепенные признаки, эмоциональное отношение обследуемого к изображаемым понятиям.

Тест Айзенка основан на характеристике личности по параметрам «экстраверсии − интроверсии» и выраженности фактора «нейротизма», состоит из 57 вопросов (по 24 на каждый фактор и 9 вопросов шкалы «лжи»). Каждый вопрос допускает только 2 варианта ответа: ДА и НЕТ. Предполагается, что у интровертов наблюдаются дистимические симптомы, у экст-

Репозиторий ВГУ

равертов − истерические и психопатические, степень проявления нейротизма указывает на выраженность страдания (невроза). У больных шизофренией уровень нейротизма низкий, у депрессивных больных − высокий. С возрастом выраженность нейротизма и экстраверсии снижается. Тест не считается идеальным из-за значительного влияния на результат интеллектуального уровня обследуемого, предлагаемая шкала лжи несовершенна и не исключает такого влияния.

Тематический апперцептивный тест (ТАТ) опирается на рассказы, составленные обследуемым при рассматривании карт, на которых изображены люди и предметы в неопределенных соотношениях и состояниях. Всего имеется 30 карт с рисунками и одна без изображений, предназначенная для собственных фантазий обследуемого. Допускается предъявление направленных вопросов. Считается, что тест выявляет основные стремления, потребности, существующие конфликты и способы их разрешения.

В *тесте Розенцвейга* используется 24 рисунка, изображения на которых более определенны и предполагают явное ущемление интересов испытуемого (фрустрацию) − таким образом, возможна оценка поведения человека в состоянии стресса.

Методы лечения психических расстройств

Методы лечения психических расстройств делятся на две большие группы*: психологические и биологические.*

Психологические методы лечения приводят к нормализации физиологических и биохимических механизмов, лежащих в основе психических нарушений. Сюда относятся многочисленные разновидности психотерапии. Под *психотерапией* понимают лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к реальной действительности и самому себе.

Психотерапевтическим подходом, составляющим основу медицинской деонтологии, обязан владеть каждый медицинский работник.

Специальные методы применяют врачи-психотерапевты. В настоящее время существует множество разнообразных психотерапевтических методов и техник (около 400 для взрослых и 200 для детей).

Наибольшее развитие и признание получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы:

1) Психоанализ − динамическое направление в психотерапии (З.Фрэйд и его последователи);

2) Бихевиоризм − поведенческая психотерапия (Уотсон);

3) Гуманистическое направление − экзистенциально-гуманистическая опытная психотерапия (Р. Мей, А. Маслоу, К. Роджерс).

Именно последнее направление породило методы, наиболее полно соответствующие понятию «терапия», а многими исследователями только они и отнесены к собственно психотерапии.

Репозиторий ВГУ

1. *Собственно этиологическая терапия* используется в психиатрии редко, из-за неясности факторов, имеющих причинное значение для основных психических заболеваний. К этиологической терапии относятся мероприятия, направленные на устранение различных инфекционных, соматических, неврологических заболеваний, последствий травм мозга, сопровождающихся психическими расстройствами.

2. *Патогенетическая терапия* направлена на редукцию основных синдромов и симптомов заболевания и далее на нормализацию психического состояния.

3. *Компенсаторная терапия* включает различные биологические и социотерапевтические воздействия, способствующие активизации компенсаторных процессов.

4. *Корригирующая терапия* (психокоррекция) проводится при психических нарушениях пограничного круга (неврозах, психопатиях, невротических реакциях). Выделяют несколько направлений терапевтических подходов в психиатрии:

- *Психотерапия* − комплексное психологическое воздействие врача на психику больного. Основным инструментом врача является слово. Целью психотерапии является устранение болезненных симптомов, изменение отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Основу всех психотерапевтических воздействий составляют внушение и разъяснение, предлагаемые в различных соотношениях и последовательности.
- *Рациональная* (разъяснительная) психотерапия − метод воздействия на больного путем логически аргументированного разъяснения. Проводится обычно в форме диалога между врачом и пациентом. Цель такого собеседования − разъяснение причин и характера заболевания, его возможных исходов, необходимости и целесообразности назначенного лечения, исправление неверных представлений пациента о своей болезни. Прежде чем в чем-то убеждать больного, врач должен его терпеливо и внимательно выслушать, ибо это имеет огромное значение для установления эмоционального контакта между врачом и пациентом.
- *Суггестивная* терапия − внушение различных мыслей, включая неприязнь и отвращение (например, к алкоголю). В момент внушения пациент воспринимает информацию пассивно, без размышлений. Влияние оказывается в основном на эмоциональную сферу. Внушение осуществляется как в состоянии бодрствования, так и в состоянии гипнотического сна. *Внушение в состоянии бодрствования* проводится либо в индивидуальном порядке, либо коллективно. Для проведения внушения необходимы соответствующие условия: изолированное от шума затемненное помещение, удобные кресла (чтобы больной расслабился). Большое значение имеет мимика, движе-

Репозиторий ВГУ

ния, речь врача, его внешний вид. *Самовнушение* - внушение самому себе представлений, мыслей, чувств, рекомендованных врачом и направленных на устранение болезненных явлений и улучшение общего самочувствия. Реализуется самовнушение через аутогенную тренировку, которой больной обучается с помощью врача-психотерапевта. *Гипноз* − лечебное внушение, проводимое в состоянии гипнотического сна. Перед началом лечения больному объясняют сущность метода, чтобы он не боялся, не напрягался во время сеанса. Каждый сеанс состоит из трех этапов: усыпление, собственно внушение, выход из гипноза. Число сеансов на курс лечения − 10-15. Можно проводить сеансы гипноза с группой больных. Для этого подбирают пациентов с одинаковой патологией и проблемами.

- *Коллективная и групповая психотерапия* − взаимное лечебное воздействие пациентов, осуществляемое под руководством врача. Этот вид лечения предусматривает не только воздействие врача на больных, но и членов группы друг на друга. Очень важно, чтобы в группе была атмосфера взаимопонимания и доверия, откровенности, заинтересованности в достижении единой цели.
- *Семейная психотерапия* − лечебное воздействие, направленное на урегулирование межличностных отношений в семье больного. Используется для профилактики и лечения неврозов, реабилитации психически больных после выписки из стационара с целью создания благоприятного микроклимата в семье.
- *Поведенческая (бихевиоральная) психотерапия* − комплекс психотерапевтических приемов, направленных на разрыв патологических условнорефлекторных связей и выработку желательных форм поведения. Например, этот метод успешно используется при лечении различных страхов (страх темноты, воды, метро). Пациент под руководством врача путем тренировки учит себя преодолевать страх, возникающий в психотравмирующей ситуации.
- *Социотерапия и терапия средой.*
- Собственно социотерапия (мероприятия, направленные на нормализацию микросоциального окружения больного и его жизненных условий).
- *Трудовая терапия.*
- *Эрготерапия*
- *Терапия искусством*
- *Обучение и просвещение*.

Биологические методы. К *биологическим* относятся методы, непосредственно воздействующие на нарушенные физиологические и биохимические процессы в головном мозгу и организме в целом. Это *медика-*

Репозиторий ВГУ

ментозная терапия, электросудорожная терапия, физиотерапия, а также мероприятия по организации режима и диеты.

Из биологических методов наиболее ***популярна медикаментозная терапия (психофармакотерапия)***. Основу ее составляет применение психотропных лекарственных средств.

Началом современной психофармакотерапии считается введение в психиатрическую клинику хлорпомазина (аминазина) в 1952 году. Лечение психотропными препаратами в настоящее время является основным терапевтическим подходом в лечении психических расстройств.

Психотропные препараты подразделяются на группы: нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропы, нормотимики.

1. *Нейролептики* – устраняют психомоторное возбуждение, страх, агрессию, психопродуктивные расстройства – бред, галлюцинации и др.
2. *Транквилизаторы* – устраняют эмоциональную напряженность, тревогу.

Основные эффекты действия транквилизаторов:

- Транквилизирующий (уменьшение тревоги, страха, эмоциональной напряженности);
- Седативный (психомоторная заторможенность, дневная сонливость, сопровождаемые снижением концентрации внимания, уменьшением скорости реакций, потенцирование действия алкоголя и других депремирующих ЦНС средств);
- Миорелаксирующий (проявляется в виде ощущений слабости, вялости, усталости);
- Противосудорожный;
- Снотворный;
- Вегетостабилизирующий (регулирование деятельности вегетативной нервной системы) – эффект используют при купировании нейровегетативных проявлений тревоги.

3. *Антидепрессанты* – устраняют болезненно пониженное настроение и заторможенность психической деятельности. Лекарственные препараты, специфически снимающие депрессии, появились в конце 1950-х годов. Общее свойство всех антидепрессантов − их положительное влияние на аффективную сферу больного, сопровождающееся улучшением настроения и общего психического состояния.
4. *Ноотропы* (психоэнергизаторы) повышают психический тонус, улучшают мышления, память.
5. *Нормотимики*. К этому классу относятся соли лития и некоторые противосудорожные препараты. Соли лития применяются для профилактики аффективных приступов и для лечения маниакальных состояний.

Репозиторий ВГУ

***Электросудорожная терапия (ЭСТ*)** – метод введен в клиническую практику итальянскими психиатрами Черлетти и Бини в 1938 году. ЭСТ заключается в вызывании эпилептического припадка электрическим разрядом. Применяется при тяжелых и резистентных к терапии меланхолиях (и реже маниях), кататонических расстройствах (кататоническое возбуждение, реже – ступор), злокачественной (фебрильной) кататонии, резистентных к терапии формах шизофрении. В целом при этих состояниях вначале проводится фармакотерапия, а при ее неудаче – электросудорожная терапия. Лечение ЭСТ эффективно в 70-80 % случаев. Нередко судорожная терапия – это мероприятие, спасающее жизнь.

Противопоказаниями являются повышенное внутричерепное давление и тяжелые заболевания сердца (особенно нарушения проводимости).

Лекция 3. Организация психиатрической помощи. Экспертиза психически больных

Организация психиатрической помощи в РБ

Основу психиатрической службы Республики Беларусь составляют психиатрические учреждения министерства здравоохранения – в первую очередь территориальные психиатрические диспансеры, психиатрические кабинеты при территориальных многопрофильных поликлиниках. Принцип диспансеризации в психиатрии является доминирующим в оказании психиатрической помощи. Он заключается в том, что все психически больные состоят на диспансерном учете. Участковый (районный) психиатр разделяет психически больных, проживающих на закрепленной за ним территории по группам динамического учета. Выделяют несколько групп динамического учета:

- 1-я группа учета – больные, нуждающиеся в активной терапии заболевания. Это пациенты, находящиеся на больничном листе, пациенты с обострением заболевания и показаниями к госпитализации до стационирования, либо стабилизации психического состояния, а также пациенты, выписанные из стационара и нуждающиеся в продолжении лечения. Частота наблюдения пациентов первой группы диспансерного учета участковым психиатром 1 раз в 5-7 дней.
- 2-я группа учета – психически больные, в состоянии декомпенсации, которую можно купировать в амбулаторных условиях. Частота наблюдения за больными данной группы – 1 раз в 15-30 дней.
- 3-я группа учета – психически больные, в состоянии компенсации, нуждающиеся в поддерживающем лечении. Частота наблюдения этих больных 1 раз в 2-3 месяца.
- 4-я группа учета – группа контрольного наблюдения, в которую включаются больные в состоянии ремиссии или стойкой компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией. Большинство больных этой

Репозиторий ВГУ

группы при стабильном статусе снимаются с диспансерного учета в связи с выздоровлением или переводятся на консультативное наблюдение в связи со стойким улучшением состояния. Частота наблюдения за больными данной группы – 6 – 12 месяцев. Сюда относятся также больные с пограничными психическими расстройствами (компенсированные невротические состояния, расстройства личности, умственная отсталость) в состоянии стойкой компенсации, не принимающие амбулаторного лечения.

- 5-я группа – больные, в настоящее время находящиеся на стационарном лечении в психиатрической больнице (после выписки из стационара участковый психиатр определяет по какой группе их наблюдать).
- группа консультативного учета – пациенты, обратившиеся к психиатру по поводу пограничного расстройства, чье состояние не квалифицируется, как требующее активного вмешательства.

Кроме того выделяют следующие категории больных:

- группа «Спецучет» (СУ), в которую включены больные, совершившие в прошлом общественно опасные действия, предусмотренные уголовным кодексом и признанные невменяемыми с применением к ним мер медицинского характера, ранее, до установления у них психического заболевания, отбывавшие наказание за совершение преступления, а также пациенты, в структуре заболевания которых есть психические расстройства, обусловливающие потенциальную общественную опасность (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда и др.). Наблюдение за пациентами группы СУ осуществляется по первой или второй группе диспансерного учета, но не реже 1 раза в месяц. Перевод на менее активное наблюдение – только после исключения из группы «Спецучет».
- Группа «СП» − больные с суицидальным поведением. Это пациенты, совершившие парасуицид с реальной угрозой для жизни, либо пациенты, совершавшие парасуицид повторно с демонстративной целью. Наблюдение за пациентами данной категории – по 1-й – 3-й группам динамического учета, но не реже 1 раза в 3 месяца.
- Группа «ЧиДБ» − «Часто и длительно болеющие». Сюда включаются пациенты, два и более раз в год, получающие стационарное лечение, имеющие высокий риск выхода на инвалидность.
- Группа «СоРМ» − «Социально-реабилитационные мероприятия». Включает пациентов на переходных этапах различных ступеней социально-трудовой реабилитации (намеченные для направления в лечебно-производственные мастерские, намеченные для перевода со второй на третью группу инвалидности и дальнейшего трудоустройства, а также больные с нестойкой социально-трудовой адаптацией).

При изменении психического состояния (например, обострение заболевания, или, наоборот, компенсация психических расстройств) психиатр может переводить пациента из одной в другую группу диспансерного наблюдения.

Репозиторий ВГУ

Кроме участковых психиатров в психиатрических диспансерах работают детские и подростковые психиатры, осуществляющие психиатрическую помощь детскому и подростковому населению.

В структуру психиатрической помощи входят психиатрические стационары, где осуществляется стационарная психиатрическая помощь, а также специализированные стационары или отделения для проведения принудительного лечения больным, признанным невменяемыми.

Наряду с психиатрической помощью в структуре министерства здравоохранения, некоторые виды помощи осуществляются в структуре других ведомств – министерство социального обеспечения (проведение трудовой психиатрической экспертизы, интернаты для больных с хроническими психическими расстройствами), в министерстве образования (реабилитационные центры для детей, вспомогательные школы и пр.). Проведением судебно-психиатрических экспертиз занимается судебно-психиатрическая экспертная комиссия в составе Бюро судебных экспертиз. Консультативно методическую помощь региональным психиатрическим учреждениям осуществляют кафедры психиатрии медицинских ВУЗов.

Основные положения закона о психиатрической помощи

Законодательной базой психиатрической помощи является Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи».

Он определяет правовые основы государственного регулирования оказания психиатрической помощи, гарантий и прав граждан при ее оказании и порядок защиты их прав. Основные положения закона оговаривают порядок проведения психиатрического освидетельствования, госпитализацию больных в психиатрический стационар и вопросы, связанные с сохранением информации о психическом состоянии граждан.

1. Психиатрическое освидетельствование – осмотр гражданина, проводимый амбулаторно или стационарно с целью определения, страдает ли гражданин психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о видах такой помощи. Оно проводится в следующем порядке:

- гражданина – по его просьбе или с его согласия,
- несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя,
- гражданина, признанного недееспособным – по просьбе или с согласия его законного представителя.

2. Госпитализация больных в психиатрический стационар осуществляется при наличии у гражданина психического расстройства и решения врача-психиатра о проведении обследования и (или) лечения в условиях стационара.

Госпитализация осуществляется добровольно по письменной просьбе или с письменного согласия гражданина. Решение о принудительной

Репозиторий ВГУ

госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, принимается врачом психиатром. В течение первых суток больной должен быть осмотрен ВКК данного стационара для решения вопроса о продлении госпитализации или необходимости выписки больного.

3. Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения его за психиатрической помощью и лечения в психиатрическом учреждении, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются *профессиональной тайной, охраняемой законом*.

Представление сведений о состоянии психического здоровья гражданина либо об обследовании его врачом-психиатром допускается в следующих случаях, за исключением сведений личного характера:

- государственным органам, контролирующим оказание психиатрической помощи,
- судебным и правоохранительным органам, в случаях, предусмотренных законодательством,
- специалистам, привлеченным из других медицинских учреждений для решения вопросов диагностики, лечения, экспертизы, реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами,
- научным работникам и специалистам, работающим в области преподавания, лечения или оказания иной помощи гражданам, страдающим психическими расстройствами.

Организация и проведение психиатрических экспертиз

При временной утрате трудоспособности психически больные получают больничный лист, который при наличии показаний может продлеваться на срок до 10 месяцев. При стойком снижении или утрате трудоспособности больному определяется одна из трех групп инвалидности. Решение этого вопроса осуществляется специализированными комиссиями на основе степени утраты больным способности к труду, ее стойкости и необратимости.

I группа инвалидности устанавливается при наличии социальной недостаточности, требующей социальной защиты и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма. Такие больные не только не могут работать, но нуждаются в уходе или надзоре. Чаще это больные с глубоким слабоумием, в конечных состояниях шизофрении.

II группа устанавливается при стойко выраженном расстройстве функции организма, которое приводит к невозможности работать, либо обучаться. Больные 2-й группы по психическому заболеванию могут работать лишь в специализированных условиях – в лечебно-производственных мастерских.

При назначении III группы инвалидности комиссия основывается на том, что вследствие психического расстройства больной не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу.

Репозиторий ВГУ

Группа инвалидности может устанавливаться на срок один, два года, либо пожизненно.

Лекция 4. Принципы современной классификации психических расстройств. Основные психопатологические синдромы

Синдром – устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенетическим механизмом.

«Распознавание любой болезни, в том числе психической, начинается с симптома. Однако симптом − признак многозначный, и на его основании диагностировать болезнь невозможно. Отдельный симптом приобретает диагностическое значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами, то есть в симптомокомплексе – синдроме» (А.В. Снежневский, 1983).

Диагностическое значение синдрома обусловлено тем, что входящие в него симптомы находятся в закономерной внутренней связи. Синдром – это статус больного в момент осмотра.

Современные *классификации синдромов* строятся по принципу уровней или «регистров», впервые выдвинутых Э. Крепелином (1920). Согласно этому принципу, синдромы группируются в зависимости от степени тяжести патологических процессов. Каждый уровень включает несколько различных по своим внешним проявлениям синдромов, но уровень глубины расстройств, лежащих в их основе, примерно одинаков.

По степени тяжести выделяют 5 уровней синдромов.

1. Невротические и неврозоподобные синдромы.

- Астенический;
- Обсессивный;
- Истерический;

2. Аффективные синдромы.

- Депрессивный;
- Маниакальный;
- Апато-абулический;

3. Бредовые и галлюцинаторные синдромы.

- Паранойяльный;
- Параноидный;
- Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо) ;
- Парафренный;
- Галлюцинозы;

4. Синдромы двигательных и волевых расстройств

- Кататонический синдром;
- Гебефренический синдром.

Репозиторий ВГУ

5. Синдромы нарушенного сознания.

- Делириозный;
- Онейроидный
- Аментивный;
- Сумеречное помрачение сознания;

6. Амнестические синдромы.

- Психоорганический;
- Корсаковский синдром;
- Деменции.

1. Невротические и неврозоподобные синдромы

Состояния, проявляющиеся функциональными (обратимыми) непсихотическими нарушениями. Они могут иметь разную природу. Больной, страдающий неврозом (психогенным расстройством), испытывает постоянный эмоциональный стресс. Его ресурсы, защитные силы, истощаются. То же самое происходит у пациента, страдающего практически любым соматическим заболеванием. Поэтому многие симптомы, наблюдаемые при *невротических и неврозоподобных синдромах* сходны. Это быстрая утомляемость с чувством психологического и физического дискомфорта, сопровождающиеся тревогой, беспокойством с внутренней напряженностью. При малейших поводах они усиливаются. Они сопровождаются эмоциональной лабильностью и повышенной раздражительностью, ранней бессонницей, отвлекаемостью внимания и.т.д.

Невротические синдромы − психопатологические синдромы, при которых наблюдаются расстройства, свойственные неврастении, неврозу навязчивых состояний или истерии.

- *Астенический синдром (астения)* − состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.

Повышенная утомляемость при астении всегда сочетается со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Они пытаются усилием воли заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове, непроизвольно, появляются совсем другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем они занимаются. Уменьшается число представлений. Затрудняется их словесное выражение: не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость. Сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить. Больные досадуют на свою несостоятельность. Одни делают перерывы в работе, но кратковременный отдых не улучшает их самочувствия. Другие стремятся усилием воли перебороть возникающие затруднения, пытаются разбирать

Репозиторий ВГУ

вопрос не в целом, а по частям, но результатом оказывается или еще большая утомляемость, или разбросанность в занятиях. Работа начинает казаться непосильной и неодолимой. Появляется чувство напряженности, беспокойства, убежденность в своей интеллектуальной несостоятельности.

Наряду с повышенной утомляемостью и непродуктивностью интеллектуальной деятельности при астении всегда утрачивается психическая уравновешенность. Больной легко теряет самообладание, становится раздражительным, вспыльчивым, ворчливым, придирчивым, вздорным. Настроение легко колеблется. И неприятные, и радостные события нередко влекут за собой появление слез (раздражительная слабость).

Часто наблюдается гиперестезии, т.е. непереносимость громких звуков и яркого света. Утомляемость, психическая неуравновешенность, раздражительность сочетаются при астении в различных соотношениях.

Астении почти всегда сопутствуют вегетативные нарушения. Нередко они могут занимать в клинической картине преобладающее положение. Наиболее часто встречаются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: колебания уровня артериального давления, тахикардия и лабильность пульса, разнообразные неприятные или просто болевые ощущения в области сердца.

Нередки диспептические расстройства − снижение аппетита, боли по ходу кишечника, спастические запоры. У мужчин часто возникает снижение потенции. У многих больных можно выявить разнообразные по проявлениям и локализации головные боли. Нередко жалуются на чувство тяжести в голове, сжимающие головные боли.

Расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностью последующего засыпания, ранним пробуждением. После сна не чувствуют себя отдохнувшими. Может наблюдаться отсутствие чувства сна в ночное время, хотя на самом деле ночью больные спят. С углублением астении, а особенно при физических или психических нагрузках, возникает чувство сонливости в дневное время, без того, однако, чтобы одновременно улучшился ночной сон.

Как правило, симптомы астении менее выражены или даже (в легких случаях) совсем отсутствуют в утренние часы и, напротив, усиливаются или появляются во вторую половину дня, особенно к вечеру. Одним из достоверных признаков астении является состояние, при котором наблюдается относительно удовлетворительное самочувствие с утра, ухудшение наступает на работе и к вечеру достигает максимума. В связи с этим, для выполнения какой-либо домашней работы больной предварительно должен отдохнуть.

Симптоматология астении отличается большим разнообразием, что обусловливается рядом причин. Проявления астении зависят от того, какое

Репозиторий ВГУ

из основных расстройств, входящих в ее структуру, является преобладающим.

Если в картине астении преобладает вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться, т.е. симптомы раздражения, − говорят об *астении с гиперстенией*. Это − наиболее легкая форма астении.

В тех случаях, когда в картине доминируют утомляемость и чувство бессилия, астению определяют как *гипостеническую*, наиболее тяжелую астению. Нарастание глубины астенических расстройств приводит к последовательной смене более легкой гиперстенической астении стадиями более тяжелыми. При улучшении психического состояния гипостеническая астения сменяется более легкими формами астении.

Клиническая картина астении определяется не только глубиной существующих расстройств, но и такими двумя важными факторами, как конституциональные особенности больного и этиологический фактор. Очень часто оба эти фактора тесно переплетаются. Так, у личностей с эпилептоидными чертами характера астения отличается выраженной возбудимостью и раздражительностью; у лиц с чертами тревожной мнительности возникают различные тревожные опасения или навязчивости.

Астения - самое общее и наиболее часто встречающееся психическое расстройство. Его можно встретить при любом психическом и соматическом заболевании. Она часто сочетается с другими невротическими синдромами Астению необходимо дифференцировать с депрессией. Во многих случаях различить эти состояния очень трудно, в связи с чем используется термин астено-депрессивныйсиндром.

- *Обсессивный синдром* (синдром навязчивых состояний) − психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости (т.е. непроизвольно возникающих в сознании тягостных и неприятных мыслей, представлений, воспоминаний, страхов, влечений, действий, к которым сохраняется критическое отношение и стремление им противостоять). Наблюдается у тревожно−мнительных личностей в период астении и воспринимается больными критично.

Обсессивному синдрому часто сопутствуют субдепрессивное настроение, астения и вегетативные расстройства. Навязчивости при обсессивном синдроме могут ограничиться одним каким-нибудь видом, например, навязчивым счетом, навязчивыми сомнениями, явлениями умственной жвачки, навязчивыми страхами (фобиями) и т.д. В других случаях одновременно сосуществуют самые различные по своим проявлениям навязчивости. Возникновение и продолжительность навязчивостей различны. Они могут развиваться исподволь и существовать непрерывно длительное время: навязчивый счет, явления умственной жвачки и т.д.; они могут появляться внезапно, продолжаться короткий период времени, в ряде случаев возникать сериями, напоминая тем самым пароксизмальные расстройства.

Репозиторий ВГУ

Обсессивный синдром, при котором навязчивые явления возникают в форме отчетливых приступов, нередко сопровождается выраженными вегетативными симптомами: побледнением или покраснением кожных покровов, холодным потом, брадикардией, ощущением нехватки воздуха, усиленной перистальтикой кишечника, полиурией и т.д. Могут наблюдаться головокружения и ощущения дурноты.

Обсессивный синдром представляет собой частое расстройство при пограничных психических заболеваниях, расстройствах зрелой личности (обсессивно-компульсивное расстройство личности), при депрессиях у тревожно-мнительных личностей.

- *Истерический синдром* − симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений, часто возникает у незрелых, инфантильных, эгоцентричных личностей после психической травмы. Часто это личности художественного склада, склонные к позерству, лживости, демонстративности.

Такие лица стремятся всегда быть в центре внимания и быть замеченными окружающими. Им все равно, какие чувства они вызывают у окружающих, главное, что бы никого вокруг не оставить равнодушным.

Психические расстройства проявляются, прежде всего, неустойчивостью эмоциональной сферы: бурными, но быстро сменяющими друг друга чувствами возмущения, протеста, радости, неприязни, симпатии и т.д. Мимика и движения выразительны, чрезмерно экспрессивны, театральны.

Характерна образная, нередко патетически – страстная речь, в которой на первом плане находится «Я» больного и стремление любой ценой убедить собеседника в истинности того, во что верят и что хотят доказать.

Всегда события излагаются таким образом, что у слушающих должно создаться впечатление, что сообщаемые факты – истина. Чаще всего излагаемые сведения преувеличиваются, нередко извращаются, в ряде случаев представляют собой заведомую ложь, в частности в форме оговора. Неправда может хорошо осознаваться больным, но нередко в нее верят, как в непреложную истину. Последнее обстоятельство связано с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью больных.

Истерическая симптоматики может быть любая и появляется по типу «условной желаемости» для больного, т.е. приносит ему определенную выгоду (например, выход из тяжелой ситуации, уход от действительности). Другими словами можно сказать, что истерия это – «бессознательное бегство в болезнь».

Слезы и плач, порой быстро проходящие, − частые спутники истерического синдрома. Вегетативные расстройства проявляются тахикардией, перепадами артериального давления, одышкой, ощущениями сжатия горла − т. н. истерический ком, рвотой, покраснением или побледнением кожных покровов и т.д.

Репозиторий ВГУ

Большой истерический припадок встречается очень редко, и обычно при истерическом синдроме, возникающем у лиц с органическими поражениями центральной нервной системы. Обычно же двигательные расстройства при истерическом синдроме ограничиваются тремором конечностей или же всего тела, элементами астазии-абазии – подкашивание ног, медленное оседание, трудность ходьбы.

Встречаются истерическая афония – полная или частичная; истерический мутизм и заикание. Истерический мутизм может сочетаться с глухотой − сурдомутизм.

Изредка можно встретить истерическую слепоту, обычно в форме выпадения отдельных полей зрения. Расстройства кожной чувствительности (гипестезия, анестезия) отражают «анатомические» представления больных о зонах иннервации. Поэтому расстройства захватывают, например, целиком части или целую конечность на одной и другой половинах тела. Наиболее выражен истерический синдром при истерических реакциях в рамках психопатий, истерическом неврозе и реактивных состояниях. В последнем случае истерический синдром может смениться состояниями психоза в форме бредоподобных фантазий, пуэрилизма и псевдодеменции.

2. Аффективные синдромы

Эти синдромы являются выражением следующего, более глубокого уровня расстройства психической деятельности. При аффективных синдромах наступает изменение работы головного мозга на диэнцефальном уровне, регулирующего биотонус организма, настроение и темп психических процессов.

Аффективные (эмоциональные) синдромы − психопатологические состояния в форме стойких изменений настроения, чаще всего проявляющихся его снижением (депрессия) или повышением (мания) и апатоабулическим синдромом.

Депрессия и мания − наиболее распространенные психические расстройства. По частоте они занимают в клинике большой психиатрии первое место и очень часты при пограничных психических заболеваниях. Аффективные синдромы постоянно встречаются в дебютах психических болезней, могут оставаться преобладающим нарушением на всем их протяжении, а при усложнениях заболевания − длительно сосуществовать с различными другими, более тяжелыми психопатологическими расстройствами. При обратном развитии картины болезни депрессия и мания часто исчезают последними.

- ***Депрессивный синдром*** характеризуется группой основных признаков:

1. Беспричинно сниженным, подавленным настроением с чувством тоски;
2. Психомоторной заторможенностью;
3. Замедленным темпом мышления;

Репозиторий ВГУ

4. Соматическими и вегетативными, расстройствами.

Угнетенное, подавленное настроение у больных сочетается с утратой интереса к окружающему. Они испытывают тяжесть «на душе», в области груди, шеи, в голове, чувство тоски или душевной боли, которую они переживают как более мучительную, чем боль физическую. Депрессивный тоскливый аффект (при достаточной его выраженности) захватывает поле сознания, всецело определяя мышление и поведение больных, которые утрачивают интерес к окружающему, во всем видят плохое для себя предзнаменование, источник неудачи и страданий, весь мир воспринимают в мрачном свете. Они склонны во всем винить себя, полны чувства бесперспективности и не видят выхода из создавшегося положения.

Внешний вид больных соответствует их тяжелому душевному состоянию: поза согбенная, голова опущена, выражение лица скорбное, взор потухший. В таком состоянии больные не способны радоваться даже очень хорошим важным для них событиям, т. е. недоступны противоположным аффектам. Они выглядят явно старше своего возраста.

Двигательная заторможенность обычно достаточно выражена. Больные малоподвижны, большую часть времени лежат или сидят в характерной согбенной позе. В одних случаях двигательная заторможенность выражена нерезко, в других − резко, достигая предельной степени в виде депрессивного «ступора», время от времени прерываемого взрывом двигательного возбуждения − меланхолическим раптусом. Двигательная заторможенность, как, впрочем, и вся депрессивная симптоматика, будучи ярко выраженной в утренние часы, к вечеру заметно ослабевает. Больные жалуются, что памяти не стало, нет сил и желания что-либо делать, «все валится из рук»,«разучилась работать» и т. п., что является следствием распада как сложных, так даже и простых навыков, двигательных условных рефлексов.

Бросается в глаза выраженное замедление мышления, протекания ассоциативных процессов. Больные молчаливы, говорят мало, тихим голосом, на вопросы отвечают с большой задержкой, чаще одним коротким словом, иногда лишь кивком головы. Характерны идеи самообвинения, больные погружены в мир печальных переживаний, собственной «порочности», «никчемности» и бесперспективности, жалуются, что в голове «одна мысль» и т. п.

Пониженная самооценка нередко достигает степени бредоподобных идей самоуничижения и самообвинения, когда больные определяют себя как серых, бесталанных, бездарных людей; приписывают себе разнообразные пороки, оговаривают в мнимых «преступлениях», называют преступником, привлекая для обоснования этого мелкие промахи и ошибки прошлого.

Часто у больных возникает *ипохондрический бред* на фоне тоскливого или тревожно тоскливого настроения. Больные утверждают, что стра-

Репозиторий ВГУ

дают неизлечимой болезнью (сифилисом, раком) и жалуются на слабость и бессилие. Иногда больные заявляют об изменении, истончении и атрофии их внутренних органов: пищевод истончился, желудок не переваривает пищу, кишечник «остановился», таким образом постепенно развивается бред Котара (описан около ста лет назад). Больные утверждают, что внутренние органы у них сгнили, желудок, пищевод и кишечник отсутствуют (нигилистический вариант бреда Котара).

В других случаях больные утверждают, что их муки бесконечны, что будут проходить сотни и тысячи лет, а смерть, которая могла бы избавить их от страданий, никогда не придет, они бессмертны (бред мучительного бессмертия);

Иногда, в случаях (где сначала доминировали идеи греховности, собственной малоценности и виновности) больные заявляют, что они − самые страшные преступники, каких еще не знало человечество, что таких людей еще не было и больше никогда не будет на свете (бред громадности, бред собственной отрицательной исключительности). Этот (самый тяжелый и неблагоприятный) вариант депрессии встречается чаще при психозах позднего возраста (инволюционных, сосудистых, органических) и примерно лишь в четверти случаев допускает выздоровление.

Для эндогенной депрессии характерны:

- ✓ суточные колебания настроения (тоскливое настроение утром и улучшение состояние к вечеру);
- ✓ нарушения сна (ранние пробуждения, в 4-5часов утра, иногда пациенты утверждают, что ночью не спали ни минуты – «отсутствие чувства сна»);
- ✓ соматовегетативные нарушения.

Аппетит резко снижен или полностью отсутствует. Масса тела больных уменьшается, кожа бледная, цвет лица землистый, слизистые оболочки сухие. Угнетены также половые и другие инстинктивные побуждения. У мужчин отсутствует либидо, у женщин развивается аменорея. Как отражение остроты состояния наблюдается периферическая симпатикотония. Описывается характерная триада Протопопова: тахикардия, расширение зрачка, и запор. Характерен и внешний вид больного. Кожные покровы сухие, бледные, шелушащиеся. Снижение секреторной функции желез выражается в отсутствие слез. Нередко отмечается выпадение волос и ломкость ногтей. Снижение тургора кожи выражается в том, что углубляются морщины и больные выглядят старше своих лет. Повышается артериальное давление.

Суицидные мысли − наиболее опасный симптом депрессивных состояний. Ему обычно предшествует более легкое расстройство этого рода − мысли о нежелании жить, когда больной конкретных планов покончить с собой еще не имеет, но не сожалел бы, если бы ему пришлось расстаться с жизнью по независящим от него обстоятельствам. Это как бы пассивный

Репозиторий ВГУ

этап суицидных мыслей. Суицидные мысли встречаются при депрессиях часто, но значительно реже реализуются ввиду двигательной заторможенности и пассивности больных. Этот не всегда высказываемый, но часто переживаемый симптом является абсолютным показанием для госпитализации больных. Это проявление депрессии обычно ярко коррелирует со степенью тоски и подавленности и тесно связано с другими признаками угнетения инстинктивной деятельности и является частным проявлением угнетения самозащитного инстинкта, но ввиду его большого клинического значения выделяется в самостоятельный симптом

В основе ***классификации депрессивных синдромов*** положена их аффективная структура, которая в наибольшей степени определяется патогенетическими механизмами болезненного состояния и служит критерием для выбора адекватной терапии.

Выделяют 4 основных депрессивных синдрома:

1. Тревожно-депрессивный, при котором наряду с тоской отчетливо выражена тревога;

2. Меланхолический, при котором ведущим и наиболее выраженным аффектом является тоска;

3. Анергический, при котором тоска и тревога выражены слабо и в клинической картине выступает на первый план общее снижение активности всех психических процессов;

4. Депрессивно-деперсонализационный - хотя деперсонализация не является аффектом, однако она, возникает в ответ на интенсивную тревогу (а иногда тоску) и блокирует эти и другие аффекты.

1. Тревожно-депрессивный синдром характеризуется значительным удельным весом тревоги, которая наряду с тоской составляет аффективный стержень синдрома. Настроение резко снижено, возможна тоска с витальным компонентом, суточные колебания настроения обычно выражены. В двигательной сфере либо двигательное беспокойство в той или иной степени вплоть до резкой ажитации, либо тревожное оцепенение вплоть до обездвиженности. Как правило, беспокойство отмечается значительно чаще. Депрессивные идеи носят двойственный характер («виновен, но страшусь наказания»), часты ипохондрические идеи. Если имеются навязчивости, то они носят характер фобий. Возможны явления ауто- и соматопсихической деперсонализации. Помимо снижения аппетита, похудания и запоров, отмечаются мышечные спазмы, болевые и неприятные ощущения, которые нередко служат базой для ипохондрических переживаний.

2. Меланхолический синдром (иногда обозначаемый как «простая» или «классическая» депрессия). Он характеризуется отчетливой тоской с суточными колебаниями и витальным компонентом, напряжением, хотя внешние проявления тревоги могут быть незначительными или отсутствовать, психомоторной заторможенностью. Суицидные тенденции, как правило, присутствуют, возможны идеи малоценности, виновности. Обсессии

Репозиторий ВГУ

встречаются редко и носят характер хульных мыслей или навязчивых мыслей о самоубийстве. При тяжелом, напряженном меланхолическом синдроме, как правило, имеются деперсонализационные явления: болезненное бесчувствие, сопровождаемое душевной болью, отсутствие чувства голода, насыщения, иногда сна. Сон тяжелый, с ранними утренними пробуждениями, аппетит резко снижен, наблюдаются похудание, запоры.

3. Анергический синдром − при этом состоянии нет отчетливой тоски и тревоги, настроение нерезко снижено, по утрам несколько в большей степени, нет выраженной психомоторной заторможенности.

Больные жалуются не столько на слабость, сколько на невозможность заставить себя что либо делать, развивается своеобразная психическая инертность, снижается уровень побуждений, возникает ощущение собственного безволия, крайне затруднено принятие решений, простые вопросы становятся проблемами, интересы блекнут. Нарастает ощущение бесперспективности, потери цели, собственного бессилия, беспомощности, утрачивается способность испытывать радость. Идеи малоценности обычно возникают лишь как результат неудач, неспособности справиться с возникающими задачами, идей виновности нет, часто чувство зависти к окружающим, «даже к инвалидам, калекам» и жалость к себе.

Соматические симптомы депрессии выражены слабо, может даже не быть значительного снижения аппетита и потери массы тела, есть больным не хочется, но они заставляют себя. Суицидных намерений, как правило, нет, хотя больные часто говорят, что жить не хочется. Возможны обсессий, которые обычно носят характер навязчивых сомнений, ипохондрические идеи, но эти симптомы необязательны.

4. Депрессивно-деперсонализационный синдром существенно отличается по структуре от других депрессивных синдромов, наблюдаемых в рамках эндогенной депрессии, характер которых определяется интенсивностью и соотношением аффектов тоски и тревоги. Его отличает присутствие деперсонализации, которая занимает ведущее место в клинической картине и блокирует аффект тоски и тревоги.

Такие больные не жалуются на сниженное настроение, заявляя, что они вообще не чувствуют никакого настроения, что настроение полностью отсутствует. При достаточно выраженной деперсонализации собственно депрессивная симптоматика зашторивается: мимика скорее отсутствующая, чем печальная, обычна гипомимия, глаза не тусклые, запавшие, как при меланхолическом синдроме, а блестящие, малоподвижные, слегка экзофтальмированные. Во время беседы больные могут улыбаться вежливой, привычной, ничего не выражающей улыбкой, которая иногда вводит в заблуждение врача относительно глубины депрессии и опасности суицида. Отчетливой психомоторной заторможенности нет. Исчезает ощущение привязанности, любви, тепла по отношению к близким, особенно детям,

Репозиторий ВГУ

что в еще большей степени усиливает чувство душевной боли, вызванное отсутствием эмоций.

Все кругом перестает трогать, воспринимается как бы через пленку, соматопсихическая деперсонализация проявляется в отсутствии чувства голода, насыщения, позывов к дефекации, ощущения облегчения после нее, отсутствии чувства сна, частичной или полной анальгезии. Все же в большинстве случаев деперсонализация не достигает такой степени, чтобы полностью блокировать тоску, и больные, наряду с бесчувствием, могут ощущать и достаточно отчетливо выраженное снижение настроения. Кроме того, они нередко испытывают различные необычные тактильные ощущения, которые вместе с соматопсихической деперсонализацией служат базой для возникновения ипохондрических идей. При достаточно тяжелом меланхолическом или тревожно – депрессивном синдроме почти всегда обнаруживаются явления деперсонализации ауто- и, чаще, соматопсихической, но они не доминируют в клинической картине.

- ***Маниакальный синдром*** характеризуется триадой основных симптомов:

1.Беспричинным и стойким повышенным настроением;

2.Ускорением темпа мышления;

3.Психомоторным возбуждением.

Все переживания больных окрашены только в приятные тона. Больные беззаботны, у них нет проблем. Забываются прошлые неприятности и несчастья, не воспринимаются отрицательные события настоящего, будущее рисуется только в радужных красках. Правда, веселое и доброжелательное настроение больных временами, особенно под влиянием внешних причин (нежелание больных подчиняться указаниям персонала, споры с окружающими и т.д.), сменяется раздражением и даже гневом, но это обычно лишь вспышки, быстро исчезающие, особенно если заговорить с больными миролюбивым тоном.

Собственное физическое самочувствие представляется больным превосходным, ощущение избытка энергии − постоянное явление. Возможности реализовать многочисленные планы и желания кажутся неограниченными, препятствий для их осуществления не видят. Всегда повышено чувство собственного достоинства. Легко возникает переоценка своих возможностей − профессиональных, физических, связанных с предприимчивостью и т.д. Одних больных на какое-то время удается разубедить в преувеличенности их самооценок. Другие непоколебимо уверены в том, что они действительно способны совершить открытие, провести в жизнь важные социальные меры, занять высокое общественное положение и т.п. Чаще это наблюдается у больных зрелого и пожилого возраста. Обычно бредоподобные идеи немногочисленны, представляют собой констатацию

Репозиторий ВГУ

факта и лишь относительно редко сопровождаются какими-либо доказательствами.

Больные говорят много, громко, быстро, часто не переставая. При продолжительном речевом возбуждении голос становится хриплым или сиплым. Содержание высказываний непоследовательно. Легко перескакивают от одной темы к другой, постоянно отклоняясь от основного предмета разговора. Наблюдается повышенная отвлекаемость внимания больных на всякие внешние, даже незначительные раздражители. При усилении речевого возбуждения не успевающая закончиться мысль уже сменяется другой, вследствие чего высказывания становятся отрывочными (скачка идей). Речь перемежается шутками, остротами, каламбурами, иностранными словами, цитатами. Ассоциации поверхностны (по созвучию). Нередко употребляются крепкие слова и выражения. Речь прерывается неуместным смехом, посвистыванием, пением. В беседе больные легко и быстро парируют задаваемые им вопросы и сами сразу же овладевают инициативой. Отмечается усиление памяти (гипермнезия).

Характерен внешний облик больных. Глаза блестят, лицо гиперемировано, при разговоре изо рта часто вылетают брызги слюны. Мимика отличается живостью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнуто выразительны. Больные нередко совершенно неспособны усидеть на месте. Во время бесед с врачом они меняют позу, вертятся, вскакивают с места, нередко начинают ходить и даже бегать по кабинету. Могут есть стоя, торопливо глотая плохо пережеванную пищу. Аппетит обычно значительно повышен. Как у мужчин, так особенно у женщин усиливается половое влечение. Нарастание симптомов маниакального возбуждения обычно происходит к вечеру. У одних больных в ночное время наблюдается бессонница, другие спят мало, но крепко.

В зависимости от преобладания в картине маниакального состояния тех или иных расстройств выделяют отдельные формы мании:

- ✓ «солнечная» мания − повышенно оптимистическое настроение с умеренным речевым и двигательным возбуждением;
- ✓ «гневливая» мания − сочетание повышенного настроения с недовольством, придирчивостью, раздражением;
- ✓ «спутанная» мания − возникновение на фоне повышенного настроения бессвязного речевого и беспорядочного двигательного возбуждения.

• ***Апатико-абулический синдром*** −проявляется выраженными эмоциональной тупостью, абулией. Равнодушие и безразличие делают больных достаточно спокойными. Они малозаметны в отделении, много времени проводят в постели или сидя в одиночестве, могут также часами находиться у телевизора. При этом оказывается, что они не запомнили ни одной просмотренной передачи. Лень сквозит во всем их поведении: они не умываются, не чистят зубы, отказываются идти в душ и стричь волосы. Ложат-

Репозиторий ВГУ

ся в постель одетыми, потому что им лень снимать и надевать одежду. Их невозможно привлечь к деятельности. Беседа не вызывает у больных интереса. Говорят они монотонно, часто отказываются от разговора, заявляя, что устали. Если врачу удается настоять на необходимости диалога, нередко оказывается, что больной может в течение долгого времени разговаривать, не проявляя признаков усталости. В беседе выясняется, что пациенты не испытывают никакого страдания, не чувствуют себя больными, не предъявляют никаких жалоб.

Апатико-абулический синдром служит проявлением негативной симптоматики и не имеет тенденции к обратному развитию. Чаще всего причиной апатии и абулии являются конечные состояния при шизофрении, при которой эмоционально-волевой дефект нарастает постепенно − от легкого равнодушия и пассивности до состояний эмоциональной тупости. Другая причина возникновения апатико-абулического синдрома − органическое поражение лобных долей мозг, (травма, опухоль, атрофия и др.).

3. Галлюцинаторно-бредовые синдромы

Эта обширная и неоднородная группа психопатологических состояний является выражением следующего по глубине и широте уровня расстройств психической деятельности.

- ***Паранойяльный синдром*** проявляется систематизированным монотематическим бредом, не сопровождающимся ни галлюцинациями, ни психическими автоматизмами, ни нарушениями памяти. Это могут быть бредовые идеи изобретательства, реформаторства, преследования, ревности. Бред развивается постепенно, на основе одностороннего истолкования реальных жизненных событий, которые ввязываются больным и приводятся в упорядоченную систему взглядов, приобретающую в сознании больного значение доминанты. Все происходящее преломляется через призму этих взглядов, соответственно оценивается, принимается или отвергается больным. Больные с паранойяльным синдромом отличаются стеничной аффективностью и большой активностью в плане реализации своих «изобретений», разоблачения неверной супруги, борьбы со своим «преследователям» и т. д.

Развернутый паранойяльный синдром постоянно сочетается с повышенной активностью. У больных с экспансивным бредом обычно наблюдается открытая борьба за свои мнимые права и достижения. В такой борьбе больные способны индуцировать других людей, в первую очередь из числа лиц ближайшего окружения. У больных с паранойяльным бредом такая борьба нередко носит скрытый характер и способна завершиться внезапным нападением на мнимых противников. Бредовое поведение при паранойяльном синдроме обычно свидетельствует о достаточно систематизированном бреде.

Репозиторий ВГУ

Больным с паранойяльным синдромом свойственна обстоятельность мышления − бредовая обстоятельность, наиболее отчетливо проявляющаяся при изложении содержания бредовых идей. Паранойяльный бред плохо поддается лечению.

• ***Параноидный синдром*** встречается наиболее часто и характеризуется несистематизированным политематическим бредом, сочетающимся с обманами восприятия (чаще всего в виде вербальных, реже - обонятельных или тактильных галлюцинаций) и, часто, с теми или иными явлениями психического автоматизма. В содержании бреда представлены идеи отношения, преследования, отравления, ущерба, внешнего воздействия, иногда идеи колдовства, порчи, в некоторых случаях ипохондрические. Тематика бреда, содержание галлюцинаций и характер психических автоматизмов тесно связаны между собой. Этот синдром наблюдается как в рамках острых психотических приступов (острый параноид) так и при хронических психических заболеваниях. Параноидный синдром может протекать на фоне измененного депрессивного настроения или тревоги и сопровождаться бредовыми идеями соответствующего содержания.

• ***Синдром психического автоматизма*** или Кандинского-Клерамбо. Ядром психической картины служат разнообразные психические автоматизмы (мыслительные, чувственные, двигательные), в сочетании с бредом физического или психического воздействия.

Первое всестороннее описание симптоматологии данного расстройства принадлежит В.Х. Кандинскому (1885). Выделяют три вида психических автоматизмов:

1) Ассоциативный (идеаторный, идеовербальный);

2) Сенсорный (сенестопатический, чувственный);

3) Двигательный (моторный, кинестетический).

1) Ассоциативные психические автоматизмы проявляются в наплывах мыслей (ментизм), «разматывание» воспоминаний, «похищение» мыслей больного или их «озвучивание», «вкладывание» ему чужих «сделанных» мыслей, чувство «открытости» мыслей больного для окружающих и «чтения» его мыслей другими, «эхо-мысли».

2) К указанным симптомам примыкают явления сенсорного автоматизма (чувство сделанности, навязанности извне биологических процессов) Может проявляться насильственными изменениями в аффективной сфере – «делают настроение», «вызывают радость, злобу, печаль, страх, восторг» и т.д.

Сенсорный автоматизм проявляется возникновением, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных или болевых ощущений, сопровождаемых убежденностью в том, что они вызываются со специальной целью воздействием извне − бред физического воздействия. Больные сооб-

Репозиторий ВГУ

щают об ощущениях сдавления, стягивания, перекручивания, натяжения, боли, холода, жжения и т.д. К сенсорному автоматизму относится также и воздействие на физиологические отправления организма больного: вызывают половое возбуждение, извращают аппетит, обоняние, вкус, задерживают или, напротив, вызывают дефекацию и мочеиспускание.

3) Двигательный (моторный) автоматизм− убежденность больных в том, что совершаемые ими движения и поступки происходят под воздействием внешней силы. Вначале появляются отдельные ненужные, непроизвольные жесты или мимические движения, возникают мгновенно проходящие состояния обездвиженности. Их сопровождает ощущение непроизвольности и чуждости субъекту. Развернутый двигательный автоматизм сопровождается бредовой убежденностью в том, что поступки обусловлены воздействием извне.

К двигательному автоматизму относят и психомоторные галлюцинации. Выделяют три степени развития этого расстройства. Вначале при мысленном произнесении слов возникает ощущение движений в губах и языке, остающихся неподвижными. Затем мысленно произносимые слова приобретают звучание, и одновременно с этим начинают испытывать легкое шевеление губ и языка. Наконец, в них возникают настоящие артикуляционные движения, сопровождаемые насильственным произнесением вслух слов или фраз. Психомоторные галлюцинации представляют собой расстройство, в котором объединены ассоциативный и двигательный автоматизм.

Такое отчуждение, чувство утраты принадлежности своему «Я» собственных психических актов интерпретируется больные как результат воздействия посторонней силы − гипнотических, каких-то технических устройств. Больные говорят о воздействии со стороны на их мысли, физические отправления, о действии гипноза, специальных аппаратов, лучей, атомной энергии и т.п.

Псевдогаллюцинации – «ядерное» расстройство синдрома Кандинского − Клерамбо. По определению В.Х. Кандинского (1890), это "весьма живые и чувственные, до крайности определенные образы". Они отличаются от истинных галлюцинации лишь отсутствием характера объективной действительности. Псевдогаллюцинации чаще ограничиваются сферой представлений, но могу проектироваться и вовне, т.е. так же, как и истинные галлюцинации, обладать экстрапроекцией. Псевдогаллюцинации всегда сопровождаются бредовой убежденностью в том, что их возникновение обусловлено вмешательством внешней, посторонней силы − бред воздействия. Воздействие на психические процессы называют бредом психического воздействия. Источником воздействия являются различные приспособления, названия которых отражают существующий уровень технического развития: электричество, радио, лучи рентгена, атомная энергия и др. Воздействие производится с целью нанести больному вред, значитель-

Репозиторий ВГУ

но реже с благожелательной целью − перевоспитать, укрепить волю, подготовить к будущему и т.п. Последующее усложнение идеаторных автоматизмов связано с появлением «мысленных, внутренних диалогов», «мысленных, беззвучных разговоров умом», «телепатического мысленного общения», «передачи мыслей», затрагивающих самые различные, в том числе и интимные, стороны жизни больных. Чаще такие «разговоры» неприятны, временами мучительны и сопровождаются депрессивным аффектом.

• ***Парафренный синдром*** (бред воображения) − представляет собой сочетание фантастического бреда величия с более или менее систематизированным бредом преследования или воздействия. Бредовые идеи постоянно сопровождаются слуховыми галлюцинациями или псевдогаллюцинациями, а также психическими автоматизмами. Нередко наблюдаются и обманы памяти в форме фантастических конфабуляций. Больные считает себя повелителями мира, приписывают себе бессмертие, божественное происхождение, утверждают, что написали под псевдонимами книги всех великих писателей и т.д. С этими грандиозными идеями величия связано и содержание конфабуляций - воспоминания о космических полетах, жизни в античном мире. Настроение больных обычно приподнятое, но встречается и депрессивный вариант этого синдрома - *синдром Котара*: больной считает себя величайшим преступником, источником всего зла на земле, причиной войн, стихийных бедствий, болезней и смертей. Заслуживает в наказание бесконечные мучения, а потому обречен на бессмертие. Одновременно он может утверждать, что у него сгнили внутренние органы, разрушается организм, у него нет мозга или, что он уже умер, превращается в труп и в таком виде будет существовать вечно.

При парафренном синдроме наряду с бредом величия могут возникать идеи богатства, реформаторства, мессианства, высокого происхождения, эротического содержания. Экспансивный бред часто сосуществует с бредом преследования, отравления, физического уничтожения. Больные обвиняют в преследовании, отравлении и т.д. лиц высокого социального происхождения, различные организации государственной власти, международные организации и т.п. Больной всегда находится в центре необычных, а подчас и грандиозных событий.

Больные внешне становятся высокомерны, многозначительны, загадочны, эйфоричны. Развитие парафренного синдрома − свидетельство хронизации и прогрессирования заболевания. Чаще всего парафренный синдром встречается при шизофрении. Изредка хроническая конфабуляторная парафрения возникают при психозах травматического, алкогольного и сифилитического генеза, а также при старческих психозах, чаще при старческом слабоумии.

Репозиторий ВГУ

- ***Галлюцинозы***

В зависимости от вида галлюцинаций или псевдогаллюцинаций выделяют слуховые (вербальные) и значительно более редкие − зрительные, тактильные и обонятельные галлюцинозы; по особенностям развития − острые и хронические галлюцинозы.

Галлюцинозы встречаются при самых различных психических болезнях, как соматически обусловленных, так и эндогенных (шизофрения). В последнем случае наиболее частая форма галлюцинозов − слуховой галлюциноз возникает обычно в тех случаях, когда в прошлом у больных наблюдались хронические или затяжные соматические заболевания (ревматизм, сепсис, длительные нагноительные процессы и т.д.), или интоксикации (алкоголизм), т.е. при наличии «патологически измененной почвы».

Вербальный галлюциноз. Это состояние близкое к параноидному синдрому, при котором слуховые галлюцинации тоже являются обязательными компонентами клинической картины. Однако, если в структуре параноида ведущее значение имеют процессы бредообразования, т.е. расстройства на уровне мышления, то при галлюцинозе главная роль принадлежит расстройствам восприятия в виде постоянных или периодически возникающих, чувственно ярких и обычно множественных вербальных галлюцинаций. Их содержание определяет настроение и поведение больного и может служить отправным пунктом для формирования бреда, который в таком случае будет иметь вторичный характер. Содержание словесных галлюцинаций может быть моно- и политематичным, например, только угрозы или же угрозы, брань, насмешки, увещевание и т.д. В тех случаях, когда существуют истинные словесные галлюцинации, − «голоса» локализуются обычно в пределах «слуховой досягаемости» − на улице, на чердаке, на лестнице, за дверью и т.п. При слуховом псевдогаллюцинозе «голоса», «умственные, мысленные разговоры», локализуются или в голове, или в неопределенном по отношению к больному пространстве.

Реже встречаются галлюцинозы, связанные с другими анализаторами − тактильный галлюциноз, который выражается в появления постоянных мучительных парестезий или зуда в коже в различных частях тела. Эти патологические ощущения больные приписывают мельчайшим – живым существам (насекомым, «червякам», иногда каким-то еще неизвестным науке кожным паразитам), находящимся под кожей, размножающихся там и передвигающихся по организму. Для уничтожения паразитов больные часто прибегают к различным способам «самолечения», порой нелепым и небезопасным. Поскольку тактильные галлюцинации могут дать основу для формирования бредовых идей, о каком-либо кожном заболевании, синдром нередко называют «дерматозойным бредом».

Репозиторий ВГУ

4 Синдромы двигательных и волевых расстройств

К синдромам расстройства двигательной относят *кататонический и гебефренический синдромы*.

- *Кататонический синдром* (кататония) − симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме двигательной заторможенности, молчания, мышечной гипертонии (кататонический ступор), или в форме гиперкинеза (кататоническое возбуждение).

В основе указанных синдромов лежат расстройства психической деятельности, достигающие еще более глубокого уровня и захватывающие, вслед за эмоциональной сферой и познавательными процессами, подсистему волевой регуляции поведения или психомоторику, что проявляется в разнообразных парабулических симптомах. Кататонический синдром проявляется в двух вариантах.

1. *Кататоническое возбуждение* выражается стереотипностью движений, их хаотичностью, вычурностью. Наряду с этим могут неожиданно возникать немотивированные импульсивные действия. Больные внезапно вскакивают, куда-то бегут, нападают на окружающих, в отдельных случаях проявляют чрезмерную ярость, агрессивность, сменяющуюся через непродолжительное время успокоением.

Для кататонического синдрома характерны симптомы эха:

- *эхолалия* − стереотипное повторение услышанных фраз;
- *эхопраксия* − повторение увиденных у окружающих движений;
- *эхомимия* − непроизвольное повторение выражения лица собеседника.

2. *Кататонический ступор* − характеризуется обездвиженностью и мутизмом (отказом от разговора, молчанием). Иногда проявляется в форме восковой гибкости - больному можно придать любую позу, в которой он застывает на длительное время. Нередко при кататоническом ступоре наблюдается:

- *симптомы воздушной подушки* − если убрать из-под головы подушку у лежащего на кровати больного, голова повисает в воздухе, и он остается так лежать продолжительное время;
- *симптом хоботка* − вытянутые вперед губы;
- *симптом капюшона* − натягивание на голову халата при открытом лице;

Кататонический ступор сопровождается соматическими расстройствами. Больные худеют, у них могут наблюдаться симптомы авитаминоза. Конечности цианотичны, на тыльной поверхности стоп и кистей отмечается отечность. На коже возникают эритематозные пятна. Постоянны нарушения секреторных функций: слюнотечение, повышенная потливость, себорея. Зрачки сужены. В ряде случаев наблюдается отсутствие реакции зрачков на болевые раздражители. Артериальное давление снижено.

Репозиторий ВГУ

Кататонический синдром неспецифичен и может наблюдаться в структуре любого психического расстройства (шизофрении, аффективных психозах, олигофрениях и.т.д.).

• ***Гебефренический синдром*** − впервые был описан ученым Геккером в 1871-м. В это время гебефрению еще не относили к формам шизофрении. Она выделялась как отдельное душевное расстройство. Геккер назвал этот синдром гебефренической парафренией. Термин обозначает, что у больных имелся бред величия с признаками перехода к детскому поведению.

Гебефрения – это состояние, при котором отмечается нарушение мыслительного процесса и эмоциональной сферы. Синдром характеризуется изменением поведения пациента. Больные начинают вести себя, как маленькие дети: кривляться, строить рожицы, бегать и т. д. При этом пациент не воспринимает замечаний со стороны других людей (родителей, врачей), может быть агрессивен. Гебефренический синдром практически всегда проявляется при злокачественной шизофрении. Однако ранее этот признак был выделен как самостоятельная патология. С греческого языка синдром переводится как «юность разума». Подразумевается, что при гебефрении человек как бы снова впадает в детство. Однако в отличие от ребенка пациент становится совершенно неуправляемым. Чтобы успокоить больного, приходится прибегать к антипсихотическим лекарственным препаратам. Помимо поведенческих расстройств отмечаются сокращения лицевой мускулатуры. Этот симптом связывают с неврологическими изменениями, наблюдающимися при заболевании.

Чаще всего гебефренический синдром встречается при шизофрении; изредка при эпилепсии в состояниях измененного сознания, психозах, связанных с черепно-мозговой травмой, реактивных и интоксикационных психозах.

5. Синдромы нарушенного сознания. Синдромы нарушенного сознания – это наиболее глубокая степень дезорганизации психической деятельности. При них происходит одновременное нарушение всех психических функций, включая способность к ориентировке в месте, времени, и окружающей обстановке, а иногда и в собственной личности. Главным признаком синдромов нарушенного сознания является утрата связи больного с окружающим.

В то же время всем синдромам нарушенного сознания свойственен ряд общих черт.

О состоянии помрачения сознания свидетельствуют:

1) отрешенность больного от окружающего с неотчетливым, затрудненным, отрывочным его восприятием;

Репозиторий ВГУ

2) различные виды дезориентировки − в месте, времени, окружающих лицах, ситуации, собственной личности, существующие изолированно, в тех или иных сочетаниях или же все одновременно;

3) та или иная степень бессвязности мышления, сопровождаемая слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями;

4) полная или частичная амнезия периода помрачения сознания; сохраняются лишь отрывочные воспоминания наблюдавшихся в тот период психопатологических расстройств − галлюцинаций, бреда, значительно реже − фрагменты событий окружающего.

Главным общим признаком синдромов нарушенного сознания являются утрата связи больного с окружающим миром, выражающаяся в полной или почти полной невозможности восприятия, понимания и запоминания текущих событий. Во время этих состояний мышление дезорганизовано, а после их окончания период нарушенного сознания полностью или частично амнезируется. Синдромы нарушенного сознания правомерно сравнивают с состоянием физиологического сна, т.к. во сне человек тоже теряет на время связь с окружающим миром. Известно, однако, что физиологически сон не является однородным состоянием, в нем четко выделяются две неоднократно сменяющиеся в течение ночи фазы: ортодоксальный или медленный сон, протекающий с признаками замедления активности мозга и лишенный сновидений, и парадоксальный или быстрый сои, протекающий с признаками значительной активации мозга и сопровождающийся сновидениями. Аналогичным образом и среди синдромов нарушенного сознания выделяются *две группы* состояний:

*1.**Синдромы выключенного сознания,*** при которых психическая деятельность до крайности редуцируется или полностью прекращается

*2.**Синдромы помраченного сознания,*** при которых в изолированном от внешнего мира мозге продолжается интенсивная психическая деятельность, в форме во многом напоминающей сновидения.

Синдромы выключенного сознания. В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие стадии выключенного сознания:

1. обнубиляция,
2. оглушение,
3. сопор,
4. кома.

Во многих случаях при утяжелении состояния эти стадии последовательно сменяют друг друга.

1.Обнубиляция – «облачность сознания», «вуаль на сознании». Реакции больных, в первую очередь речевые, замедляются. Появляются рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Часто отмечается беспечность настроения. Такие состояния в одних случаях продолжаются минуты, в других, например, при некоторых начальных формах прогрессивного

Репозиторий ВГУ

паралича или опухолей головного мозга, существуют продолжительные сроки.

2. Оглушение − снижение ясности сознания и одновременное его опустошение. Основные проявления оглушения повышение порога возбудимости для всех внешних раздражителей. Больные безучастны, окружающее не привлекает их внимания. Задаваемые им вопросы больные воспринимают не сразу и способны осмыслить из них лишь сравнительно простые или только самые простые. Мышление замедлено и затруднено. Ответы односложные. Двигательная активность снижена: больные малоподвижны, движения совершаются ими медленно; отмечается двигательная неловкость. Всегда обеднены мимические реакции. Период оглушения обычно полностью или почти полностью амнезируется.

3. Сопор − сопровождается полным прекращением психической деятельности. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесное общение с больным невозможно. Сильные раздражители (яркий свет, сильный звук, болевые раздражения) вызывают недифференцированные, стереотипные защитные двигательные и изредка голосовые реакции.

4. Кома − полная утрата сознания с отсутствием реакции на любые раздражители. Выпадают не только условные, но и безусловные рефлексы: реакция зрачков на свет, мигательный рефлекс, корнеальный рефлекс.

Синдромы выключенного сознания встречается при интоксикациях (алкоголь, угарный газ и т.д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепномозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях центральной нервной системы.

Синдромы помраченного сознания. К ним относят:

1. делирий,
2. аменцию,
3. онейроид,
4. сумеречные состояния.

1. ***Делириозный синдром*** (делирий) − помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, изменчивого аффекта, в котором преобладает страх, двигательное возбуждение. Делирий − самая частая форма помрачения сознания.

Делирий протекает с нарушением ориентировки во времени и окружающем. Ориентировка в собственной личности сохранена. Наблюдаются множественные иллюзии и истинные галлюцинации (зрительные, слуховые, тактильные). Больные испытывают тревогу, страх. Наблюдается двигательное возбуждение, их поведение как правило соответствует содержанию галлюцинаций, чаще устрашающих. Действия имеют оборонительную или агрессивную направленность.

Репозиторий ВГУ

В состоянии делирия наблюдаются все признаки расстройства сознания. Больные настолько погружены в галлюцинаторные переживания, что не сразу слышат обращенную к ним речь. Приходится говорить громче или повторять фразу несколько раз. Предметы реальной обстановки так преображаются в их сознании, что они перестают понимать суть происходящего, не могут разобраться в ситуации, не осознают, что находятся в медицинском учреждении. Мышление становится непоследовательным, хаотичным. По завершении психоза наблюдается частичная амнезия: лучше запоминаются галлюцинаторные образы и плохо − реальные события.

Течение делирия характеризуется рядом особенностей. Хотя этот психоз возникает остро, но симптомы нарастают в определенной последовательности. Для полного формирования психоза требуется от нескольких часов до 2 сутки. Непосредственное его начало обычно связано с приближением вечера и ночи. В развитии делирия выделяют несколько этапов. Ранними признаками начинающегося психоза являются нарастающая тревога, беспокойство, смутное предчувствие угрозы, общее повышение чувствительности *(гиперестезия)*. Больные страдают бессонницей, прислушиваются к случайным звукам в квартире, обращают внимание на мелкие, несущественные детали обстановки. Если они пытаются заснуть, то перед глазами сразу же возникают яркие, пугающие образы *(гипнагогические галлюцинации),* немедленно заставляющие их проснуться. Иногда галлюцинации продолжаются и сразу после пробуждения *(гипнопомпические галлюцинации)*. Тревога все более нарастает, вскоре возникают яркие иллюзорные обманы. Характерно фантастическое преобразование в сознании больных деталей обстановки (рисунок обоев, обивка мебели, трещины на полу и пятна на скатерти) в конкретные фигуры и образы. Цветы на обоях становятся выпуклыми, вырастают из стены; пятна принимаются за мелких жучков; полосы на обивке кресла складываются в лицо, оно начинает улыбаться и гримасничать *(парейдолические иллюзии)*. В этом периоде можно выявить готовность пациентов к возникновению галлюцинаций с помощью симптомов Липмана (появление галлюцинация при надавливании на глазные яблоки).

Первые галлюцинаторные образы нередко представляют собой сплетающиеся полосы (пучки веревки, свисающая с потолка стружка, серпантин, клочья паутины, клубки змей). Затем возникают более сложные галлюцинации: комната заполняется людьми или животными. Больные пытаются защититься от них, выгоняют их из квартиры, стараются схватить их руками, размахивают ножом. Наконец, развернутая картина делирия приводит к полному преображению всей обстановки. Пациенты считают, что попали на работу или в винный магазин, видят преследующих их людей, спасаются бегством и не могут найти выход, так как не видят реальных предметов обстановки. Этот период характеризуется чрезвычайным страхом и резким психомоторным возбуждением.

Репозиторий ВГУ

Типичная продолжительность делирия – несколько (2−5)дней. Все это время у пациента отсутствует сон. Хотя днем он ведет себя значительно спокойнее, может лежать в постели в состоянии легкой дремоты, однако при расспросе оказывается, что галлюцинации сохраняются. Вечером самочувствие ухудшается, появляются все новые обманы восприятия, нарастает психомоторное возбуждение. Прекращение делирия критическое: больной засыпает и после 8−12ч глубокого сна просыпается без признаков психоза. Некоторое время может сохраняться убежденность, что все происходившее в момент психоза случилось на самом деле *(резидуальный бред),* однако такие ошибочные суждения нестойки и в течение нескольких последующих часов проходят без специального лечения. При типичном течении по миновании психоза больной может много рассказать о пережитых обманах восприятия, однако не помнит реальных событий, происходивших в это время. Лучше запоминается начало психоза.

Причиной возникновения делирия бывают самые разные экзогенные и соматогенные заболевания (интоксикации, инфекции, лихорадочные состояния, ЧМТ, ожоговая болезнь, сосудистая недостаточность).

Неблагоприятное развитие основного заболевания (соматического, инфекционного, обусловленного интоксикацией и др.) может повлечь за собой развитие тяжелых форм делирия − профессионального и мусситирующего.

Профессиональный делирий (делирий занятости, бред занятий) − делирий с преобладанием однообразного двигательного возбуждения в форме привычных, выполняемых в повседневной жизни действий: еда, питье, уборка и т.п., или же действий, имеющих прямое отношение к профессии заболевшего − отпуск товаров, шитье, работа на кассовом аппарате и т.д. Двигательное возбуждение при профессиональном делирий происходит, как правило, на ограниченном пространстве. Оно сопровождается или произнесением отдельных слов или же является "немым". Галлюцинации и бред либо отсутствуют, либо рудиментарны. Речевой контакт часто невозможен. Иногда удается получить односложный ответ. Его содержание отражает патологические переживания.

Мусситирующий делирий (делирий с бормотанием, тихий бред) − делирий с некоординированным двигательным возбуждением, которое лишено целостных действий и однообразно по своим проявлениям, происходит в пределах постели. Больные что-то снимают, стряхивают, ощупывают, хватают. Эти действия часто определяют словом "обирание". Речевое возбуждение представляет собой тихое и невнятное произнесение отдельных звуков, слогов, междометий. Вступать в общение с больными невозможно, они полностью отрешены от окружающего. Мусситирующий делирий обычно сменяет профессиональный. Профессиональный и особенно мусситирующий делирий в дневное время могут сменяться симптомами

Репозиторий ВГУ

оглушения. Углубление оглушения в этих случаях свидетельствует об утяжелении основного заболевания.

В зависимости от этиологического фактора (с наибольшей частотой при интоксикациях) делирий может сопровождаться вегетативными и неврологическими нарушениями. Из вегетативных расстройств отмечаются тахикардия, тахипное, потливость, колебания уровня артериального давления с тенденцией к его повышению, а из неврологических симптомов − мышечная гипотония, гиперрефлексия, тремор, атаксия. При тяжелых делириях, в первую очередь при мусситирующем, артериальное давление падает, возможно развитие коллаптоидных состояний, часто отмечается выраженная гипертермия центрального происхождения, наблюдаются симптомы обезвоживания организма. Среди неврологических симптомов отмечаются ригидность затылка, симптом Кернига, симптомы орального автоматизма, глазные симптомы (нистагм, птоз, стробизм, неподвижный взгляд), атетоидные и хореоформные гиперкинезы.

Продолжительность делирия обычно колеблется от трех до семи дней. Исчезновение расстройств чаще происходит критически, после продолжительного сна. Отклонения от средней продолжительности возможны как в сторону укорочения, так и в сторону значительного удлинения существования определяющих делирий симптомов. У соматически ослабленных больных, в первую очередь у лиц пожилого возраста, развернутые и тяжелые делириозные картины могут наблюдаться в течение ряда недель.

Больные, перенесшие развернутый делирий частично помнят содержание переживаний. Обычно эти воспоминания носят отрывочный характер и относятся к психопатологическим симптомам − галлюцинациям, аффекту, бреду. У больных с профессиональным и мусситирующим делирием наблюдается полная амнезия.

Чаще всего делирий сменяется астенией, в тяжелых случаях может развиться Корсаковский синдром.

2. ***Аменция*** (аментивный синдром, аментивное помрачение сознания) − форма помрачения сознания с преобладанием бессвязности речи, моторики и растерянностью.

Возникает при тяжелых и длительных соматических и инфекционных заболеваниях. Начинается с глубокой астении, затем наступает истощение. Больной дезориентирован во времени, окружающей обстановке и собственной личности. Речевой контакт невозможен. Мышление у больных бессвязное, речь носит регистрирующий характер, (состоит из отдельных слов обыденного содержания, слогов, нечленораздельных звуков, произносимых тихо, громко или нараспев с одними и теми же интонациями). Часто наблюдаются персеверации. Настроение больных изменчиво − то подавленно-тревожное, то несколько повышенное с чертами восторженности, то безразличное.

Репозиторий ВГУ

Могут быть обманы восприятия, больные к чему-то прислушиваются. По мимике можно заметить смену эмоциональных реакций.

Двигательное возбуждение при аменции происходит на ограниченном пространстве, обычно в пределах постели. Оно исчерпывается отдельными, движениями: больные вертятся, совершают вращательные движения, изгибаются, вздрагивают, откидывают в стороны конечности, разбрасываются в постели.

Вступить в словесное общение с больными не удается. По отдельным их высказываниям можно сделать заключение о наличии у них аффекта недоумения и смутного сознания своей беспомощности − симптомов, постоянно встречающихся при растерянности. О растерянности свидетельствует и обычно недоумевающее выражение лица больных.

Продолжительность аменции может составить несколько недель и месяцев. Период аментивного состояния полностью амнезируется. При выздоровлении аменция сменяется или продолжительно существующей астенией, или психоорганическим синдромом.

Внешне больные с аменцией выглядят как тяжелые соматические больные (заострившиеся черты лица, бледные, истощенные, с низкой температурой и артериальным давлением).

В настоящее время чаще встречается *астеническая спутанность*. Больные тревожны, настроение снижено, растеряны, не удерживают в памяти тему разговора. Наблюдаются частые персеверации, перескакивают с одной темы на другую. Могут появляться несистематизированные идеи особого значения, однако через несколько минут высказывают критику к бреду. Внешне выглядят истощенными, бледными, характерен акроцианоз, гипергидроз, у женщин – аменоррея. Как правило, в этот период больные худеют, несмотря на достаточный прием пищи.

3. ***Онейроидный синдром*** − грезоподобное помрачение сознания с наплывом фантастических зрительных псевдогаллюцинаций.

Нарушается ориентировка во времени, окружающем. Ориентировка в собственной личности сохраняется. Это более глубокое помрачение сознания, чем делирий. Наблюдается обычно при депрессиях, маниях и связано с патологией среднего мозга.

Переживания больных отличаются значительно большей сложностью и фантастичностью: сцены войн, мировых катастроф, перелеты на другие планеты, путешествия на «машине времени» в далекое прошлое, пребывание в раю, аду и.т.д.

Иллюзорные образы воспринимаются не как факты реального мира, а как явления, принадлежащие иным, недоступным обычному восприятию сферам *(псевдогаллюцинации)*. Нередко больные мысленно участвуют в удивительных приключениях, однако имеют возможность как бы наблюдать за собой со стороны. Их поведение при этом никак не отражает всего богатства переживаемых фантастических событий. Движения пациентов

Репозиторий ВГУ

представляют собой проявления кататонического синдрома − стереотипное раскачивание, мутизм, негативизм, восковую гибкость, импульсивные поступки. Иногда речь больных совершенно непонятна *(разорванность),* иногда они отвечают на вопросы, и тогда удается выявить нарушения в ориентировке.

При онейроиде возможен симптом *двойной ложной ориентировки,* когда больные считают себя обычными пациентами психиатрической клиники и одновременно участниками невероятных фантастических событий («посланником другой галактики», «рыцарем без страха и упрека», «магическим кристаллом, несущим людям свет знания», и пр.). Часто наблюдаются ощущения стремительного движения, перемещения больших масс: больным кажется, что они пронзают пространство и время, что все силы зла и добра сцепились в смертельной схватке, что человечеству угрожает гибель.

Формирование психоза происходит относительно быстро, но может растянуться на несколько недель. Первые признаки начинающегося психоза − нарушения сна и нарастающее чувство тревоги. Обеспокоенность быстро достигает степени растерянности. Яркие эмоции и явления дереализации служат основой отрывочных несистематизированных бредовых идей *(острый чувственный бред)*. Первоначальный страх вскоре сменяется аффектом недоумения или экзальтированного экстаза. Больные затихают, зачарованно озираются по сторонам, восхищаются красками и звуками. Позже нередко развивается кататонический ступор или возбуждение. Продолжительность онейроидного помрачения сознания бывает различной. Чаще психоз разрешается в течение нескольких недель.

4. Сумеречное помрачение сознания это внезапно возникающие пароксизмы, сопровождающиеся фрагментарным восприятием окружающей обстановки, собственной личности и полной амнезией на период болезни. Сознание больного сужено, внешний мир воспринимается им как бы через длинную трубу или узкий коридор. Больной ничего не замечает, кроме одного какого-то фрагмента реальности. Это сопровождается выраженным эмоциональным напряжением с чувствами злобы, страха, гнева, ярости. Классическое сумеречное состояние сознания представляет повышенную общественную опасность, так как вследствие тревожно-злобного настроения и бредового истолкования окружающего больные склонны к агрессивно-разрушительным действиям. Наряду с классическим вариантом, существуют сумеречное состояние сознания с автоматизмами:

- амбулаторный автоматизм - проявляется бессмысленным многократным повторением одного или нескольких фрагментов сложных двигательных актов (выписывание одной и той же буквы при письме, кручение вокруг собственной оси);
- *транс* - может проявляться внешне упорядоченным, целенаправленным поведением больных: они переезжают из города в город, блужда-

Репозиторий ВГУ

ют по улицам и производят впечатление здоровых людей. Однако в последующем отмечается полная амнезия. Транс длится минуты, часы и даже сутки;

- *фуга* - автоматическое передвижение. Проявляется внезапно возникающим бесцельным бегом, стремлением вперед или беспричинным уходом. Фуга длится кратковременно.

Сумеречное состояние возникает не только в дневное, но в ночное время. Появление их в период сна называют снохождением (лунатизм).

Все виды сумеречных состояний встречаются при эпилепсии и органических заболеваниях мозга, протекающих с эпилептическим синдромом, при реактивных и истерических психозах.

6. Амнестические синдромы симптомокомплекс, сочетающий в себе расстройство памяти на текущие события (фиксационная амнезия), расстройство ориентирования во времени, окружении, месте и наличие ложных воспоминаний. В медицинской терминологии этот синдром носит название русского доктора – психиатра Сергея Сергеевича Корсакова, который наблюдал за данным расстройством.

Амнестический синдром часто возникает при нехватке витамина В1. Вызвать недостаток может чрезмерное употребление алкоголя. Также данное состояние возникает при инфекционных заболеваниях, опухолях головного мозга, тяжелых интоксикациях (в первую очередь алкогольных, провоцируется отравлением угарным газом), нарушении мозгового кровообращения, как следствие черепно – мозговой травмы.

К этим симптомокомплексам относят:

- Корсаковский синдром,
- дементный синдром,
- синдром олигофрении.

При Корсаковском амнестическом синдроме - на первый план выступает нарушение памяти на текущие события (фиксационная амнезия). Факты давно прошедших лет обычно сохраняются в памяти больного, в то время как непосредственная реальность не фиксируется. Больные не могут запомнить только что встречных лиц, найти свою палату, постель, не помнят числа, времени года, места нахождения. Они не в состоянии воспроизвести только что услышанную речь или содержание недавно прочитанного. Больные компенсируют отсутствие памяти на текущие события различными вымыслами (конфабуляциями) или воспоминаниями событий, имевших место в прошлом (псевдореминисценциями).

Для таких больных характерны малоподвижность, повышенная утомляемость, раздражительность. Грубого нарушения интеллектуальной деятельности у них не наблюдается, так как память удерживает все ранее приобретенные знания, опыт, профессиональные навыки.

Корсаковский синдром наблюдается при алкоголизме, старческих психозах, травматических поражениях головного мозга.

Репозиторий ВГУ

Деменция (приобретенное слабоумие) - проявляется стойким снижением умственных способностей, интеллекта. Развивается в результате атрофических процессов в коре головного мозга, на поздних стадиях эпилепсии, при злокачественных формах шизофрении, вследствие тяжелых черепно-мозговых травм, нейроинфекций. Слабоумие может быть тотальным (полным) и лакунарным (частичным).

При тотальном слабоумии - у больных наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушается способность приобретать новые знания и навыки. Их суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена, этические нормы долга, морали теряются. Растормаживаются инстинктивные влечения: появляются гиперсексуальность, прожорливость, циничность на фоне общей беззаботности, благодушия. Профессиональные навыки сохраняются несколько дольше. В быту больные беспомощны и нуждаются в постороннем уходе.

Тотальное слабоумие наблюдается при прогрессивном параличе, старческих психозах.

Локунарное слабоумие - затрагивает лишь отдельные сферы психической деятельности: память, внимание. Больные в процессе производственной деятельности замечают снижение своих умственных способностей, критически оценивают это состояние и нередко обращаются за медицинской помощью. У них в первую очередь теряется способность к счету, запоминанию дат, имен, текущих событий. Быстро истощается активное внимание, появляются раздражительность, наклонность к аффективным реакциям.

Лакунарное слабоумие встречается при атеросклерозе сосудов головного мозга, гипертонической болезни, при опухолях и сифилисе мозга.

В тяжелых случаях деменция может прогрессировать. Заключительной ее стадией является психический маразм – полный распад психической деятельности, утрата возможности контакта с окружающими, полное исчезновение интересов и побуждений к деятельности. Такое состояние сочетается обычно с признаками общего маразма - физическим истощением, трофическими расстройствами, появлением пролежней.

Синдром олигофрении (врожденное слабоумие, малоумие) - представляет собой задержку умственного развития в результате поражения головного мозга плода в пренатальном периоде или же в первые три года жизни ребенка. В основе олигофрении лежит множество причин как наследственного характера (хромосомные аномалии, резус-несовместимость, обменные нарушения), так и экзогенного (инфекции, различные интоксикации, травмы).

Репозиторий ВГУ

К основным психическим процессам относят:

1. Восприятие
2. Внимание
3. Память
4. Мышление
5. Эмоции
6. Волю и влечения
7. Сознание

Лекция 5. Особенности процесса восприятия

Ощущение (психический процесс) − отражение отдельных свойств и качеств предметов и явлений объективного мира, возникающее в результате воздействия их на рецепторные зоны и возбуждение нервных центов коры головного мозга.

• Основной источник знаний о внешнем мире.

• Является основным условием психического развития.

• Активный процесс с участием двигательных компонентов на уровне сознания.

Ощущения − самый элементарный познавательный акт. Возникая, при непосредственном воздействии предметов и явлений окружающего мира на органы чувств, отражают лишь отдельные свойства этих предметов и явлений, которые представлены отдельными компонентами целого восприятия.

Ощущения − форма отражения адекватных раздражителей, зависит от чувствительности рецепторов к определенным, качественно отличающимися друг от друга, воздействиями. Это своеобразие легло в основу классификации по виду рецепторов.

Классификация по виду рецепторов

1. Экстероцепторы − располагаются на поверхности тела и отражают внешний мир. Различают:

•*Дистантные экстероцепторы* отражают воздействие объектов, удаленных от рецепторных зон (зрительные, слуховые, обонятельные).

•*Контактные экстероцепторы* возникают при непосредственном соприкосновении рецепторной зоны с воздействующим объектом (вкусовая, тактильная, болевая).

Экстероцепторы поставляют основной объем информации, необходимой здоровому человеку.

2. Интероцепторы − несут информацию о состоянии внутренней среды и делятся на проприоцепторы и собственно интероцепторы.

Репозиторий ВГУ

•*Проприорецепторы* − несут информацию о положении тела и взаиморасположения конечностей.

•*Собственно интероцепторы* - отражают состояние внутренней среды и внутренних органов.

Патология ощущений

Общими для всех видов ощущений могут быть количественные и качественные их изменения.

К количественным относят анестезии, гипостезии, гиперстезии.

К качественным (дизестезии) относят синестезии, сенестопатии, полиэстезии.

Анестезия (греч.anaisthesia бесчувственность) потеря чувствительности, исчезновение ощущений, утрата способности ощущать различные виды раздражений. Характерна для комы, сопора, истерических, невротических синдромов.

Гиперестезия - резкое усиление восприимчивости при воздействии обычных или даже слабых, нередко индифферентных раздражителей, повышение способности ощущать различные виды раздражений. Наблюдаются:

- при абстиненции, в состоянии острой интоксикации психостимуляторами, гашишем, циклодолом и т.п.
- на начальных этапах развития помрачений сознания (делирий, аменция, онейроид), острых психотических состояний (галлюциноз, параноид и др.)
- при многих невротических синдромах

Гипостезия − понижение чувствительности к внешним раздражителям. Наблюдаются при алкогольном и наркотическом опьянении, делирии, оглушении, депрессивных и истерических состояниях.

Дизестезия − извращение чувствительности.

Синестезия − когда внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с другого или нескольких анализаторов (напр., ощущение цвета при слушании музыки). Может встречаться у здоровых людей в норме, чаще всего у одаренных музыкантов, поэтов, художников.

Сенестопатия (болезнь, страдание) − психосоматические ощущения развиваются от простых (соматические ощущения) к сложным, полиморфным, причудливым с необычной локализацией. Наблюдаются при выходе из интоксикации психостимуляторами, в синдроме отмены каннабиоидов, снотворных, психостимуляторов, ингалянтов.

Полиэстезия (чувство, ощущение) – это нарушение поверхностной чувствительности, при котором раздражение одной точки воспринимается как раздражение многих точек при невротических синдромах, депрессиях,

Репозиторий ВГУ

сенестопатически-ипохондрических (паранойяльных, параноидных, парафренических), аффективно-бредовых и психоорганическом синдромах.

Патология восприятий

Восприятие − это психический процесс, отражение предметов и явлений в совокупности их чувственно конкретных свойств, − это целостное отражение явлений и предметов окружающего мира. Восприятие -- активный процесс анализа и синтеза ощущений путем сопоставления их с прежним опытом. Одним из свойств восприятия является представление, которое позволяет удерживать информацию на непосредственном уровне.

Представление − след бывшего восприятия, образ предмета (или явления), воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений или благодаря воображению. Отличие восприятия от представления характеризуется несколькими критериями.

К патологии восприятий относят

1. иллюзии
2. галлюцинации
3. агнозии
4. психосенсорные расстройства.

1. Иллюзии (играю чем-либо, обманываю) − это искаженное восприятие действительно существующего во внешней среде реального объекта.

По механизму восприятия различают следующие виды иллюзий:

- *Физиологические* − связаны с особенностями функционирования анализаторов. Так, при большой скорости приближения к предметам последние воспринимаются резко увеличивающимися, разбухающими. Могут возникать у здоровых людей.
- *Аффективные* (душевное волнение, страсть) − искажение восприятия, связанное с необычным эмоциональным состоянием. Возникают под влиянием страха, тревоги или подавленного настроения при напряженном ожидании и т.д. Встречаются на начальных этапах делирия, при острых тревожно-депрессивных синдромах, особых состояниях сознания, при острых парафренных и параноидных синдромах.
- *Физические* − основаны на законах физики. Примером может явиться восприятие преломления предметов на границах различных прозрачных сред (например, ложка в стакане с водой) На принципе физических иллюзий построена работа иллюзионистов. У психически больных людей при физических иллюзиях могут возникать мысли об особом их значении, которые не подвергаются коррекции.
- *Вербальные* (словесный, относящийся к речи). Выражаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему. Появляются на ранних

Репозиторий ВГУ

этапах становления острого вербального галлюциноза, галлюцинаторно-параноидного синдрома.

По органам чувств различают следующие виды иллюзий: *проприоцепторы, интерорецепторы и экстерорецепторы.*

2. Галлюцинации (бред) − это чувственные яркие представления, доведенные патологическим процессом до яркости восприятия, это − восприятие без объекта. В нормальном акте восприятия всегда участвуют и представления. Галлюцинации возникают тогда, когда представления приобретают доминирующее положение, когда действительные впечатления заменяются внутренними образами, получающих свойства объективной реальности. Галлюцинации встречаются в структуре позитивных психопатологических синдромов всех психотических форм.

Классификация галлюцинаций:

- По времени возникновения: дневные, ночные, гипнагогические, гипнопомпические
- По отношению к личности больного: нейтральные, угрожающие, осуждающие, императивные, комментирующие, пророческие
- По механизму восприятия: функциональные, рефлекторные, истинные, ложные
- по сенсорному компоненту: отчетливые, бледные, тихие, громкие, знакомые, незнакомые, одно- и многоцветные
- По причинам развития: экзогенные, эндогенные, психогенные, ситуационные, аффективные, неврологические (типа Шарля Бонне)
- По органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и осязательные, висцеральные (соматические), кинестетические (моторные), вестибулярные
- По локализации: экстракампинные и гемианоптические
- По сложности: элементарные, простые, сложные, ассоциативные, синестетические, сценоподобные, статические.

Зрительные галлюцинации (виде́ния):

• по форме: элементарные бесформенные − фотопсии (пламя, дым, туман); неотчетливые, неясные или наоборот − очерченные во всех деталях; антропоморфные фрагментарные − части человеческого тела;

• сложные: зоологические (видение животных насекомых); демономанические (видение персонажей мистики и мифологии); антропоморфные (образы людей); полиопические (множественные образы мнимых объектов); панорамические (статичные красочные ландшафты, космические сюжеты, катастрофы); сценоподобные (сцены последовательных событий − похороны, суды, казни, сражения);

Репозиторий ВГУ

•уменьшенные (микроптические, лилипутные), увеличенные (макроптические);

• подвижные или неподвижные; не меняющие содержание (стабильные) и меняющие в виде разнообразных событий, разыгрывающихся как на сцене или на киноэкране (сценоподобные);

• экстракампинный зрительный образ − галлюцинации, возникающие вне поля зрения больного (сбоку, сзади);

• аутоскопические галлюцинации − появление образа виде двойника; отрицательные аутоскопические − когда больной не видит себя в зеркале.

Слуховые галлюцинации:

• элементарные − акоазмы (слышатся лишь звуки, стук, шум, грохот) и фотопсии (видятся полосы света, пятна); сложные галлюцинации с восприятием человеческой речи и видением сцен;

• гипнагогические и гипнопомпические − галлюцинации, появляющиеся в период перехода между бодрствованием и сном. Гипнагогические − в момент засыпания, гипнопомпические − при пробуждении;

• по содержанию голоса бывают знакомыми, незнакомыми, безличными, мужскими, женскими и детскими;

• комментирующие галлюцинации (высказывающие мнение о каждом действии больного), контрастирующие (антогонистические), экстракампинные (вне поля слухового восприятия);

• вербальные (галлюцинации в форме слов или целых фраз), угрожающие (голоса, обращенные в адрес больного или близких ему людей). Наиболее опасны для состояния больного императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер (больной слышит приказания молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждения). Так как приказы являются следствием болезни, больные могут выполнять эти приказы. Такие больные нуждаются в особом надзоре и уходе.

Вербальные галлюцинации (галлюцинаторная фразовая речь):

• по форме − монологи, диалоги, беседы на родном или иностранном языке;

•по фабуле − комментирующие, угрожающие, императивные, повествовательные, контрастные, стереотипные;

• по продолжительности – эпизодические, протекающие наплывами, постоянные;

• по звучанию − невнятные, ясные, поющие;

• по принадлежности − знакомые, незнакомые, мужские, женские, детские.

Репозиторий ВГУ

Обонятельные галлюцинации − мнимое восприятие неприятных запахов, что заставляет больных отказываться от еды, так как уверены, что «их хотят отравить».

Вкусовые галлюцинации в виде ощущения вкуса неприсущего принимаемой пищи или питью, чаще неприятного, отвратительного. Обычно они неотделимы от обонятельных галлюцинаций.

Тактильные галлюцинации (кожного чувства):

• тактильные − прикосновение, ползание, давление на поверхности тела. Посторонние предметы в полости рта;

• гаптические − резкое схватывание, удары, толчки извне;

• эротические (генитальные) − ощущение манипуляций с половыми органами;

• стереогностические − присутствие в руке какого−либо предмета;

• температурные (с предметным характером в отличие от сенестопатий);

• гигрические − присутствие на поверхности тела или под кожей жидкости, капель, потеков.

Висцеральные галлюцинации − ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов, живых существ, неподвижных либо шевелящихся и передвигающихся. Висцеральные и тактильные галлюцинации нередко трудно отличимы от сенестопатий.

Кинестетические (моторные) галлюцинации − впечатление у больного, что его части тела приводятся в движение помимо их воли.

Речедвигательные галлюцинации − когда больной уверен, что его речевой аппарат произносит неслышимые слова.

Галлюцинации Шарля Бонне − простые галлюцинации, зрительные (при глаукоме или катаракте), слуховые (при отитах), характерна своеобразная очаговость, сохраняется частичная критика.

Внушенные галлюцинации. Если галлюцинации внушены пациенту во время сеанса гипноза или получают распространения путем взаимного распространения в толпе, охваченной религиозным экстазом, то, вызванные искусственно, они представляют ограниченный интерес для психиатра. Большее значение имеют галлюцинации тогда, когда эти обманы чувств спонтанно уже не появляются (например, после перенесенного алкогольного делирия).

Все галлюцинации, независимо от того, относятся ли они к зрительным, слуховым или другим обманам чувств делятся на истинные и ложные, или псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации всегда проецируются во вне, не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны, как и реальные вещи.

Псевдогаллюцинации сопровождаются чувством сделанности и ограничиваются сферой представлений восприятия мнимых объектов, которые

Репозиторий ВГУ

сосуществуют для больного с реальными предметами и явлениями, но не отождествляются с ними.

К синдромам расстройства восприятий относят:

- галлюциноз (острый и хронический)
- галлюцинаторно-параноидный
- ипохондрический
- агнозии
- психосенсорные расстройства

Галлюциноз - может сопровождаться бредом − галлюцинаторно-параноидный синдром. Психопатологический синдром, характеризующийся обильными галлюцинациями (вербальными, зрительными, тактильными) на фоне ясного сознания. Токсический галлюциноз возникает при хронической интоксикации, вызванной употреблением ПАВ

Иллюзорный галлюциноз − наплыв множественных вербальных иллюзий обвиняющего или угрожающего содержания, возникающих на фоне выраженной тревоги, страха и двигательных нарушений. Часто возникает бред преследования и обвинения. Иллюзорный галлюциноз никогда не бывает сценоподобным. При остром алкогольном психозе, различных интоксикациях, после черепно-мозговых травм.

Зрительный галлюциноз − наплыв большого числа истинных зрительных галлюцинаций. Выделяют несколько типов зрительных галлюцинозов.

Могут определяется множественные подвижные нередко цветные естественных размеров или уменьшенные безмолвные зрительные галлюцинации (люди, животные, картины быта или природы). Возникает в пожилом возрасте при полной или частичной утрате зрения. А также могут наблюдаться множественные, подвижные, уменьшенных размеров, одушевленные, бесцветные зрительные галлюцинации. Возникают при локализации патологического процесса в ножках среднего мозга.

Тактильный галлюциноз (бред одержимости кожными паразитами). Больные испытывают зуд, жжение, укусы, уколы, боль. Патологические ощущения локализуются в самых различных участках тела. Галлюциноз обычно сочетается с бредом. Нередко наблюдаются зрительные иллюзии: в соскобах кожи, на шелушащихся ее участках больные видят паразитов или инородные тела, являющиеся, по словам больных, причиной их страданий. Возникает в позднем, преимущественно в предстарческом, возрасте.

Обонятельный галлюциноз − в «чистом» виде встречается очень редко. Они появляются у больных в определенных условиях, например, в своей квартире, когда больные убеждены, что запахи (как правило, неприятные) исходят от них самих. Часто является признаком тяжело текущей шизофрении.

Репозиторий ВГУ

Ипохондрический синдром − убежденность в наличии тяжелого заболевания, проявляющаяся навязчивыми, сверхценными идеями или бредом.

Ипохондричность − чрезмерные опасения развивающейся болезни (часто неопределенной). Содержание соматоипохондрии определяется локализацией сенестопатий и характером вегетативных нарушений. Возникает у лиц с невротическими и маскированными депрессиями.

Рзличают несколько видов ипохондрического синдрома: галлюцинаторно-параноидный; паранойяльный; парафренный; сенестопатический; навязчивый; депрессивный.

Галлюцинаторно-параноидный − синдром часто с бредом преследования и воздействия, сенестопатиями, висцеральными и другими галлюцинациями. Наблюдается при эндогенных и органических психозах.

Паранойяльный - синдром с систематизированным интерпретативным ипохондрическим бредом, бредовой активностью, направленной на самолечение и обследование. Наблюдается при шизофрении.

Парафренный - синдром с бредом фантастического содержания (например, необычные физиологические отправления, разрушение внутренних органов). Наблюдается при шизофрении, инволюционной депрессии, органических психозах

Сенестопатический - синдром, сопровождающийся различными неприятными и тягостными ощущениями

Наблюдается при психопатии, невротическом и ипохондрическом развитии личности, органических, сосудистых психозах.

Навязчивый – сопровождается тревожной мнительностью, постоянными сомнениями, навязчивой боязнью заболеть неизлечимой болезнью. Наблюдается при невротических реакциях, неврозах, психогенных депрессиях на невротическом уровне.

Депрессивный (понижать, подавлять, угнетать) – сопровождается депрессией с преобладанием ипохондрического синдрома. Наблюдается при соматических последствиях злоупотребления ПАВ.

3. Агнозия (познавание) – нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функций органов чувств, наблюдается при поражении определенных отделов коры больших полушарий головного мозга.

Различают слуховую**,** зрительную, болевую, вкусовую, обонятельную, пространственную, тактильную агнозии

Слуховая (акустическая) – проявляется неспособностью различать звуки речи (фонемы) и узнавать предметы по характерным для них звукам. Наблюдается при злоупотреблении галлюциногенами.

Репозиторий ВГУ

Зрительная - невозможность узнавать целостные предметы или их изображения при сохранении восприятия лишь отдельных их признаков. Наблюдается при злоупотреблении галлюциногенами и ингалянтами.

Болевая – расстройство восприятия болевых раздражений, напр., восприятие укола как прикосновение. В клинической картине наблюдается при алкогольной зависимости и зависимости от опиоидов.

Вкусовая – расстройство узнавания веществ по их вкусовым качествам. Наблюдается в клинической картине никотинизма и злоупотребления каннабиноидами.

Обонятельная – расстройство узнавания предметов или веществ по их запаху. Наблюдается *в* клинической картине никотинизма.

Пространственная – нарушение способности ориентироваться в пространстве или оценивать пространственное соотношение. Наблюдается в клинической картине злоупотребления каннабиноидами, ингалянтами, при делирии.

Тактильная - неспособность определять на ощупь характер поверхности предметов. Наблюдается при алкогольной полинейропатии.

4. Психосенсорные расстройства – сложное искажение восприятия внешнего мира и собственного тела, при которых расстраиваются не ощущения, а их синтез – сенсорный синтез. К психосенсорным расстройствам относятся синдромы *деперсонализации* и *дереализации*. Эти синдромы часто сопутствуют друг другу. В деперсонализационно-дереализационном синдроме может преобладать одно из расстройств – деперсонализация или дереализация, в ряде случаев они возникают изолированно.

Дереализация – чувство призрачности, чуждости больному окружающего его мира, которое воспринимается неотчетливо, неясно как нечто бесцветное, застывшее, декоративное, нереальное.

Различают следующие формы дереализции:

По размеру:

- Микропсия – размеры видимых предметов кажутся меньшими, чем есть
- Макропсия – размеры видимых предметов кажутся бóльшими, чем есть

По освещенности:

- Галеропсия – необычная освещенность или контрастность

По цвету:

- Ксантопсия – все окружающее в желтом цвете
- Эритропсия – все окружающее в красном цвете
- Утрата красок и оттенков

По форме:

- Утолщение – предметы кажутся толще, чем есть

Репозиторий ВГУ

- Дисморфопсия – искажение формы и размеров видимых предметов
- Искривление – все предметы кажутся искривленными

В делириозном синдроме эти формы наблюдаются при употреблении каннабиноидов и галлюциногенов.

По количеству:

- Полиопия – одиночный предмет кажется множественным. Эта форма наблюдается при галлюцинаторном синдроме.

По состоянию покоя:

- Дрожание – все предметы кажутся дрожащими
- Падение – кажется, что все предметы находятся в стадии падения на больного.

Эти формы дереализции наблюдаются при острых инфекционных и интоксикационных состояниях.

По времени восприятия:

- *«Уже виденное»* – незнакомая обстановка кажется знакомой
- *Уже пережитое* – новая ситуация кажется знакомой, уже пережитой
- *Уже испытанное*

Эти состояния возникают параксизмально, протекают кратковременно и относятся к особым состояниям сознания в качестве психических эквивалентов эпилепсии, эпилептической ауры.

Деперсонализация – нарушение самосознания (самовосприятия), отчуждение от собственного «Я», утрата чувства единства личности, касающееся как личности в целом, так и отдельных психических и соматических функций.

Различают следующие формы деперсонализации:

1. витальная
2. аутопсихическая
3. соматопсихическая
4. бредовая
5. депрессивная
6. синдром нарушения «схемы тела».

- *Витальная* деперсонализация (исчезает само чувство жизни).
- *Аутопсихическая* деперсонализация (отчуждение психических функций от своего «Я»).
- *Соматопсихическая* деперсонализация (чуждость собственного тела).
- *Бредовая* – расстройство самосознания в виде фантастического бреда величия или уничижения.
- *Депрессивная* – утрата эмоциональных реакций на все окружающее с мучительным переживанием полной душевной опустошенности.

Репозиторий ВГУ

- Синдром нарушения «схемы тела» (аутометаморфопсия).

Признаки синдрома нарушения схемы тела:

✓ размера (увеличение всего тела, уменьшение всего тела, уменьшение всего тела и утолщение его, уменьшение корпуса тела);

✓ удлинения (руки, ноги, головы);

✓ формы (искривление рук, ног, всего тела);

✓ количества (удвоение головы, удвоение всего тела);

✓ местоположения (перемещение головы);

✓ веса («невесомость»).

Лекция 6. Расстройства памяти

Память – это психический процесс, выполняющий функцию накопления, сохранения, извлечения и воспроизведения опыта (представлений) чувственного и рационального познания человеком окружающей среды и самого себя, что обеспечивает дифференцированное его приспособление.

Выделяют краткосрочную (кратковременную) и долгосрочную (долговременную) память. Первая – характеризуется огромным числом впечатлений, поступающих ежесекундно в бодрствующий мозг и запечатляемых им на непродолжительное время (от секунд до часов), после чего они исчезают из памяти и произвольно не могут быть воспроизведены. Вторая – связана с осуществлением отбора, запечатления, сохранения и возможностью произвольного воспроизведения в будущем некоторой информации, поступающей вначале в краткосрочную память, являющуюся как бы этапом формирования долговременной.

Различают следующие виды памяти:

Ассоциативная – элементы запоминаемого связаны между собой ассоциативно: по смежности, по сходству, по контрасту

Двигательная – память на координацию и последовательность движений

Долговременная – характеризующаяся продолжительностью хранения информации, связанной с осуществлением отбора, запечатления, сохранения и возможностью произвольного воспроизведения

Зрительная – при ней легче запоминаются зрительные образы

Кратковременная – характеризуется огромным числом впечатлений, поступающих ежесекундно и сохраняемых непродолжительное время (от секунд до часов)

Логическая – элементы запоминаемого связаны между собой определенной логической связью

Механическая – элементы запоминаемого не связаны между ассоциативной или логической связью

Непроизвольная – память, при которой не фиксируется внимание на процессе запоминания

Репозиторий ВГУ

Образная - память на определенные образы (зрительные, слуховые, тактильные и др.)

Опосредованная – общее название ассоциативной и логической памяти

Произвольная – память, при которой фиксируется внимание на процессе запоминания

Словесная – память, при которой легче запоминаются слова

Слуховая – память, при которой легче запоминаются звуки (например, музыка – музыкальный слух)

Эмоциональная - память на определенные эмоции, чувства, переживания

К основным функции памяти относят:

• Запоминание (фиксация) – осуществляет закрепление нового путем ассоциирования, консолидации его с ранее приобретенным.

Психические ассоциации – основа запоминания. Фиксация зависит от значения материала для личности и участия его в деятельности. Ассоциации бывают простые и сложные. К простым относятся ассоциации по связи, по сходству, по контрасту. К сложным относятся ассоциации по смыслу, имеющие причинно-следственные связи, отражающие внутреннюю логику их сочетания. Запоминание может быть произвольным, которое характеризуется наличием мнестической задачи, и непроизвольным – когда такой задачи нет. Запоминание осуществляется либо путем повторения, либо путем мгновенного запечатления. Одним из законов памяти является эффект Зейгарник – незавершенные действия запоминаются лучше завершенных.

• Сохранение (ретенция) – длительное удержание и накопление индивидуального и общественного опыта. О ретенции судят на основании ее воспроизведения, что неправильно. Память у человека гораздо лучше по объему и содержанию, чем об этом думают. Известно, что при особых (экстремальных) ситуациях в памяти человека всплывают такие события, которые, казалось бы, давно забыты.

• Забывание – это утрата четкости или уменьшение объема закрепленного в памяти материала с сочетанием невозможности его воспроизвести. Забыванию подвержена, в основном, та информация, которая не играет значимой роли в дальнейшей деятельности человека. Сохранение информации и ее забывание – взаимосвязанные функции. Забывание прошлого идет не беспорядочно, а по определенным закономерностям. По закону Рибо в первую очередь страдает более поздний опыт, так как он хуже организован, чем ранее приобретенный. Затем в памяти постепенно стираются более недавние события. На этом фоне обычно актуализируется информация раннего периода жизни с особой четкостью воспоминания.

• Воспроизведение (репродукция) – актуализация закрепленного ранее содержания прошлого опыта путем извлечения его из долговременной

Репозиторий ВГУ

памяти и перевода в оперативную. Ее разновидность – узнавание какого-либо образа в условиях повторного восприятия объекта, воспоминание образов прошлого, локализованных во времени, пространстве, в смысловой взаимосвязи.

Все расстройства памяти делятся на количественные (дисмнезии) и качественные (парамнезии).

Дисмнезии – это количественные нарушения памяти, встречаются в форме гипермнезии, гипомнезии, амнезии.

Гипомнезия – постепенное ослабление или частичное выпадение памяти. Нарушение способности запоминать, удерживать, воспроизводить некоторые события и факты или отдельные слова. Легкая степень гипомнезии проявляется слабостью воспроизведения дат, имен, терминов, цифр и т.п. Входит в структуру синдромов: невротических, измененной реактивности, психоорганического, паралитического, начальных этапов прогрессирующей амнезии

Гипермнезия – усиление памяти. Возникает при облегченном, иногда при беспорядочном течении ассоциаций. В основе этих обострений памяти лежат примитивные ассоциации по сходству и смежности обусловленные усилением памяти механической, а не логико-смысловой. Усиление вспоминания сочетается с ослаблением запоминания текущей информации. При II стадии опьянения некоторыми наркотиками (ЛСД, амфетамины), при помрачениях сознания инфекционного и психогенного генеза, маниакальных и гипоманиакальных состояниях, некоторых вариантах ауры при больших эпилептических припадках, при гипнотическом сне, некоторых вариантах особых состояний сознания.

Палимпсест - расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне, когда больной был в состоянии опьянения, при возможности воспроизвести общий ход событий. Признак начала развития хронического алкоголизма. Наблюдается не границе I–II стадий алкоголизма (в алкогольной интоксикации).

Псевдореминисценции - ошибочные воспоминания о событиях, действительно происходивших, но искаженных, неверно соотнесенных во времени и месте. Ошибочность воспоминаний касается лишь времени – когда реально пережитое вспоминается как недавно происшедшее («иллюзии памяти»). При алкогольной энцефалопатии I, II стадий.

Криптомнезии - *с*крытые воспоминания, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Чужие идеи, чужое творчество, когда-то воспринятое человеком, через некоторое время осознаются в мыслях и реализуются как свои, новые, оригинальные. Криптомнезии входят в структуру некоторых вариантов психоорганического синдрома при поражении теменно-височных отделов головного мозга и параноидного синдрома. При некоторых формах гашишной наркомании (в интоксикации).

Репозиторий ВГУ

Парамнезии – качественное нарушение памяти, проявляющееся в форме псевдореминисценций, криптомнезий, конфабуляций. При стационарной и регрессирующей формах Корсаковского синдрома, а также при полиневропатии других этиологий

Конфабуляции («вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения») - провалы в памяти заполняются вымыслом, «вспоминается» то, чего на самом деле никогда не было. Характерно для Корсаковского синдрома.

Амнезия – полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период, или же выпадение из памяти той или иной конкретной ситуации. При патологическом опьянении: полная амнезия – в эпилептоидной форме, парциальная – в параноидной форме.

В свою очередь, выделяют несколько вариантов амнезий:

1. По нарушенной функции памяти:

- Фиксационная – нарушение способности или резкое ослабление способности запоминать, фиксировать текущие события. Невозможность фиксировать текущие события и факты приводит к неспособности ориентироваться в месте и во времени (амнестическая дезориентировка). Входит в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, асемической деменции, паралитического синдрома
- Анэкфорическая – неспособность к произвольному воспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, которые извлекаются из памяти после подсказки. Наблюдается при алкогольном (истерическом, маниеподобном) опьянении.

2. По динамике:

- Прогрессирующая амнезия – распад памяти в соответствии с законом Рибо. Ход этого процесса идет в порядке, обратном формированию памяти. Встречается при деменции, прогрессирующих церебральных атрофиях (церебральный атеросклероз, сенильная деменция, болезнь Пика и Альцгеймера)
- Стационарная амнезия – стойкий дефицит памяти, не имеющий динамики. При стационарной форме Корсаковского синдрома
- Регрессирующая амнезия – вариант амнезии с постепенным восстановлением памяти, которая никогда не возвращается полностью. При регрессирующей форме Корсаковского синдрома;
- Ретардированная амнезия – отставленная, запаздывающая амнезия. События, имевшие место, выпадают из памяти не сразу, а лишь спустя некоторое время после болезненного процесса. При постинтоксикационных состояниях, связанных с употреблением наркотических веществ.

3. По времени:

- антероградная – отсутствие воспоминаний на период после выхода из состояния помраченного сознания. При антероградной амнезии пове-

Репозиторий ВГУ

дение больных упорядоченное, правильное, они критически оценивают ситуацию, что свидетельствует о сохранности кратковременной памяти. При выходе из сопора или комы, при передозировке опиоидами;

- конградная – полное или частичное выпадение воспоминаний, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (период нарушенного сознания). Встречается при оглушении, сопоре, коме, некоторых формах делирия, онейроида, при сумеречных состояниях сознания;
- ретроградная – отсутствие воспоминаний на период, предшествовавшей потери или помрачению сознания. При тяжелых гипоксиях и аноксиях мозга, травмах головного мозга с клиникой комы, некоторых вариантах аменции, при Корсаковском синдроме;
- антеро-ретроградная – выпадение из памяти событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни Встречается при некоторых вариантах ком и аменции, наблюдающихся при тяжких травматических, токсических поражениях мозга или внутричерепных катастрофах (инсульт), при выходе из мусситирующего делирия.

Амнестический синдром Корсакова

Корсаковский синдром – сочетание расстройств памяти на текущие события (при ее сохранности на более отдаленные события) и дезориентировка в месте и времени с наличием конфабуляций. Критериями Корсаковского синдрома являются:

- амнезии: а) фиксационная; б) ретроградная; в) антероградная,
- парамнезии: а) конфабуляции; б) псевдореминисценции,
- нарушение запоминания,
- амнестическая дезориентировка.

Диагностические критерии Корсаковского синдрома:

- нарушения памяти на недавние события (снижение способности к усвоению нового материала); антероградная и ретроградная амнезия, снижение способности к воспроизведению событий прошлого в обратном временном порядке;
- объективные доказательства хронического употребления ПАВ;
- отсутствие дефектов непосредственного воспроизведения, внимания, сознания, интеллекта в целом.

Лекция 7. Расстройства мышления

Мышление – специфическая для человека категория психической деятельности – опосредованное, отвлеченное, обобщенное познание явлений внешнего мира, их сущности и существующих между ними связей, осуществляемое путем мыслительных операций (анализа и синтеза, сравнения и различения, суждений и умозаключений и др.), высшая форма отражательной деятельности человека.

Репозиторий ВГУ

Мышление и речь органически связаны между собой, и врач судит о патологии мышления путем анализа речевой продукции больного.

Мышление включает в себя следующие процессы:

• *Анализ и синтез*. Анализ основывается на выделении из предмета или явления его основных элементов, частей и свойств. Синтез является противоположным процессом, основанном на соединении элементов, частей и свойств в единое целое. Анализ и синтез взаимосвязаны и как бы дополняют друг друга.

• *Сравнение*. Сравнение представляет собой установление сходства или различия между объектами мышления (предметами, явлениями, разными видами деятельности).

• *Абстрагирование и обобщение*. Абстрагирование основывается на выделении существенных свойств предметов и явлений и исключении несущественных, случайных, частных свойств. В процессе абстрагирования происходит отвлечение от отдельных чувственно-образных характеристик объекта. Обобщение представляет выделение того общего и главного, что свойственно определенному кругу предметов и явлений, составляющих материал мышления.

Классификация включает в себя такие операции, как группирование и разделение предметов и явлений по их существенным характеристикам. В результате этих операций образуются *понятия, суждения и умозаключения.*

• *Понятие* является отражением в сознании человека общих, существенных свойств и качеств предметов и явлений. Понятие формируется на основе восприятий и представлений. В понятии находит свое выражение познание внутренней сущности данного конкретного предмета. В зависимости от степени абстрагирования и обобщения понятия имеют более или менее конкретный или абстрактный характер. В соответствии с наличием конкретных или абстрактных понятий в субстрате мышления различают конкретно-образное и абстрактное мышление. Элементы конкретно-образного мышления появляются уже у высших животных. Абстрактное мышление свойственно только человеку.

• *Суждение* – это утверждение или отрицание чего-нибудь. Суждение является основной формой, в которой совершается мыслительный процесс.

• *Умозаключение* возникает в результате сравнения нескольких суждений, их сопоставления и, таким образом, заканчивает собой процесс мышления в качестве окончательного вывода.

Различают следующие виды мышления:

Абстрактное – мышление, оперирующее сложными отвлеченными понятиями и умозаключениями, отличающееся тенденцией к созданию рационалистических систем

Репозиторий ВГУ

Вязкое – замедленное, тугоподвижное, трудно переключаемое мышление с застреванием на малосущественных деталях

Инфантильное – мышление, при котором объединяются несовместимые звенья, не проводится различия между субъективными представлениями и объективным познанием действительности

Конкретное – мышление, оперирующее простыми, определенными, взятыми из повседневной жизни понятиями и представлениями

Магическое – мышление, определяющееся фантазиями, религиозными и суеверными представлениями о сверхъестественных силах

Образное – мышление, оперирующее наглядными, чувственными представлениями

Примитивное – мышление образного, элементарно-конкретного характера, бедное логическими операциями

Нарушения мышления составляют наиболее важный раздел общей психопатологии. При изучении расстройств мышления принято разделять их на *патологию ассоциативного процесса и патологию суждения*.

Нарушения ассоциативного процесса

Классификация нарушений ассоциативного процесса:

1. По темпу

• ускорение - протекает на фоне повышенного настроения, (эйфории или маниакальных состояний) и характеризуется быстрым облегченным возникновением ассоциаций, чаще – поверхностных, а также ускорением речи (тахилалией) и повышенной отвлекаемостью внимания. Больные могут проявлять в этих состояниях повышенную работоспособность, однако усиление отвлекаемости затрудняет доведение начатого дела до конца. Наблюдается при легком алкогольном опьянении (особенно при употреблении стимуляторов каннабиноидами), при маниакальном состоянии различного генеза, психомоторном возбуждении, прогрессивном параличе.

• ментизм (наплыв мыслей) – непроизвольно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, «вихрь идей», наплыв образов, представлений помимо воли больного. Относится к ассоциативному автоматизму. Встречается при ОПГМ, органических психозах и шизофрении, при астенических, невротических, депрессивных и маниакальных состояниях, при интоксикации димедролом.

• скачка идей – мышление, при котором постоянно изменяется цель мыслительного процесса в связи с крайней неустойчивостью внимания и непостоянством установок. Речь становится непоследовательной, сбивчивой, когда мыслительный процесс и его речевая продукция имитируют бессвязность. При скачке идей ассоциации возникают преимущественно по сходству, по смежности; выражена отвлекаемость. Встречается у больных хореей Гентингтона, при маниакальных состояниях на высоте наркотического опьянения стимуляторами, кокаином

Репозиторий ВГУ

• замедление мышления – характеризуется уменьшением количества идей, угнетением глубины, четкости и скорости мыслительных процессов и сопровождается субъективным чувством затруднения мышления, ощущением своей интеллектуальной несостоятельности, замедлением и обеднением речи (брадилалией). Наблюдается обычно при депрессивных, апатических, астенических состояниях различного генеза, в том числе при алкогольном и наркотическом абстинентном синдроме.

2. По стройности:

• Разорванное мышление – Процессуальное ассоциативное расстройство мышления, которое характеризуется нарушением внутренних логических связей, скачкообразностью, соединением разнородных, не связанных по смыслу элементов, разрывом цельности мысли с неологизмами при сохранности грамматического строя. Наблюдается при шизофрении.

• Бессвязное мышление – мышление, лишенное логической целостности и грамматической согласованности, когда связи отсутствуют не только между представлениями, понятиям, идеями, нарушена последовательность мыслительных процессов, разорваны ассоциативные, логические и смысловые связи.

• Вербигерация – стереотип речи: ритмичное однотонное повторение какого-нибудь слова или словосочетания, иногда бессмысленное нанизывание сходных по звучанию слов, слогов. Бессвязное мышление и вербигерация встречается при аментивном помрачении сознания инфекционного, соматогенного и интоксикационного генеза.

• Шперрунг (закупоривать) – внезапная, обычно кратковременная остановка, обрыв мыслей, возникает «пустота в мыслях», «блокирование мыслей». Сопровождается перерывом речи. Наблюдается на относительно ранних этапах шизофрении при сохранности эмоционально-волевой сферы больного

• Паралогия (неразумный) – характеризуется утратой логических связей, неспособностью делать правильные выводы, вытекающие из логических предпосылок. Нередко в системе паралогических заключений используются законы обычной логики, но выводы всегда неожиданны и парадоксальны. При паранойяльном, параноидным и парафренном синдромах различного генеза.

3. По целенаправленности

• Обстоятельность – характеризуется неспособностью разделения главного и второстепенного. Речевая продукция таких больных содержит застревание на деталях, которые занимают большое место в основной линии повествования, отвлекая больного от последовательности изложения и делая его рассказ чрезвычайно длинным. При эпилептоидном изменении личности различного генеза, деградации личности алкогольного или наркотического генеза.

Репозиторий ВГУ

• Персеверация – повторение одних и тех же слов, предложений в ответ на разнообразные вопросы, несмотря на стремление больного перейти к другой теме или попытки врача ввести новые стимулы. Может наблюдаться при поражении сенсорного речевого центра головного мозга (центра Вернике), кататонической форме шизофрении, инфекционных и интоксикационных психозах.

• Резонерство – бесплодное рассуждательство («бесплодное мудрствование»), с преобладанием пространных отвлеченных, часто мало содержательных или туманных рассуждений на общие темы, склонность к употреблению высокопарных выражений, необоснованное применение научных терминов, философских рассуждений и громоздкость грамматического строя речи. Наиболее часто встречается при шизофрении, акцентуациях характера шизоидного типа.

• Символизм – больной вкладывает в свои символы (знаки, рисунки, цвета) особый смысл, никому, кроме него, непонятное значение, полностью отличное от обычных, привычных нам. Чаще наблюдается при шизофрении.

• Аутистическое мышление – характеризуется отрывом от окружающей обстановки, погружение в мир внутренних переживаний. Реальный мир находится где-то в стороне, больной обычно во власти собственных фантазий и желаний. Чаще наблюдается при шизофрении, шизоидном расстройстве личности, истерических сумеречных расстройствах.

• Амбивалентность (сильный) – характеризуется одновременным возникновением и сосуществованием противоположных, противоречащих друг другу мыслей. Двойственность в мыслях, чувствах, объединение в единую логическую конструкцию взаимоисключающих понятий. Чаще наблюдается при шизофрении

• Неологизм – образование новых слов, необычных, значение которых понятно только больному: «церкер, «гербелярий», «кнопиды»и т.п. Чаще наблюдается при шизофрении.

Патология суждений

1). Бредовые идеи – это признак психоза – относительно стойкие, то более, то менее нелепые абсурдные идеи, которые возникают на фоне болезненно измененной психики. Носят ошибочный характер, не поддаются коррекции и не соответствуют социально-культурным установкам человека. Нужно дифференцировать от религиозных убеждений и суеверий.

По степени систематизации бредовые идеи делят на:

- систематизированные (чаще при хронической патологии),
- несистематизированные – носят непоследовательный характер, обоснование может отсутствовать. Сопровождается яркими эмоциональными расстройствами.

Репозиторий ВГУ

а). Бредовые идеи преследования:

- *бред отношения* - считают, что все вокруг говорят о нем,
- *бред особого символического значения*,
- *бред инсценировки* – считают, что вокруг него идет спектакль,
- *собственно бред преследования*,
- *бред физического уничтожения*,
- *бред воровства, материального ущерба*,
- *бред сексуального превращения* (в противоположный пол),
- *бред превращения в животное* (зооантропия),
- *бред воздействия* – его разновидности: *бред овладения* (больной считает, что в него "вселились"), бред порчи, колдовства и сглаза, *бред раскрытости* (бывает внешний – за больным постоянно наблюдают со стороны, и внутренний – кто-то читает мысли больного).

б). *Бредовые идеи величия* - чаще возникает на фоне повышенного настроения.

- *бред сексуального могущества,*
- *бред физического могущества,*
- *эротический бред* ("я самая красивая"),
- *бред иностранного происхождения,*
- *бред богатства,*
- *бред изобретательства,*
- *бред реформаторства,*
- *бред мессианства* – больной считает, что ему поручено спасти мир.

в). *Депрессивный бред* – возникает на фоне пониженного настроения:

- *бред самообвинения* (греховности) - может сопровождаться бредом гибели мира, гибели близких.
- *бред мучительного бессмертия,*
- *нигилистический бред* – считают, что у них внутри все сгнило,
- *ипохондрический бред* – ошибочно считают, что серьезно больны.

Разновидность ипохондрического бреда – *бред физического недостатка*, неприятного для окружающих. Он чаще встречается у подростков и сопровождается следующими симптомами: бред отношений, плохое настроение, стремление избавиться от мнимого недостатка, симптом зеркала (подолгу смотрят или наоборот, завешивают зеркало чем-либо).

2). Сверхценные идеи. Содержание сверхценных идей отличается от бредовых идей 2-мя признаками:

- правдоподобное содержание,
- обычно связаны с каким-либо важным переживанием.

3). Бредоподобные фантазии – так же разнообразны, как и бредовые идеи, но в отличие от них нет убежденности в своей правоте.

Репозиторий ВГУ

Для бредоподобных фантазий характерно:

- необычайная стойкость,
- оторванность от реальности,
- причудливость содержания,
- дезадаптация.

Виды патологический фантазий у детей:

а). Игровое перевоплощение,

б). Стереотипные игры,

в). Синдром образного фантазирования (чаще в дошкольном и младшем школьном возрасте) – может быть вплоть до садизма.

г). Фантазирование познавательного характера – выражается в рисовании схем, несуществующих карт.

д). Синдром самооговоров (ребенок наговаривает на себя).

4). Навязчивые идеи (состояния) – это явления, которые возникают против желания больного. Больной борется с ними, но они наплывают все сильнее.

Виды навязчивых состояний:

1). Навязчивые мысли – заставляют человека постоянно думать, например, о том, что было бы, если бы Земля по форме оказалась кубом, где в таком случае находился бы юг или север, или как бы передвигался человек, если бы у него было не две, а четыре ноги.

2). Навязчивый счет – заключается в непреодолимом стремлении считать встречные машины определенного цвета, прохожих, светящиеся окна, собственные шаги и т.д.

3). Навязчивые сомнения – крайне неприятное тягостное чувство, которое переживает пациент, сомневаясь в законченности того или иного действия. Так, врач, выписавший больному рецепт, длительное время не может избавиться от постоянно гложущего его сомнения в том, правильно ли он в рецепте указал дозу, не будет ли эта доза смертельной и т.д. Люди с навязчивыми сомнениями, уходя из дома, неоднократно возвращаются, чтобы проверить, выключен ли газ или свет, хорошо ли закрыт кран в ванной комнате, плотно ли закрыта дверь и т.п.

4). Навязчивые воспоминания – проявляются в постоянном непроизвольном воспоминании какого-то неприятного, компрометирующего факта из жизни больного.

5). Навязчивые страхи (фобии) – мучительное и чрезвычайно интенсивное переживание чувства боязни тех или иных обстоятельств или явлений при критическом отношении и попытках бороться с этим чувством. Существует более 350 видов фобий.

Наиболее часто встречаются:

- ✓ агорафобия – навязчивый страх открытых пространств (площадей, улиц);
- ✓ акрофобия (гипсофобия) – навязчивый страх высоты, глубины;

Репозиторий ВГУ

- ✓ алгофобия – навязчивый страх боли;
- ✓ антропофобия – навязчивый страх контактов с людьми вообще, независимо от пола или возраста;
- ✓ астрофобия – навязчивый страх грома (молнии);
- ✓ вертигофобия – навязчивый страх головокружения;
- ✓ гелиофобия – навязчивый страх солнечных лучей;
- ✓ гематофобия – навязчивый страх крови;
- ✓ гидрофобия – навязчивый страх воды;
- ✓ гинекофобия –навязчивый страх контактов с женщинами;
- ✓ дентофобия – навязчивый страх зубных врачей, стоматологического кресла и инструментов;
- ✓ зоофобия – навязчивый страх контактов с животными;
- ✓ кайтофобия – навязчивый страх перемены обстановки;
- ✓ клаустрофобия – навязчивый страх замкнутых пространств, помещений (квартира, лифт);
- ✓ ксеноскопофобия – навязчивый страх чужого взгляда;
- ✓ мизофобия – навязчивый страх загрязнения;
- ✓ некрофобия – навязчивый страх мертвых, трупов;
- ✓ никтофобия – навязчивая боязнь темноты;
- ✓ нозофобия – навязчивый страх заболеть (СПИДофобия – страх заболеть СПИДом, кардиофобия – страх любого сердечно-сосудистого заболевания, канцерофобия – страх заболеть онкологическим заболеванием, сифилофобия – страх заболеть сифилисом, фтизиофобия – страх заболеть туберкулезом легких, в том числе – чахоткой);
- ✓ оксифобия – навязчивый страх острых предметов;
- ✓ перофобия – навязчивый страх священников;
- ✓ петтофобия – навязчивый страх, боязнь неудержания кишечных газов в присутствии посторонних;
- ✓ ситиофобия (октофобия) – навязчивый страх приема пищи;
- ✓ сидеродромофобия – навязчивый страх езды в поезде;
- ✓ танатофобия – навязчивый страх смерти;
- ✓ трискайдекфобия – навязчивый страх числа 13;
- ✓ тафефобия – навязчивый страх быть погребенным заживо;
- ✓ урофобия – навязчивый страх неодолимого позыва к мочеиспусканию;
- ✓ фобофобия – навязчивый страх страха у человека, когда-либо пережившего эпизод навязчивого страха, это страх повторения фобии;
- ✓ хроматофобия – навязчивый страх ярких красок.

6). Навязчивые влечения – выражаются в появлении у пациента острого желания ударить уважаемого им человека, выколоть глаза своему начальнику, плюнуть в лицо первому встречному, помочиться на виду у всех.

Репозиторий ВГУ

7). Навязчивые действия – выражаются в непроизвольном, автоматическом выполнении каких-либо движений. Например, во время чтения человек механически накручивает на палец прядь волос или покусывает карандаш, или автоматически поедает одну за другой лежащие на столе конфеты.

8). Ритуалы – навязчивые действия, которые больной осознанно вырабатывает как необходимую защиту (своеобразное заклинание) от доминантной обсессии. Эти действия, имеющие значение заклинания, производятся, несмотря на критическое отношение к навязчивостям, с целью защиты от того или иного мнимого несчастья.

Синдромы патологии суждений

Обсессивный («блокада», осада) – навязчивые представления, воспоминания, влечение мысли, действия, страхи, опасения, чувства. Наблюдается при синдроме патологического влечения к ПАВ

Паранойяльный – представляет собой лишенный нелепости правдоподобный систематизированный бред монотематического характера. Другой составной частью синдрома является слегка повышенное настроение и самодовольство, убежденность в собственном превосходстве над окружающими, а также выраженная стеничность и кипучая энергия, направленная на реализацию своих бредовых притязаний. В структуру паранойяльного синдрома никогда не входят иллюзии, галлюцинации и другие расстройства ощущения и восприятия. Паранойяльный бред при этом синдроме может развиваться из сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред эротический, сутяжный, бред ревности, изобретательства и физического недостатка. При алкогольном бреде ревности, паранойяльном расстройстве личности, при расстройствах шизофренического спектра.

Параноидный включает в себя самый разнообразный бред (но чаще всего персекуторный) в сочетании с нарушениями ощущения и восприятия (сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации). Частым и самым распространенным вариантом этого симптомокомплекса является синдром Кандинского – Клерамбо, в структуру которого входят псевдогаллюцинации, бред воздействия (психического, телепатического, физического, гипнотического, лазерного, компьютерного и пр.) и психические автоматизмы. Психический автоматизм проявляется только тогда, когда больной воспринимает себя как марионетку, которая перестает контролировать свои мысли, ощущения, движения; он не может самостоятельно управлять своей волей, эмоциями, двигательными актами. Встречается при эндогенных, психогенных психозах, при ОПГМ, при интоксикационных и абстинентных психозах вследствие употребления ПАВ.

Синдром Кандинского - Клерамбо нередко сопровождается транзитивизмом. Это убеждение больных в том, что не только они, но и их близкие, врачи, медсестры слышат внутренние голоса и ощущают воздействие

Репозиторий ВГУ

извне; что больны не они, а их родственники или, по крайней мере, врачи. В наиболее полном виде данный синдром отмечается лишь при шизофрении. Однако в редуцированном виде он отмечается также при экзогениях, в частности при хроническом алкоголизме и алкогольных психозах. При алкогольном делирии он, например, фрагментарный, кратковременный и зависит от степени нарушения ясности сознания. При остром алкогольном галлюцинозе двигательный автоматизм синдрома Кандинского - Клерамбо полностью отсутствует, а ассоциативный и сенестопатический кратковременны. При гриппозных психозах сохраняется ассоциативный и двигательный и полностью отсутствует сенестопатический автоматизм. В целом отмечается известный параллелизм между тяжестью патологического процесса и выраженностью симптоматики психического автоматизма.

Галлюцинаторно-параноидный – бред может сочетаться с галлюцинациями; нет стройности системы бреда; бредовые идеи чаще направлены на причинение вреда (персекуторные); больные деятельны соответственно бредовым переживанием. Чаще сочетается с параноидными синдромами персекуторного характера

Парафренный – включает в себя систематизированный бред преследования, материального ущерба, величия фантастического характера или отравления с явлениями психического автоматизма, а также слуховыми и висцеральными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Протекает на фоне патологически повышенного настроения (эйфории). Сформированный парафренный синдром отличается необычайной стойкостью, исключительной инертностью, тенденцией к хроническому течению. Тем не менее, с годами по мере нарастания слабоумия бредовая парафренная система теряет четкую систематизированность и несколько разрыхляется. Наблюдается при эндогенных и экзогенно-органических психозах

*Автоматизм психический – п*ереживания чуждости всех психических процессов: убежденность в том, что мысли и желания, образы и представления, возникают, исчезают, сменяют друг друга сами по себе, помимо воли больного. В большинстве случаев сопровождается уверенностью в том, что вся психическая деятельность подчинена воздействию извне и направлена посторонней силой, другими людьми. То же, что и при синдроме Кандинского-Клерамбо.

Синдром Котара включает нигилистический бред (разновидность бредовой ипохондрии) в сочетании с тяжелой депрессией. Больные с синдромом Котара жалуются на то, что у них отсохла половина сердца, легкие зашлакованы, кишечник атрофировался, отсутствует желудок и пища сразу попадает в подкожно-жировую клетчатку, мышцы и кровеносные сосуды "полуживые", поэтому в венах и артериях вместо крови находится непереваренная пища со слюной. В состав синдрома Котара могут входить, хотя далеко не всегда, также бред мучительного бессмертия, отрицательного величия (злого могущества) и бред гибели мира. Бред мучительного бес-

Репозиторий ВГУ

смертия заключается в убежденности больного в том, что он будет вечно мучиться, страдать, испытывать сильнейшую психическую и физическую боль и никогда не избавится от нее, так как он бессмертен. Такие больные, чтобы избавиться от чрезмерных душевных мук, нередко прибегают к самоубийству. Бред отрицательного могущества выражается в патологической убежденности больного в том, что он самим фактом своего существования приносит большие неприятности и страдания отдельным людям и всему человечеству в целом. Синдром Котара в основном характерен для инволюционных и старческих психозов, однако он описан и при периодической шизофрении, и при некоторых других психических заболеваниях.

Обсессивно-фобический (ананкастический) синдром – включает разные виды навязчивых расстройств: интеллектуальные навязчивости (обсессии), моторные (компульсии или импульсии) и эмоциональные (фобии, сомнения, опасения). Чаще всего возникает на фоне подавленного настроения, которому соответствует большей частью безрадостное, тревожное, а порой мучительное содержание навязчивостей. Навязчивости могут возникать периодически, если они ассоциированы с фазно протекающими депрессивными состояниями – атипическая депрессия (точнее, депрессия с навязчивостями). Сравнительно редки случаи сочетания навязчивых расстройств с гипоманическими сдвигами настроения. Содержание навязчивостей при этом меняется на противоположное. Переживание навязчивостей как тягостных, одолевающих и чуждых личности явлений в этом случае притупляется, их содержание становится более оптимистическим.

Лекция 8. Расстройства внимания

Внимание – это направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности, имеющее для личности особую значимость в момент деятельности. Внимание приводит к устойчивому повышенному уровню сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности, обеспечивающей продуктивность психической деятельности – форма организации психической деятельности, обеспечивающая выделение в сознании одних объектов отражения при одновременном отвлечении от других объектов.

Показатели внимания:

• активное (произвольное) внимание, возникновение и поддержание которого требует интеллектуальной и волевой активности;

• пассивное (непроизвольное) внимание, направленность которого на тот или иной объект не связан с какими-либо намерениями, задачей или целью и определяется только основными свойствами самого объекта. Фи-

Репозиторий ВГУ

зиологическим механизмом пассивного внимания является ориентировочный рефлекс («что такое?»).

Основные характеристики внимания

• Устойчивость внимания – способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на определенной психической деятельности, не отвлекаясь и не ослабляя внимания до достижения результатов деятельности.

• Сосредоточенность внимания – способность концентрировать на одних объектах при игнорировании иных, не относящихся к данной деятельности и отвлекающих от нее. Благодаря этому отражение объектов становится более ясным и отчетливым.

• Переключаемость внимания – способность перевода сосредоточенности с одного объекта на другой без существенной потери свойства концентрации. О свойстве переключаемости можно судить как по оценке произвольного, так и непроизвольного внимания

• Распределение внимания – способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности.

• Объем внимания – количество информации, которое одновременно способно сохраняться в сфере внимания.

К свойствам внимания относят: устойчивость, избирательность, переключаемость, распределяемость, объем и концентрация (гиперпрозексия, гипопрозексия)

Патология внимания встречается практически во всех психопатологических синдромах. Наиболее выражена она в структуре эмоционально-гиперэстетических, невротических, аффективных синдромов, нарушениях сознания, состояниях слабоумия.

К видам нарушения внимания относят:

1. *Рассеянность – н*арушение способности длительно сохранять направленность внимания. При этом страдает сосредоточение. Внимание становится неустойчивым, преобладает непроизвольное внимание. Наблюдается при астеническом и депрессивном состояния; в постинтоксикационном периоде, при легкой степени алкогольного опьянения, после прекращения употребления никотина.

2. *Истощаемость* – прогрессирующее ослабление интенсивности внимания в процессе работы при изначально достаточно высокой способности к сосредоточению. Резко падает продуктивность в работе. Наблюдается после средней степени алкогольного опьянения, постабстинентный период, при никотиновой зависимости.

3. *Сужение объема* – это патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью распределения внимания. Его объем ограничен объекта-

Репозиторий ВГУ

ми, имеющими ситуационную или индивидуально–личностную значимость. Выражена при патологическом алкогольном опьянении.

4. *Инертность* - затруднения переключения с одного объекта на другой, возникает утрированно выраженная концентрация внимания на каком-либо объекте, уже потерявшем ситуативную значимость, и затруднение произвольного или непроизвольного переключения его на другой вид деятельности. Наблюдается при интоксикации гашишем.

5. *Отвлекаемость* – это патологическая подвижность внимания, проявляющаяся частым, ни ситуационно, ни мотивационно не обоснованным изменением направленности, сосредоточения и интенсивности внимания. При этом наблюдается постоянная смена объектов и видов деятельности, в силу чего резко снижается ее продуктивность. Наблюдается при начальной стадии простого алкогольного опьянения

6. *Апрозексия* (греч. aprosexia невнимательность) - снижение способности активно направлять и фиксировать внимание. При первой и второй фазе алкогольного опьянения.

Лекция 9. Расстройства воли и влечений

Воля – это сознательная организация и саморегуляция человеком своей деятельности и поведения, направленная на преодоление трудностей при достижении поставленных целей. Воля – это особая форма активности личности, особый вид организации ее поведения, определяемого поставленной ею самой целью.

Этапы волевого процесса

1. Цель и стремление ее достичь (мотивация)
2. Осознание возможностей ее достижения
3. Появление мотивов, подкрепляющих или отвергающих эти возможности
4. Борьба мотивов
5. Выбор, принятие одной из возможностей в качестве решения
6. Осуществление принятого решения

Мотивация – субъективно окрашенное состояние, возникающее на основе активации мозговых структур, побуждающее человека совершать действия, направленные на удовлетворение своих потребностей. Мотивы достижения цели могут быть *индивидуальными, групповыми и социальными* (в этой последовательности они развиваются в онтогенезе).

Варианты мотивации:

• низшая (син. безусловная, биологическая, висцеральная, первичная) – обусловленная врожденными механизмами и обеспечивающая условия нормального обмена веществ в организме;

• высшая (син. сложная) – возникающая на основе низших мотивов и навыков, приобретенных в течение индивидуальной жизни;

Репозиторий ВГУ

• социальная – высшая мотивация, возникающая под влиянием социальных факторов.

Побуждение (син. мотивация) – цель, ради которой совершается поступок.

Импульсивность (лат. толчок, побуждение) – форма поведения, обусловленная болезнью, особенностями склада личности или сложившейся ситуацией, при которой действия, поступки возникают в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями и протекают насильственно без высшего уровня контроля личности, по типу реакции «короткого замыкания».

Мотив – формулировка, причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях.

Желание – субъективное ощущение потребности, в том числе биологической.

Влечение – возникающее независимо от сознания субъективное переживание потребности, стимулирующая деятельность человека и придающая ей направленность. Физиологическую основу влечений составляют инстинкты.

Инстинкт (лат. побуждение) – целенаправленная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами и характеризующаяся постоянством ответных реакций на действие определенных раздражителей; является биологической базой воли и состоит из этапов:

• побуждение, требующее удовлетворения,

• поиск объекта удовлетворения,

• завершающий двигательный акт.

Выделяют инстинкты сна, пищевой, половой, комфортный, иерархический, территориальный, родительский, обладания, миграции, исследовательский, социальный.

Механизмы реализации инстинктов:

• усиление увеличение активности при увеличении препятствия,

• ослабление под влиянием препятствия,

• переадресация меняется объект в системе того же влечения,

• смещение переключение на иное влечение,

• ритуализация приукрашивание различных стадий проявления поведения,

• имитация подражание поведению других.

Потребность необходимость в том, без чего организм не может нормально развиваться и существовать.

Виды потребностей:

• *Физиологические* (в пище, воде, сне), без удовлетворения которых другие не имеют побудительной силы

• *Безопасность* (защищенность, уверенность в завтрашнем дне)

Репозиторий ВГУ

• *Хорошее отношение* (быть любимым, принятым в обществе, группе)

• *Самоуважение* (утвердить себя в деле)

• *Самореализация* (развитие творческой личности, забота о других людях)

Патология воли

Патология волевой сферы представлена усилением, ослаблением, отсутвием и извращением волевой активности.

1. *Гипербулия* – болезненно повышенная волевая активность. Больные обнаруживают болезненно облегченную решимость, при которой любая идея немедленно реализуется, возможность правильного обсуждения снижена, а действия скоропалительны. Гипербулия – характерный симптом маниакального синдрома. Кроме того, гипербулию могут обнаруживать бредовые больные при реализации своих бредовых идей.

2. *Гипобулия* – болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удерживание какой-либо цели. Больные ничем не занимаются, вялы, пассивны, длительно сидят или лежат в одной позе с безразличным выражением лица. Крайняя степень гипобулии называется *абулией* (патологическое безволие) и проявляется отсутствием побуждений, утратой желаний, полной безучастностью и бездеятельностью, почти полным ограничением общения. Снижение воли часто сочетается с оскудением эмоций (вплоть до апатии) и определяет клинику *апатоабулического* синдрома (например при шизофрении). Абулия встречается так же при сенильных психозах, депрессии, астении.

3. *Парабулии* – извращение воли, представлены различными кататоническими симптомами:

• *Ступор* – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими;

• *Мутизм* – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;

• *Негативизм* – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);

• *Стереотипии* – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – *вербигерации*);

• *Пассивная подчиняемость* – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;

Репозиторий ВГУ

• *Эхопраксия* – больной полностью повторяет все действия другого человека;

• *Эхолалия* – повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращенный к нему, больной отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса;

• *Каталепсия* (восковая гибкость) – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам больной не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.

Синдромы нарушения воли

Кататония – симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме *акинеза* (кататонический ступор) или в форме *гиперкинеза* (кататоническое возбуждение).

Для **кататонического ступора** характерно наличие повышенного тонуса мышц, который развивается как бы сверху вниз (жевательные мышцы, шейные и затылочные, далее мышцы плеч, предплечий, кистей рук и, в последнюю очередь, мышцы ног). Гипертонус может предстать в виде *ступора* или в виде *восковой гибкости (каталепсия*). Кроме того, при кататоническом ступоре выявляются *негативизм, мутизм, пассивная подчиняемость*.

В соответствии с выраженностью и преобладанием тех или иных двигательных расстройств выделяют несколько разновидностей кататонического ступора, которые могут сменять друг друга:

а) *ступор с восковой гибкостью*;

б) *негативистический ступор*;

в) *ступор с мышечным оцепенением*.

Для **кататонического возбуждения** характерно, лишенное внутреннего единства и целенаправленности, повышение двигательной активности, со стремлением к *движению* (в отличии от стремления к *действию* при маниакальном синдроме), на фоне которого отмечаются такие симптомы как *стереотипии, эхо-симптомы, парамимия, негативизм, мимоговорение*. Может сопровождаться патетикой, экстазом, злобой, яростью, безразличием. Как разновидность психомоторного возбуждения представляет опасность и для себя и для окружающих лиц (в т.ч. для медицинского персонала).

Расстройства влечений проявляется в нарушении инстинктивных влечений.

1. Нарушение инстинкта самосохранения:

А) нарушение влечения к пище.

Репозиторий ВГУ

• Анорексия – утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в пище (депрессия, кататонический ступор, тяжелая алкогольная абстиненция).

• Булимия – патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе (гиперинсулинизм, умственная отсталость, шизофрения).

• Полидипсия – повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда (эндокринные заболевания).

• Копрофагия – поедание несъедобного, иногда собственных экскрементов (слабоумие, шизофрения). В норме – при беременности (поедание мела).

Б) нарушение влечения к жизни:

• Самоистязание – порезы, повреждения (дисфории, бредовые состояния).

• Самоуродование – необратимые повреждения (дисморфомания, галлюцинации императивного характера)

• Самоубийство:

➢ импульсивное: спонтанно, без обдумывания, по типу «короткого замыкания».

➢ демонстративное: с целью «напугать, добиться чего-либо, оказаться в центре внимания, все по сценарию.

➢ «как исход» - на фоне депрессивных состояний, тщательно планируются, скрываются.

2. Нарушение инстинкта сохранения рода:

А) нарушение полового влечения:

• Снижение полового чувства (либидо) – гиполибидо (невроз, депрессия, эпилепсия, терапия психотропными средствами)

• Повышение полового чувства – гиперлибидо (мания, слабоумие, алкоголизм).

• Извращение – перверзии:

- в акте:

o Садизм – получение полового удовольствия при истязании лица противоположного пола (психопаты). Может быть физическим и психологическим.

o Мазохизм – получение удовольствия при истязании лицом противоположного пола.

o Вуайеризм – стремление к разглядыванию чужих половых органов и половых актов.

o Эксгибиционизм – непреодолимое желание неожиданно обнажать свои половые органы перед лицом противоположного пола (у мужчин при алкоголизме, умственно отсталых).

Репозиторий ВГУ

o Трансвестизм – патологическое стойкое стремление носит одежду и прически противоположного пола и играть его роль. Истинный – с детства, ложный – только для получения полового удовлетворения.

o Фетишизм – получение полового удовлетворения при собирании предметов, принадлежащих лицам противоположного пола.

o Нарциссизм – получение удовольствия при созерцании своего обнаженного тела в зеркале.

- *в объекте:*

o Педофилия – патологическое влечение к детям (умственно отсталые).

o Геронтофилия – патологическое влечение к лицам пожилого возраста.

o Гомосексуализм – получение полового удовлетворения от лица своего пола, равнодушие к лицам противоположного пола.

o Некрофилия – патологическое влечение к трупам.

o Инцест – половые отношения с близкими кровными родственниками.

o Зоофилия – половые отношения с животными.

3. Импульсивные расстройства влечений

Импульсивное действие – внезапно совершаемое стремительное, немотивированное действие, продолжающееся секунды или минуты; признак выраженного психического расстройства.

- Копролалия – импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств. Этот симптом может наблюдаться при болезни Жиля де ля Туретта.
- Мифомания – непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлечения к себе внимания.
- Дипсомания – влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами. Влечение к спиртному бывает настолько сильным, что, несмотря на критическое отношение к нему, вначале преодолеть влечение не удается. В этом состоянии больные совершают всевозможные неблаговидные поступки: обман, воровство, агрессию для того, чтобы получить желаемое спиртное.
- Пиромания – влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.
- Клептомания или импульсивное воровство – немотивированное влечение к воровству.
- Дромомания – импульсивное влечение к перемене мест, влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различных психических заболеваниях.

Репозиторий ВГУ

Лекция 10. Расстройства эмоций

Эмоции – это физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека – от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения. Эмоциональные состояния имеют объективные, (соматовегетативные) и субъективные (психологические) проявления. Эмоции, как правило, сопровождаются выразительными движениями, адекватными переживаемой эмоции.

Анатомо-физиологической основой эмоций служат подкорково-стволовые (лимбико-диэнцефальные) и корковые структуры, участвующие в регуляции функций.

Классификация эмоций

1. По чувственному тону:

✓ положительные – приятные эмоции, которые возникают при удовлетворении потребностей, – это переживание радости, воодушевления, удовлетворении

✓ отрицательные – неприятные эмоции, при которых переживается затруднение в достижении цели, огорчение, тревога, раздражение, гнев.

2. *По виду* – волнение, радость, удивление, горе, страдание, гнев, презрение, страх, стыд, вина.

3. *По интенсивности* – степени выраженности глубины переживания (от слабой до сильной).

4. По содержанию:

✓ низшие – протопатические эмоции, подкорковые, таламические, филогенетически более древние, элементарные -удовлетворение чувства голода, жажды, полового чувства,

✓ высшие эпикритические, корковые, присущие только человеку, филогенетически более молодые (к ним относятся эстетические, этические, нравственные).

5. По влиянию на деятельность:

✓ стенические – мобилизующие эмоции, направленные на активную деятельность, борьбу, способствующие мобилизации сил для достижения цели.

✓ астенические –дезорганизующие, угнетающие, обусловливающие пониженную активность, неуверенность, сомнения, бездеятельность.

6. *По длительности* – временная протяженность переживаний, скорость возникновения и исчезновения.

7. *По механизму возникновения* – экстерорецептивные, интерорецептивные.

Репозиторий ВГУ

Эмоциональные проявления и их признаки:

• Эмоциональное состояние – определенный психо-эмоциональный тонус, сохраняющийся на протяжении длительного времени и связанный с общим сомато-психическим состоянием субъекта. К эмоциональным состояниям относится настроение. Изменение эмоционального состояния может выступать как ведущая психопатологическая симптоматика при болезни.

• Эмоциональные отношения – эмоциональная избирательность, связь эмоций с определенными событиями, людьми, предметами, свидетельствующая об активной позиции человека в их оценке.

• Чувство – одно из проявлений эмоциональных отношений, имеющее четко выраженный предметный характер, отражающее конкретную содержательную субъективную оценку человеком определенного субъекта или объекта.

В зависимости от направленности чувства делятся на:

- ✓ моральные (переживание человеком его отношения к другим людям),
- ✓ интеллектуальные (связанные с познавательной деятельностью),
- ✓ эстетические (чувства красоты при восприятии искусства, природы),
- ✓ практические (связанные с общей деятельностью человека).

Резкое изменение эмоциональных отношений может явиться источником болезненных состояний.

• Эмоциональные реакции – эмоциональные ответы на биологически или социально значимые раздражители, они отличаются кратковременностью и большой интенсивностью. По окончании эмоционального реагирования человек снова возвращается к постоянному для него эмоциональному состоянию.

Виды эмоциональных проявлений

1. Чувственный тон – общий относительно постоянный эмоциональный фон, на котором протекают психические процессы. Он отражает степень и качество отношения человека к объекту. Показателем субъективных эмоциональных отношений, обеспечивающих восприятие окружающей действительности, служит эмпатия. *Эмпатия* – эмоциональная отзывчивость человека на переживания другого. Первичные эмпатические реакции наблюдаются уже у новорожденных. В процессе психического развития они усложняются и становятся переживаниями отношения ребенка к внутреннему миру других людей.

Объектом эмоциональных реакций ребенка могут стать игрушки и животные.

2. Настроение – длительное, устойчивое эмоциональное состояние, носящее относительно нейтральный характер, но имеющее некоторый оттенок, выражающий наличие комфорта или дискомфорта в организме и окружающей среде. В норме настроение может колебаться в сторону его по-

Репозиторий ВГУ

вышения или понижения адекватно соответствующей обстановке, физическому или психическому состоянию человека

3. Аффект (лат. переживание) – кратковременное сильное душевное волнение (эмоциональная реакция большой силы), протекающее с возбуждением, сопровождаемым пантомимическими и вегетативными проявлениями. При формально ясном сознании может быть нарушен контроль над своим поведением.

Выделяют аффекты:

- ✓ физиологический, не сопровождающийся помрачением сознания,
- ✓ астенический – быстро истощающийся, сопровождающийся угнетенным настроением,
- ✓ стенический – с повышенным самочувствием и психической активностью,
- ✓ неадекватный – несоответствующий или противоречащий содержанию переживания или ситуации.

4. Возрастная незрелость эмоционального реагирования: элементарность эмоций, преобладание положительных эмоций, повышение эмоциональной лабильности, рудиментарность и атипичность аффективных расстройств, замена эмоций возрастными эквивалентами эмоциональных проявлений (соматовегетативными, поведенческими).

5. Стресс (напряжение) – неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, характеризующееся выраженным эмоциональным переживанием (аффектом). Стресс может носить позитивный, мобилизующий и негативный (дистресс) характер

6. Страсть – длительное выраженное напряженное эмоциональное отношение с направленностью на определенный объект или вид деятельности

7. Патологический аффект – кратковременное психическое расстройство в ответ на травмирующее переживание, приводящее к истощению психических процессов, неадекватное по силе и качеству раздражителю, сопровождающееся бурными двигательными и вазовегетативными проявлениями, резким сужением, а затем помрачением сознания, характеризуется частичной или полной амнезией. Патологический аффект проявляется при алкоголизме и наркоманиях и эпилепсии.

Патология эмоций



Репозиторий ВГУ

1. Симптомы эмоциональных расстройств

1.1 Расстройства реагирования – острые, кратковременные, эмоциональные реакции, неадекватные причине, по силе и степени выраженности, длительности и значимости в ответ на различные ситуации.

• Эмоциональные реакции внезапно начинаются и быстро заканчиваются.

• *Эксплозивность* – повышенная эмоциональная возбудимость и импульсивность в сочетании с инертностью и тугоподвижностью, доминирует злобно-тоскливое настроение.

• *Эмоциональное застревание* – аффективная реакция продолжается длительное время, оказывает влияние на мысли и поведение, пережитая обида «застревает» надолго у злопамятного человека.

• *Состояние потери чувств* - мучительное состояние бесчувствия, утрата способности реагировать на происходящие события, «скорбное бесчувствие», наблюдается при депрессии и психогениях.

• *Эмоциональная монотонность* – эмоциональная холодность – ровное, холодное отношение ко всем событиям независимо от их эмоциональной значимости.

1.2 Расстройства настроения (аффективные расстройства) проявляется тремя вариантами: симптомами с усилением, ослаблением и извращением эмоциональности.

- *Патологически повышенное настроение.*

1. *Гипертимия* – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («веселость, брызжущая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов. Гипертимия – основной симптом маниакальных синдромов.

2. *Эйфория* – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, препятствует познавательным процессам. Эйфория встречается при интоксикациях (инфекционного, алкогольного и т.п. характера).

3. *Мория* – веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения, при глобальной деменции.

4. *Экстаз* – гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до исступленного восхищения, чувства прозрения, озарения. Часто сочетается с растерянностью, кататоническими проявлениями, онейроидным помрачением сознания.

- *Патологически пониженное настроение.*

1) Гипотимия – болезненно пониженное настроение, переживаемое как, грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, щемление, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности, беспомощности, суицидными мыслями и

Репозиторий ВГУ

поступками. Такой тип расстройства настроения характерен для депрессивных синдромов.

2) Дисфория – болезненно пониженное настроение, сопровождающееся раздражительно-тоскливо-злобным, мрачным чувством. Возникает и оканчивается внезапно. Может длиться часами или днями. Во время дисфории больные склонны к агрессивным действиям. Дисфории, преимущественно, наблюдаются у больных с неблагоприятно текущей эпилепсией, при травматических и других органических поражениях головного мозга.

3)Тревога – гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством томительного ожидания грядущей беды, отчаянием, опасениями за судьбу родных. Иногда тревога ощущается телесно с витальным оттенком, как зуд, внутренняя дрожь. Часто сочетается с двигательным (психомоторным) возбуждением. Как патологическое состояние тревога иррациональна и вызвана болезненными психическими переживаниями, а не реальными событиями (« что-то в мире должно случиться», – пытается, к примеру, объяснить свое беспокойство пациент). Встречается при многих острых психозах (острые параноидные психозы, синдромы помрачения сознания), при депрессии (тревожная депрессия). Тревожная окраска переживаний характерна для психопатологических состояний в пожилом возрасте. При неврозах (тревожные расстройства) тревога носит менее выраженный характер, отсутствует выраженное психомоторное возбуждение и сопровождается обильными вегетативными проявлениями (вегетативная тревога).

4) Страх, как патологическое состояние – переживание сиюминутной опасности, с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания. Встречается как в рамках острых психозов (бредовые психозы, синдромы помрачения сознания), так и при неврозах навязчивых состояний в рамках фобий (описаны выше).

5) Апатия (греч. бесчувственность) расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью. Характерна для эндогенных негативных и психоорганических синдромов; при абстинентном и постабстинентном состоянии у зависимых от ПАВ

6) Тоска – сопровождается характерным тягостным ощущением, стеснением за грудиной, сопровождается преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов. Входит в структуру депрессивных, невротических синдромов дисфории

7) Амбивалентность (психическая двойственность) – одновременное возникновение прямо противоположных чувств по отношению к одному и

Репозиторий ВГУ

тому же объекту или человеку. Свойственна кататоническим и эндогенным психозам, при патологическом влечении к ПАВ

8) Эмоциональная неадекватность - качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу. Входит в структуру кататонических синдромов и негативных личностных расстройств

9) Эмоциональное огрубение – проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность. Может наблюдаться при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, при атеросклеротических изменениях личности

10) Эмоциональная, или аффективная, тупость – расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность. При шизофреническом слабоумии, деградации личности в результате употребления ПАВ

2. Синдромы эмоциональных расстройств

1.1 Депрессивный синдром характеризуется выраженным снижением настроения с усилением отрицательных эмоций, замедленностью двигательной активности и замедлением мышления.

Большое диагностическое значение имеют следующие симптомы депрессии: депрессивное настроение, утрата интересов, потеря энергии, потеря веры в себя и самоуважения, необоснованные упреки себе или чувство вины, суицидальные мысли или поведение, затрудненное мышление или концентрация, нарушения сна, изменение аппетита и веса, утрата способности испытывать удовольствие (ангедония), углубление депрессии по утрам, пессимизм в отношении будущего.

Варианты депрессий

1. Депрессивный ступор – полная обездвиженность, мрачное оцепенение, которое может внезапно прерываться состоянием меланхолического неистовства

2. *Бредовая депрессия* – бред занимает центральное место в структуре депрессивного синдрома, при этом бредовые расстройства приобретают фантастический характер громадности

3. Тревожная депрессия – над аффектом тоски преобладает тревога, характерно двигательное беспокойство

1.2 Мания – психическое расстройство, сопровождающееся чувством радости, легкости, повышенного настроения и аффектом гнева.

1. Повышение настроения с чувством радости, которым больные заражают окружающих, и аффектом гневливости.
2. Ускорение мышления (может доходить до«скачки идей»).
3. Усиление речедвигательной активности.

Репозиторий ВГУ

Может сопровождаться сверхценными идеями переоценки собственной личности или бредовыми идеями величия.

Состояние развернутой мании является непродуктивным. Полностью отсутствует критика к своему состоянию. Легкие случаи носят название гипомании, при этом можно говорить о довольно продуктивном состоянии.

Выделяют несколько вариантов маниакального синдрома.

❖ *Простые:*

- веселая мания – наиболее характерная для маниакально-депрессивного психоза (повышенно-оптимистическое настроение с умеренным речедвигательным возбуждением)
- гневливая мания (повышенное настроение, придирчивость, недовольство, раздражение)
- мания с дурашливостью, при которой повышенное настроение с двигательным и речевым возбуждением сопровождается манерностью, детскостью, склонностью к нелепым шуткам
- спутанная мания (повышенное настроение, бессвязность речи и беспорядочное двигательное возбуждение).
- маниакальное буйство - возбуждение со злобой, яростью, разрушительными тенденциями, агрессией.

❖ *Сложные:*

- Бредовые маниакальные состояния – развитие на фоне маниакального состояния бреда, галлюцинаций, признаков психического автоматизма без помрачения сознания.
- Маниакальные состояния с дурашливостью – повышенное настроение, склонность к нелепым и плоским шуткам, гримасничаньям, тенденции к совершению нелепых поступков. Возможны бредовые идеи, вербальные галлюцинации, психические автоматизмы.
- Маниакальные состояния с развитием острого чувственного бреда – патетика, экзальтированность, многоречивость. При развитии острого чувственного бреда возникает инсценировка с изменением восприятия окружающего, с ощущением, что разыгрывается спектакль, главную роль в котором играет больной.

Лекция 11 Расстройства интеллекта

Интеллект – совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению знаний и навыков, а также способность их использовать в практической деятельности (не вступая в конфликт и противоречие с реальной действительностью). В структуре интеллекта различают собственно интеллект (способность к абстрактно-логическому мышлению)

Репозиторий ВГУ

и предпосылки интеллекта: память, внимание, активность волевых процессов, запас знаний и т.д.

В психиатрии различают две основные формы патологии интеллектуальной деятельности.

Формы патологии интеллектуальной деятельности

1. Врожденная - олигофрения (отечественный термин) и умственная отсталость (МКБ -10)
2. Приобретенная - деменция (слабоумие):

• органическая
• эпилептическая
• шизофреническая

Олигофрения – группа стойких, непрогредиентных патологических состояний, характеризующихся наследственным, врожденным или приобретенным в первые годы жизни (до 3 лет) слабоумием, выражающимся в общем психическом недоразвитии с преобладанием в первую очередь интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении социальной адаптации. Выделяют 3 степени олигофрении:

- Идиотия – отсутствует способность к самообслуживанию, грубые нарушения развития, речь не развита (IQ <20);
- Имбецильность – способны к самообслуживанию, не обучаемы (IQ=20–50);
- Дебильность – обучаемы, грамотная речь, внушаемы, отсутствует способность к абстрактному мышлению (IQ=50–70).

Умственная отсталость по МКБ-10:

F70 Легкая умственная отсталость (IQ=50–69)

F71 Умеренная умственная отсталость (IQ=35–49)

F72 Тяжелая умственная отсталость (IQ=20–34)

F73 Глубокая умственная отсталость (IQ=<20)

Деменция – приобретенное слабоумие (после 3 лет жизни). Различают два типа деменций: частичную (или лакунарную, парциальную, очаговую, дисмнестическую) и тотальную (или полную, диффузную, глобарную).

При частичной (парциальной, дисмнестической) деменции страдают предпосылки интеллекта, в первую очередь – память (гипомнезия), присутствует осознание болезни и критическое отношение к своему состоянию, «ядро личности» сохранено. Данный тип деменции наиболее свойственен сосудистым заболеваниям головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь), но может встречаться и при других заболеваниях.

Тотальная деменция проявляется относительно равномерным снижением всех познавательных процессов: мышления, памяти, внимания и др. Расстройства мышления проявляются в невозможности образования логических связей, абстрагирования. Резко снижается доступный больному

Репозиторий ВГУ

уровень обобщения понятий, выявляется слабость суждений. Постепенно нарастает расстройство как кратковременной, так и долговременной памяти, нарушается активное внимание. Больные не способны сосредоточиться на задаваемых вопросах. Снижение высших нравственных чувств обнажает и делает бесконтрольными низшие, инстинктивные эмоции. Преобладающий эмоциональный фон может быть угрюмо-раздражительным, эйфорически-благодушным либо апатическим. Очень быстро больные теряют критику к своему состоянию, суждения и поступки становятся нелепыми. Быстро утрачиваются индивидуальные психические особенности, ценностные установки, навыки поведения (распад «ядра личности»).

Тотальное слабоумие характерно для грубоорганических процессов, при которых поражается преимущественно кора головного мозга. Оно может наблюдаться при дегенеративных заболеваниях (болезнь Альцгеймера, Пика, старческое слабоумие), при сифилисе головного мозга и прогрессивном параличе. В некоторых случаях к аналогичному исходу приводит локальный патологический процесс, например, при травмах, опухолях мозга.

По особенностям клинической картины различают следующие типы деменций.

- Шизофреническое слабоумие (апатическое, или атактическое) Характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться. Именно поэтому интеллект таких больных сравнивают со шкафом, полным книг, которыми никто не пользуется. Наблюдается при шизофрении.
- Эпилептическое слабоумие – выражается не только в значительном снижении памяти, но и в своеобразном изменении мышления, когда человек начинает терять способность различать главное и второстепенное, ему все кажется важным, все мелочи — значительными. Мышление становится вязким, непродуктивным, патологически обстоятельным, больной никак не может выразить свою мысль. Характерно также сужение круга интересов, концентрация внимания исключительно на своем состоянии (концентрическое слабоумие). Наблюдается при эпилепсии
- Раннее слабоумие – общее название психозов молодого возраста, характеризующихся исходом в гебефрению, кататонию или параноидное слабоумие. Наблюдается при шизофрении
- Психоорганический синдром – характеризуется сравнительно легким, но стойким интеллектуально-мнестическим снижением, не достигающим степени выраженного слабоумия. При психоорганическом синдроме ослабевает память, замедляется темп мыслительной деятельности, появляются затруднения в приобретении новых знаний и навыков, снижаются уровень суждения и критика, развивается эмоциональная недостаточность. Возможно частичное обратное развитие симптоматики или ее постепенное утяжеление. Наблюдается при органической энцефалопатии.

Репозиторий ВГУ

• Органическая деменция – слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга. Наблюдается при болезни Альцгеймера; сосудистой деменции; деменций при болезнях Пика, Гентингтона, Паркинсона, СПИДе и др.

• Амнестический синдром, связанный с употреблением алкоголя. Различают 2 формы:

✓ Острая форма – энцефалопатия Вернике (симптомы: нистагм, атаксия, спутанность сознания, сонливость, конфабуляции, легкая форма делирия).

✓ Хроническая форма – Корсковский психоз (ретро- и антеградная амнезия, конфабуляции, амнестическая дезориентировка, полиневрит, часто алкогольная деменция).

Острая форма наблюдается при алкогольной энцефалопатии, хроническая – при алкогольной деменции.

Лекция 12. Нарушения сознания

Сознание – высшая форма отражения объективной действительности, свойственная лишь человеку, представляющая собой совокупность психических процессов, позволяющих ему ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности, обеспечивающих преемственность опыта, единство и многообразие поведения. Сознание – это отношение к миру со знанием его объективных закономерностей. Именно знание опосредует отношение человека к действительности, объединяет и преобразует всю сферу живого, проявляя и осуществляя себя в таких своих формах как воображение, целенаправленное внимание, воля, эстетические эмоции и др.

Основными характеристиками сознания являются:

• степень его ясности (уровень бодрствования),

• объем (широту охвата окружающих явлений и переживаний),

• содержание (полноту, адекватность и критичность оценки запаса памяти, мышления эмоционального отношения),

• непрерывность (способность осознавания и оценки прошлого, настоящего и будущего).

Сознание – сложный интегративный психический процесс, определяющий познавательный синтез и включающий предметную (аллопсихическую) и личностную (аутопсихическую) ориентировку.

• Предметная ориентировка – ориентировка в месте, времени, чаще нарушается при экзогенных психозах: ЧМТ, инфекционных и интоксикационных психозах.

• Личностная ориентировка – ориентировка человека в своем духовном «я», в себе самом, чаще нарушается при эндогенных психозах.

Разделяют количественные и качественные расстройства сознания.

Репозиторий ВГУ

Количественные расстройства сознания

Оглушение – угнетение сознания, характеризующееся умеренным или значительным снижением уровня бодрствования, сонливостью, повышением порога восприятия всех внешних раздражителей, торпидностью психических процессов. Возникает при экзогенных или эндогенных интоксикациях, при мозговой травме, повышении внутричерепного давления. Речевой контакт возможен, иногда требуется повторение вопроса, ответы на вопросы лаконичные. Больной отвечает на вопросы с выраженным промедлением, чаще односложно, возможны персеверации, выполняет лишь элементарные задания. Больной открывает глаза спонтанно или сразу же при обращении к нему. Двигательная реакция на боль активная, целенаправленная. Отмечаются истощаемость, вялость, обеднение мимики, сонливость. Контроль за функциями тазовых органов сохранен.

Сопор – глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных двигательных реакций и открывания глаз в ответ на боль, патологическая сонливость, аспонтанность. Больной обычно лежит с закрытыми глазами, словесные команды не выполняет, неподвижен или производит автоматизированные стереотипные движения. При нанесении болевых раздражителей у больного возникают координированные защитные движения конечностями, направленные на их устранение, поворачивание в постели, а также страдальческие гримасы, стоны. Возможно открывание глаз в ответ на боль, резкий звук. Зрачковые, корнеальные, глотательные и глубокие рефлексы сохранены. Контроль за функциями тазовых органов нарушен. Жизненно важные функции сохранены, либо умеренно изменен один из их параметров.

Кома (глубокий сон) – выключение сознания с полной утратой восприятия окружающего мира, самого себя и других признаков психической деятельности, при этом глаза прикрыты; приподняв веки больного, можно увидеть неподвижный взор или содружественные плавающие движения глазных яблок. Отсутствуют признаки психической активности, почти полностью или полностью утрачены реакции на внешние раздражители. Отсутствуют кожные, слизистые и сухожильные рефлексы. После выхода из комы – полная амнезия.

Кома может возникать остро или подостро, проходя предшествующие ей стадии оглушения, сопора. Принято выделять кому, обусловленную деструкцией лимбико-рстикулярных отделов мозга или обширных участков коры полушарий большого мозга (органическая кома), и кому, возникшую в связи с диффузными метаболическими нарушениями в мозге (метаболическая кома), которая может быть гипоксической, гипогликемической, диабетической, соматогенной (печеночная, почечная и др.), эпилептической, токсической (лекарственная, алкогольная и пр.).

Критерии помрачения сознания К. Ясперса:

Репозиторий ВГУ

- Нарушение восприятия – отрешенность от окружающего как следствие наплыва иллюзорно – галлюцинаторных образов;
- Нарушение ориентировки – нарушение алло- и аутопсихической ориентировки;
- Нарушение мышления – бессвязность мышления или формирование вторичного чувственного бреда;
- Нарушение памяти – полная амнезия реальных событий.

К качественным расстройствам сознания относят:

Делирий (делириозное помрачение сознания): ведущие симптомы – дезориентировка во времени, ситуации, окружающей обстановке при сохранении ориентировки в собственной личности, растерянность, отрешенность от реальной обстановки, обилие истинных зрительных галлюцинаций. Обязательные – эмоциональное напряжение (тревога, боязнь, страх) острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовое возбуждение, отмечается частичная амнезия как реальных событий, так и галлюцинаторных и бредовых переживаний. Нередки вегето-висцеральные симптомы. Из факультативных симптомов наиболее часты слуховые и тактильные галлюцинации, сенестопатии.

Классический делириозный синдром развивается в *три этапа* (стадии).

На первом этапе – изменчивость настроения, говорливость, психическая гиперестезия, расстройства сна. Нарастает суетливость, беспокойство, общая возбудимость, усиливаются колебания настроения от приподнятого, раздражительного к тревоге и ожиданию беды. Появляются наплывы образных, четких воспоминаний, чувственно ярких представлений. Помимо затруднения засыпания и поверхностного сна характерны яркие сновидения неприятного содержания.

На втором присоединяются иллюзорные расстройства, преимущественно парейдолии. Резко усиливается гиперестезия, лабильность аффекта, нарастает дезориентировка во времени, ситуации. Симптоматика колеблется, утяжеляясь в ночные часы, а в дневное время возникают светлые промежутки («люцидные окна»). Расстройства сна становятся все более выраженными и продолжительными, при засыпании возникают гипнагогические зрительные галлюцинации.

В третьей стадии ведущее место занимают зрительные истинные галлюцинации при аллопсихической дезориентировке (во времени и месте) и сохранении ориентировки в собственной личности. Зрительные галлюцинации воспринимаются больным среди реальных предметов и сливаются с ними, но постепенно, заменяясь сценоподобными галлюцинациями, все больше вытесняя и отрешаясь от реальности и замещая ее. К утру больные забываются патологическим сном, похожим на оглушение.

- *Мусситирующий (бормочущий) делирий* характеризуется тотальной дезориентировкой, хаотическим беспорядочным возбуждением,

Репозиторий ВГУ

невнятным монотонным бормотанием. На высоте делирия хаотическое возбуждение сменяется однообразными гиперкинезами или симптомом обирания — бессмысленное перебирание пальцев рук, подергивание одежды и т. д. Появляются нерво-вегетативные расстройства — гипертермия, миоклинические и фибриллярные подергивания мышц, тремор, тахикардия, колебания АД, тяжелые расстройства сна и др. При утяжелении симптоматики делирий переходит в сопор или кому и может привести к смерти пациента.

- При *профессиональном делирии* ведущими симптомами являются «видение» профессиональной обстановки и деятельности пациента. Преобладает возбуждение в виде автоматических двигательных актов над галлюцинациями. Больной убежден, что находится на производстве, выполняет привычные профессиональные действия (дворник машет метлой, портной шьет и т. п.). Дезориентировка более грубая, чем при классическом делирий, и нередко при утяжелении симптоматики сменяется оглушением или сопором.

Делирий встречается при интоксикациях лекарственных (атропин, гормоны, антидепрессанты, стимуляторы и др.), промышленных (тетраэтилсвинец и др.), при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, при инфекционных, соматических заболеваниях, сосудистых поражениях головного мозга.

Онейроидное (сновидное) помрачение сознания **–** характеризуется наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представление в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое (отрешенность от окружающего мира с погружением в бредовые переживания). Наблюдается несоответствие между фантастическими переживаниями и поведением больного. Выход постепенный от нескольких часов до месяцев (шизофрения, опухоли, интоксикации).

Аменция – наиболее глубокая степень изменения сознания, характеризующаяся полной дезориентировкой во времени, месте и собственной личности, тотальной дезинтеграцией всей психической деятельности, инкогеренцией (бессвязностью) мышления, бесцельным хаотическим психомоторным возбуждением в пределах постели, растерянностью, недоумением, отрывочными и бессистемными бредовыми высказываниями, галлюцинациями, тревогой, страхом, полная амнезия (острые и хронические инфекционные и соматические заболевания, энцефалиты, злокачественный нейролептический синдром).

Сумеречное сужение сознания – остро возникающее помрачнение сознания, при котором возникает глубокая дезориентировка во времени, окружающей обстановке и собственной личности (ведущая симптоматика) в сочетании с галлюцинаторными и бредовыми высказываниями, аффектом тоски, злобы и страха, резким галлюцинаторно-бредовым возбуждени-

Репозиторий ВГУ

ем, бессвязной речью, реже с внешне упорядоченным поведением. По выходе из данного синдрома—полная тотальная амнезия.

Амбулаторный автоматизм – отмечаются автоматические, нередко достаточно сложные двигательные акты на фоне бесстрастного аффекта с оттенком некоторой растерянности. Характерна амнезия.

Фуги, трансы – особые автоматизмы, когда внешне сложные последовательные действия кажутся правильными, упорядоченными, целенаправленными, на самом деле бессмысленны, не нужны и не запланированы пациентом (пациенты бесцельно бродят, ходят, бесцельно бегают и т. п.) (эпилепсия, травмы, опухоли, алкоголизм).

Сомнамбулизм – снохождения, лунатизм. Может быть невротического генеза.

Лекция 13. Эндогенные психические заболевания

Эндогенные психические заболевания - эти болезни обусловлены преимущественным влиянием внутренних, прежде всего наследственных, патологических факторов при определенном участии в их возникновении различных внешних вредных воздействий. К эндогенным психическим заболеваниям относятся:

• шизофрения;

• маниакально–депрессивный психоз;

• циклотимия;

•функциональные психозы позднего возраста (инволюционная меланхолия, пресенильный параноид).

Шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз являются в настоящее время самыми распространенными психическими заболеваниями, встречающимися в молодом и среднем возрасте. Данная группа психических расстройств имеет ряд общих клинических признаков. Однако по психопатической структуре и динамике заболеваний в целом они существенно отличаются друг от друга. Основным из этих расстройств является шизофрения, психическое заболевание неустановленной этиологии, склонное к хроническому течению, проявляющееся типичными изменениями личности больного и различными по степени выраженности другими психическими расстройствами, приводящими часто к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности.

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – одно из самых распространенных психических заболеваний, характеризующееся непрерывно прогрессирующим течением и характерными изменениями личности, выражающимися в эмоциональном оскудении, снижении энергетического потенциала, утрате единства личности, потере связи с реальностью, характерными расстройствами мышле-

Репозиторий ВГУ

ния. В названии «шизофрения» и заключается суть заболевания (от греч. схизо – «расщеплять»).

Распространенность шизофрении – 1% всего населения, чаще отмечается у мужчин. В психиатрических больницах лица, страдающие этим заболеванием, составляют около половины всех больных. Среди лиц, совершивших общественно опасное деяние и признанных невменяемыми, шизофреники также составляют около 50%. Наиболее часто шизофрения развивается в молодом возрасте, однако может возникнуть и в детском, зрелом, а также позднем возрасте.

Несмотря на огромную значимость проблемы шизофрении, причины, а также механизм возникновения и развития этого заболевания до настоящего времени остаются неясными. Предложено много гипотез, пытающихся объяснить происхождение шизофрении (различные нарушения целостности отдельных структурных частей мозга, наследственные факторы, показывающие повышенную частоту заболевания в семьях больных шизофренией, изменения групп и состава крови, наличие особого «вируса» в организме, гормональные нарушения и т.д.), ко ни одна из них не получила всеобщего признания, и вопрос возникновения шизофрении до сих пор еще не снят с повестки дня

Шизофрения отличается большим разнообразием клинических проявлений как в начальной стадии, так и в разгаре заболевания. Различны и исходы болезни: от едва заметных изменений личности, не влияющих на трудоспособность и социальную адаптацию больного, до глубоких изменений, приводящих к ранней инвалидности и делающих невозможным пребывание больных вне стационара. Эти различия связаны с типом течения болезни, быстротой нарастания симптоматики, возрастом больного. Так, наиболее злокачественным является течение болезни, возникшей в детском или юношеском возрасте. Более благоприятно протекают формы болезни, возникшие в зрелом возрасте.

Выделяют две основные формы шизофрении: 1) с непрерывным течением; 2) с приступообразным течением.

При непрерывном течении развитие болезненного процесса может идти очень быстро и на протяжении 1-2 лет привести к явно выраженному дефекту личности.

Приступообразное течение сопровождается чередованием психических нарушений с периодами ремиссий. Под словом «ремиссия» принято понимать частичное или полное исчезновение признаков заболевания. Такое состояние может наступить в силу особых закономерностей течения заболевания (т.н. спонтанная, или «самопроизвольная», ремиссия) или в связи с терапевтическим воздействием (терапевтическая ремиссия). В ряде случаев дело ограничивается одним приступом. Причем чередование приступов и ремиссий может быть самым различным, и никаких закономерностей здесь установить не удается.

Репозиторий ВГУ

Однако благоприятное окончание первого или второго приступа еще не свидетельствует о хорошем прогнозе. После второго или третьего приступа может установиться хроническое течение болезни.

Чем дольше длится ремиссия, тем меньше оснований опасаться в дальнейшем катастрофического течения болезни.

Наличие ремиссии не всегда означает остановку процесса, т.к. независимо от того, как протекает заболевание – непрерывно или приступообразно – оно является хроническим, пожизненным.

Прогрессирующее течение заболевания приводит к развитию шизофренического дефекта, который характеризуется выраженным расщеплением мышления. Своеобразие шизофренического дефекта состоит в том, что прежний запас знаний длительное время остается относительно сохранным, не обнаруживается грубых расстройств памяти. Если удается на некоторое время сконцентрировать внимание больного, то оказывается, что он в состоянии произвести иной раз довольно сложные счетные операции. При этом выраженная эмоциональная тупость, бездеятельность, отсутствие интересов, эмоциональная опустошенность, интеллектуальная непродуктивность делают больных беспомощными, неспособными к элементарному самообслуживанию, нуждающимися в уходе. В структуре конечного снижения психики при шизофрении диссоциация, т.е. расщепление, распад психических функций, преобладает над их выпадением.

Трудоспособность колеблется в широком диапазоне: от полной утраты трудоспособности с необходимостью ухода и надзора за инвалидом до полной профессиональной сохранности с возможностью творческого роста.

При всем многообразии отдельных проявлений шизофрении существуют общие, характерные для данного заболевания психические расстройства.

Расстройство мышления. У шизофреников, в отличие от больных с признаками органического слабоумия, сравнительно мало поражаются отдельные, т.н. формальные способности интеллекта (внимание, наблюдательность, память, суждения). При шизофрении ослабевает главным образом ведущая и регулирующая сила интеллекта, нарушается умение пользоваться имеющимися в распоряжении средствами и сохранившимися способностями для продвижения мысли в определенном направлении.

Иногда при шизофрении внезапно 'наступает полная остановка течения представлений, мыслей. Это расстройство находит отражение и в речи: больной внезапно замолкает и может начать говорить только спустя некоторое время.

Особую форму представляет *насильственное мышление***.** Оно характеризуется тем, что в сознании, помимо желания, возникают чужие для больного мысли случайного содержания, насильственно вкладываемые в него кем-то посторонним.

Репозиторий ВГУ

При шизофрении встречается и такая форма расстройства мышления, которая получила название наплыва мыслей – мантизм. Это неуправляемый поток собственных мыслей, возникших независимо от желания больного.

Характерное расстройство представляет *резонерствующее мышление* – глубокомысленное по форме и бедное по содержанию. Предметом рассуждения служат какие-либо незначительные факты, не заслуживающие внимания. Мышление в силу этого оказывается совершенно бесплодным. Все высказывания таких больных формально построены правильно, но лишены какого-либо смысла.

*При символическом мышлении***,** которое также наблюдается при шизофрении, определенные понятия заменяются другими, понятными только самому больному. При символическом мышлении у психических больных одно явление становится символом другого. При этом абстрактное иногда нелепо конкретизируется: например, больной разделся догола и на вопрос, почему он это сделал, объяснил, что «нагота - это освобождение от глупых мыслей запутавшегося псевдочеловека». Иногда больные употребляют в речи и в письме новые, никому неизвестные, ими образованные слова – неологизмы.

В некоторых случаях мышление при шизофрении отличается рядом особенностей, которые заставляют думать о какой-то особой «кривой» логике: при отсутствии каких-либо расстройств памяти, способности счета, даже при наличии соображения и критики к большинству обычных явлений, мышление дефектно в своих основных предпосылках, вследствие чего оно является странным, не- понятным, лишенным логики. Такое мышление получило название паралогичного.

Наиболее типична для шизофрении *разорванность мышления***.** Разорванное мышление представляет сочетание логически не связанных между собой мыслей, нерегулируемых, не направленных к какой-нибудь определенной цели. Степень разорванности мышления может достигнуть такого состояния, когда бросается в глаза отсутствие связи между словами, вследствие чего речь производит впечатление набора слов, «словесной окрошки». Вновь возникающие представления часто совершенно неожиданны, идут как бы скачками. Часты повторения одного и того же слова или фразы, стереотипия речи, иногда переиначивание и бессмысленное нанизывание одного слова на другое – вербигерация.

Изменения в эмоциональной сфере играют большую роль в клинике заболевания. Эмоциям при шизофрении, даже в начальных стадиях, не хватает живости и яркости. Больной может демонстрировать эмоции, но не переживать. Нередко они характеризуются двойственностью, благодаря которой в больном уживаются противоположные эмоции и выступают то холодность и безразличие, то повышенная чувствительность и ранимость. Характерна неадекватность эмоциональных реакций на внешние раздра-

Репозиторий ВГУ

жения. Больной может безразлично отнестись к событиям, всегда волнующим здорового человека, к горю и страданиям своих близких и вместе с тем может дать бурный взрыв по самым незначительным причинам.

Расстраиваются не только сами эмоциональные реакции, но и форма их выражения. Движения, жесты и мимика однообразны, склонные к стереотипии, неяркие, обычно не соответствуют тем переживаниям, которые в данное время можно предполагать у больных. Последнее получило название парамимии, выражающейся, например, в улыбке, с которой больные сообщают о переживаемых ими ужасах. Вместе с явлениями психического оскудения выступает все более выраженная бедность переживаний. Эти особенности в дальнейшем все увеличиваются и приводят к эмоциональному опустошению с резкой картиной вялости и безразличия. Выраженные случаи болезни характеризуются тяжелым эмоциональным оскудением – эмоциональной тупостью.

Определяющее значение в структуре психики при шизофрении играет ***аутизм*** – нарушение социальных связей, потеря контакта с реальностью и уход в себя, в мир внутренних переживаний. Попытки проникнуть в его внутренний мир редко заканчивается успехом. Иногда больные поддерживают лишь формальный контакт, беседуя на темы, не относящиеся к их личности, но тотчас же уклоняются от беседы, если вопрос касается их здоровья, личных планов и намерений.

При шизофрении наблюдается картина как бы противоположных стремлений (амбитендентность), когда больной стоит в нерешительности, двигается из стороны в сторону, не зная, что ему сделать. Когда противоположные чувства, эмоции существуют одновременно, говорят об амбивалентности.

Типичные признаки шизофрении имеют тенденцию к нарастанию (прогредиентность). Так, например, эмоциональные расстройства, возникшие в начале заболевания (неадекватность, снижение интересов и т.п.), с течением времени приобретают характер эмоциональной тупости.

Основные клинические формы шизофрении

Характерные черты шизофрении вместе с другими признаками в той или иной степени проявляются в различных ее формах. Выделяют *четыре* формы заболевания: ***простую, гебефреническую, кататоническую и параноидную***. Выделение отдельных форм носит условный характер, т.к. наряду о симптомами, обусловливающими ту или иную форму, могут встречаться признаки, свойственные другим формам, и в течении болезни возможны смены синдромов.

Простая форма. Характеризуется нарастанием основных симптомов болезни: эмоциональным обеднением, выражающимся в снижении интересов, неадекватностью эмоций, эмоциональным отупением, появлением апатии, аутизма и интеллектуального дефекта. Этой формой заболевают обычно в молодом возрасте. Болезнь развивается постепенно. Больные

Репозиторий ВГУ

становятся вялыми, безучастными, утрачивают интерес к знакомым, к работе, стремятся к уединению, большую часть времени проводят в постели, перестают следить за своей внешностью, имеют неопрятный вид. Такой больной может производить впечатление человека глубоко опустившегося, неряшливого и нерадивого, а не душевнобольного. Нередко у таких больных проявляется враждебное отношение к близким родственникам, подозрительность к окружающим.

Отмечаются определенные нарушения мышления. Больные испытывают затруднения при незначительном умственном напряжении. По нескольку раз прочитывают одну и ту же фразу, чтобы вникнуть в ее смысл. Часто высказывают жалобы на «пустоту в голове», «отсутствие мыслей».

Явно выраженных галлюцинаций и бредовых идей у больных, как правило, не бывает (лишь иногда возникают психосенсорные расстройства и нестойкие бредовые идеи).

Заболевание в основном протекает непрерывно, с постепенным нарастанием клинических симптомов. Лишь изредка наблюдается оживление психической активности. Эта форма, не давая острых и бурных картин, имеет обычно злокачественное течение, заканчиваясь нередко исходным состоянием дефектом личности, полг ной потерей ее социальной значимости.

Гебефреническая (юношеская) форма. Это наиболее злокачественная форма шизофрении. Чаще встречается в юношеском возрасте. По своим проявлениям в начале заболевания она в известной мере похожа на простую. Такие симптомы, как эмоциональное снижение и волевые нарушения, в клинической картине занимают ведущее место. В то же время в клинической картине гебефрении наряду с разорванностью мышления, вычурностью речевой продукции, выраженной неадекватностью эмоций преобладает нелепость поведения. Больные гримасничают, поступки их отличаются странной нелепостью, носящей порой как бы характер шаловливости или дурашливости: с больным здороваются, а он, вместо того чтобы подать руку, поворачивается спиной и поднимает ногу; во время обеда больной сливает в одну миску первое, второе и третье блюдо и ест все это, не пользуясь ложкой.

Больные перестают интересоваться всем, что раньше привлекало их внимание, становятся не способными к выполнению даже несложной работы. Иногда можно отметить нестойкие бредовые идеи величия и преследования и отдельные галлюцинаторные переживания. Эта форма шизофрении имеет неблагоприятный прогноз. Спустя сравнительно короткое время у больных развивается картина дефекта личности.

Параноидная форма самая частая. В клинической картине ведущим является бред. Бред может быть любой, но для шизофрении особенно типичен бред отношения, преследования, отравления, физического воздействия, ипохондрический. При этой форме чаще, чем при других, наблюда-

Репозиторий ВГУ

ются галлюцинации. В первую очередь это слуховые, которые часто носят императивный характер. Бывают также тактильные и зрительные. Поведение больных определяется содержанием галлюцинаторных и бредовых переживаний. Поэтому такую форму шизофрении иногда называют галлюцинаторно-бредовой. Параноидная форма обычно начинается позднее, чем другие формы шизофрении, иногда в возрасте 30-40 лет, но может начаться и в юношеском возрасте.

Одним из проявлений бреда отношения является то, что больные считают, что все вокруг стали к ним плохо относиться. Они начинают замечать, что окружающие люди по-особому смотрят на них, насмехаются, пытаются оскорбить.

При бреде преследования больные постоянно видят вокруг себя врагов, подосланных лиц, шпионов и т.п. Иногда они утверждают, что существует специальная организация, которая занимается слежкой за ними.

При бреде физического воздействия больные утверждают, что кто-то с помощью специальных аппаратов наносит вред их здоровью. Для больных характерно ощущение утраты своих психических переживаний и принадлежности самому себе действий и поступков. Такие больные утверждают, что они живут, думают, говорят не сами по себе, а под влиянием какой-то силы извне.

Довольно часто встречается бред отравления. В этих случаях нередко больные считают, что им подсыпают яд в пищу, что может быть причиной отказа от еды.

При ипохондрическом бреде больные, например, утверждают, что их внутренние органы атрофированы, пища не усваивается, мозг ссохся и стал маленьким. В других случаях больные убеждены, что они больны раком, требуют операции, «обнаруживают» у себя все признаки этого заболевания. В некоторых случаях без достаточных к тому оснований возникает мысль об уродстве отдельных частей своего тела. Больные утверждают, например, что у них длинные зубы, волосатые уши, тонкие ноги (синдром дисморфофобии). Эти переживания сопровождаются депрессией, бредовыми идеями отношения и постепенным нарастанием характерных признаков шизофрении. Нередко больные скрывают от окружающих свои болезненные переживания, внешне ведут себя нормально, работают.

Болезнь приводит в конечном счете к дефекту личности. Лечится довольно успешно, особенно в раннем периоде заболевания.

Кататоническая форма. Для этой формы характерны в основном двигательные нарушения, которые проявляются в виде кататонического возбуждения или той или иной степени заторможенности (ступора), вплоть до полной обездвиженности больного.

Кататоническое возбуждение чаще наступает внезапно. Оно характеризуется следующими основные признаками: движения больных нецеленаправленны, хаотичны, нередко носят импульсивный характер, часто от-

Репозиторий ВГУ

мечается стереотипия движений и речи, что выражается в повторении одного и того же действия, слова или фразы. В случаях речевого возбуждения, которое может не сопровождаться общим двигательным возбуждением, больные выкрикивают отдельные слова, фразы, которые обычно не имеют между собой никакой видимой связи, так что понять речь такого больного трудно и даже невозможно. Больные иногда повторяют слова и действия окружающих (эхолалия и эхопраксия). Возбуждение может смениться двигательной заторможенностью.

Степень двигательной заторможенности бывает различной. Она может проявляться в замедленности движений, в ограничении их объема, но может достигнуть и полной обездвиженности.

При резко выраженном кататоническом ступоре больные неподвижны. При этом положение их головы, тела и конечностей может быть различным. То они принимают эмбриональную позу (руки и ноги максимально согнуты во всех суставах и прижаты к туловищу, голова наклонена вперед так, что подбородок касается груди), то лежат с разогнутыми конечностями. Изменить позу такого больного обычно не удается. В других случаях легко удается менять позы обездвиженных больных, например их поднятые руки и ноги падают, как плети. Иногда обнаруживается явление, известное под названием восковой гибкости. Так, например, если подойти к такому больному и поднять вверх его руку или ногу, то поднятая конечность надолго застывает в этом положении. Некоторые из больных, находясь в постели, подолгу держат голову над подушкой так, что под головой имеется пространство (симптом «воздушной подушки»).

Отмечено, что такие больные на задаваемые вопросы обычно не отвечают (явления мутизма).

Одним из частых признаков этой формы шизофрении является пассивный, активный, парадоксальный негативизм. Негативизм часто является причиной отказа от еды. Продолжительность ступорозных состояний бывает различной. Они могут длиться от нескольких дней до многих лет. Кататоническая форма часто течет периодически, приступообразно. Между приступами у больных могут наблюдаться различной продолжительности светлые промежутки. Такой больной иногда совершает импульсивные правонарушения

Судебно-психиатрическое значение шизофрении

Шизофрения – заболевание, при котором больные, за редким исключением, признаются невменяемыми. В тех случаях, когда болезнь развивается в период предварительного следствия или уже в местах лишения свободы, после вынесения судом приговора, заболевшие освобождаются от отбывания наказания.

Особенности судебно-психиатрической оценки вяло текущей формы шизофрении заключаются в трудности ее распознавания из-за стерто-

Репозиторий ВГУ

сти клинических проявлений. Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у этих больных могут ошибочно расцениваться как характерологические особенности, Больные с этими особенностями течения дольше могут оставаться нераспознанными в местах лишения свободы и в отношении них чаще могут допускаться ошибки в период предварительного следствия и суда. Нарастание симптоматики может привести к общественно опасному деянию.

Наибольшую опасность представляют больные, у которых на фоне сравнительного благополучия неожиданно возникают периоды обострения, тем более, если диагноз не установлен. Ремиссии при шизофрении могут наблюдаться у больных с не резко выраженными изменениями личности. В этом состоянии они также могут совершать общественно опасные действия. Определенные затруднения в таких случаях может представлять решение вопроса о вменяемости этих лиц. Длительные и стойкие ремиссии без заметных изменений личности сравнительно редки, поэтому, как правило, больные шизофренией и в период ремиссии признаются невменяемыми.

Поведение больных при совершении ими общественно опасных действий определяется ведущим клиническим синдромом в картине болезни. Наиболее опасны больные с параноидным синдромом. Под влиянием бредовых идей отношения, преследования, физического или гипнотического воздействия больные могут совершать нападения, убийства.

Нередко больные шизофренией проходят судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами, когда решается вопрос об их дееспособности. Если человек болен, то он недееспособен и гражданские акты расторгаются как не имеющие законной силы.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – хроническое нервно-психическое заболевание, которое характеризуется внезапно возникающими расстройствами в виде различных судорожных припадков, а также рядом других нарушений психики.

Термин «эпилепсия» происходит от греческого слова, означающего «схватываю», и подчеркивает наиболее бросающийся в глаза симптом болезни – припадок, который проявляется внезапной потерей сознания и непроизвольным сокращением мышц. Эпилепсию называли также болезнью Геркулеса, лунной или священной болезнью, черной немочью, падучей.

Эпилепсия принадлежит к числу распространенных заболеваний. На 1000 населения приходится не менее 5 больных эпилепсией. На нашей планете в настоящее время живет свыше 20 млн. больных эпилепсией. Мужчины болеют эпилепсией несколько чаще, чем женщины

Эпилепсию делят на *симптоматическую и генуинную.* При симптоматической эпилепсии обычно имеется лишь один из основных эпилептических признаков – судорожный припадок. Эпилептический припадок при

Репозиторий ВГУ

этом является одним из симптомов какого-либо соматического заболевания: травматического поражения мозга, опухоли, сифилиса, отравления и т.д. Психические же изменения менее выражены, чем при генуинной эпилепсии, либо вообще отсутствуют.

Генуинная эпилепсия – самостоятельная болезнь. Ее иногда называют также эссенциальной (первичной), идиопатической (самородной, самобытной), криптогенной (неизвестного происхождения) или истинной, настоящей эпилепсией, эпилептической болезнью. Причины заболевания неизвестны.

В большинстве случаев (85-90%) истинная (генуинная) эпилепсия начинается в детском и подростковом возрасте, что объясняется повышенной судорожной готовностью детского мозга.

Генуинная эпилепсия является длительным, прогрессирующим хроническим заболеванием. Особенности его течения и злокачественность определяются в известной степени характером припадков, их частотой и временем наступления в течение суток. Само по себе заболевание не приводит к смертельному исходу. Смерть может наступить, когда больной во время припадка падает с высоты, тонет, попадает под машину. Опасно для жизни т.н. эпилептическое состояние (серия следующих один за другим припадков), если помощь больному не оказана своевременно.

Заболевание может привести к развитию эпилептического характера и слабоумию.

Для клинической картины характерно наличие трех групп проявлений**.**

Клинические проявления эпилепсии

Эпилептические припадки

Наиболее частой и типичной формой эпилептических приступов *является развернутый судорожный («большой») припадок.* Большой припадок начинается после мгновенного выключения сознания. При этом больной падает, причиняя себе иногда тяжелые телесные повреждения, ожоги и прочее, в результате чего он может погибнуть. Тут же возникает напряженное состояние мышц, находящихся в длительном сокращении. Одним из проявлений этого иногда служит характерный крик больного, обусловленный спазмом дыхательной мускулатуры, диафрагмы и голосовой щели. Одновременно судороги охватывают почти всю мускулатуру: конечности вытягиваются или же застывают в согнутом положении, дыхание останавливается, лицо становится синюшным. Глазные яблоки закатываются, зрачки расширяются и на свет не реагируют. Наблюдается прикусывание языка или внутренней поверхности щек и губ, изо рта может идти пена. Продолжительность таких судорог – 25-30 с.

Затем развивается ритмическое сокращение мышц, которое начинается обычно судорожным вдохом, после которого изменяется окраска лица

Репозиторий ВГУ

(синюшность сменяется краснотой). Во время припадка может наступить удушье, если больной лежит лицом вниз (в луже, мусоре или уткнувшись лицом в подушку). Постепенно нарастают ритмические судорожные сокращения головы, глазных яблок, языка, верхних и нижних конечностей. Судороги прерывистого характера длятся 1,5–2 мин и заканчиваются общим расслаблением мышц.

По окончании судорожной фазы припадка у больного обнаруживаются признаки глубокого помрачения сознания типа комы: он не реагирует на оклики, болевые раздражения. Нередко припадок сопровождается непроизвольным мочеиспусканием, а иногда и дефекацией.

Коматозное состояние может непосредственно переходить в глубокий сон, продолжающийся в течение нескольких часов, припадок амнезируется.

При некоторых формах эпилепсии могут наблюдаться серии судорожных припадков (до 100 в сутки). У этих больных чаще может возникнуть крайне опасный для жизни эпилептический статус: большие припадки следуют один за другим с интервалами в 5-15 мин и в межприступном периоде сознание больного не проясняется (сохраняется глубокая степень оглушенности). Если больному не оказывается неотложная помощь, он может умереть, чаще от остановки дыхания, отека мозга, сердечно-сосудистой недостаточности.

Иногда за несколько часов и далее за сутки до припадка у больного изменяется настроение, появляется злобная раздражительность или тоскливость, возникает головная боль, общее недомогание и пр. По этим признакам больные иногда предугадывают приближение припадка и нередко успевают добежать до постели, чтобы не упасть, не расшибиться. Эти т.н. отдаленные предвестники большого припадка мимолетны и мало поддаются наблюдению.

Непосредственно перед возникновением судорожного синдрома отмечают разнообразные патологические явления, длящиеся несколько секунд. У разных больных они имеют различный характер, но повторяются у каждого больного стереотипно, в одном и том же виде. Эти явления называются аурой, что по-гречески означает «дуновение» и, в сущности, означает уже начало самого припадка.

Аура – общее название различных явлений, объединяемых по признаку внезапности наступления и кратковременности; это как бы вступление к припадку. Аура может появиться в опущении ползания мурашек, жжения или онемения в различных частях тела. Иногда больным кажется, что все кругом горит или залито кровью. Нередко больным представляется, что форма окружающих предметов изменяется, люди принимают уродливую форму, здания наклоняются и падают. Во время ауры больные могут ощущать различные шумы, треск, пушечную пальбу. В некоторых случаях возникают сложные галлюцинаторные образы; слышится мелодия,

Репозиторий ВГУ

раздаются голоса, плач ребенка, крики о помощи, угрозы. Аура может сопровождаться ощущением увеличения или уменьшения размеров собственного тела или его частей либо ощущением неприятного зловонного запаха гнили, паленого, горелого, во рту – вкуса кислого, соленого, горького, сладкого. Аура может быть в виде сердцебиения, затруднения дыхания, неприятных ощущений под ложечкой, сопровождающихся тошнотой и рвотой, различных сосудистых (бледность, покраснение) и желудочно-кишечных расстройств. Если после большого припадка у больного развивается амнезия на сам припадок, то ауру больной помнит.

В противоположность большому судорожному припадку малые припадки (от фр. абсансы – «отсутствие») проходят без судорог или с небольшими судорогами и заканчиваются через несколько секунд. Некоторые больные догадываются о прошедшем припадке по характерному опущению провала, напоминающему наступление обморока, другие же ничего не помнят.

Самой распространенной формой малого припадка является преходящая потеря сознания (кратковременная – продолжительностью 2-15 с) без судорог. Внешне припадок выражается в том, что больной прерывает действие (при игре в шахматы застывает с фигурой в руке, во время ходьбы как бы оступается, неожиданно без причины останавливается, в беседе умолкает посреди фразы и т.д.). Во время малого припадка поза больного сохраняется, при этом как бы по инерции могут продолжаться начатые действия: больные переходят, например, с членораздельной речи на невнятное бормотание, а во время игры на музыкальном инструменте, прерывая исполнение, продолжают перебирать клавиши. Продолжительность таких припадков – обычно 2-6 с.

Могут быть абсансы с ритмичным мышечным подергиванием либо наклоном головы, подгибанием коленей, вплоть до падения.

Психические эквиваленты припадка *– это острые кратковременные своеобразные расстройства* психики, возникающие приступообразно. Как и судорожные припадки, характеризуются внезапностью начала и конца, имеют предшественников в виде головных болей, раздражительности, расстройства сна, а иногда и ауру. Эти состояния часто возникают как бы вместо припадка, что и послужило поводом к названию их эквивалентами припадка, т.е. заменителями. Однако они могут и предшествовать припадку, и развиваться после него. Ко второй паре признаков относят дисфорию и сумеречное состояние сознания.

Наиболее часто встречающимся видом психического эквивалента являются расстройства настроения – т.н. «плохие дни» эпилептиков. Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода и так же неожиданно заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Расстройство настроения эпилептиков характеризуется дисфорией – злобно-тоскливой раздражительностью,

Репозиторий ВГУ

когда больной не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным. Эти особенности нередко являются предпосылкой к развитию у эпилептиков отдельных галлюцинаторно-бредовых вспышек. Во время таких вспышек эпилептик становится крайне подозрительным, ищет виновника своих неудач, высказывает стойкие бредовые идеи преследования, сопровождающиеся иногда проявлением агрессии.

Сумеречные состояния сознания, представляющие наибольший судебно-психиатрический интерес, – самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, окружающем, собственной личности (иногда личностная ориентировка частично сохраняется), сопровождается неправильным поведением. Сумеречное помрачение сознания, характеризующееся сужением поля сознания, может сопровождаться бредом, галлюцинациями, что и определяет поведение больного. Содержание галлюцинаторно-бредовых расстройств отражается на восприятии больными окружающего, их высказываниях, поступках, поведении, преобладают бредовые идеи преследования, личной и всеобщей гибели, бред величия, реформаторства, мессианства.

У больных отмечаются зрительные и обонятельные, реже – слуховые галлюцинации. Зрительные галлюцинации чувственно ярки, нередко окрашены в красный, розовый, желтый и иные цвета; обычно это война, катастрофы, убийства, пытки, религиозно-мистические и эротические видения. Больные видят теснящую их толпу, наезжающий на них транспорт, обрушивающиеся здания, перемещающиеся массы воды. Из обонятельных галлюцинаций типичны запах жженого пера, дыма, гнили, мочи. Устрашающий характер бреда и галлюцинаций сочетается с аффектом страха, ужаса, злобы, исступленной ярости, значительно реже встречается состояние экстаза.

Двигательные расстройства в форме возбуждения могут быть целостными и последовательными, сопровождаться действиями, требующими большой ловкости и физической силы. Иногда во время сумеречных состояний наблюдаются только слуховые галлюцинации, причем больные могут слышать голоса в императивном тоне.

В сумеречном состоянии больные особенно опасны для окружающих. Они совершают поджоги, убийства, отличающиеся нелепой жестокостью. Сумеречное помрачение сознания длится от нескольких дней до недели и более. Как правило, сумеречные состояния амнезируются. В памяти больного могут сохраняться лишь болезненные переживания.

К сумеречным состояниям сознания без бреда и галлюцинаций относятся амбулаторный автоматизм и сомнамбулизм.

Амбулаторный автоматизм – непроизвольная, внезапно возникающая на фоне изменения сознания двигательная активность, более или ме-

Репозиторий ВГУ

нее координированная и адаптированная, проявляющаяся во время или после эпилептического припадка и обычно не оставляющая никакого воспоминания. Амбулаторный автоматизм на фоне изменения сознания может представлять собой простое продолжение деятельности, совершавшейся в момент наступления припадка, или, наоборот, возникать в виде новой двигательной активности, связанной с внезапным помрачением сознания. Обычно автоматические акты определяются обстановкой, окружающей больного, или тем, что испытывал больной во время припадка. Значительно реже поведение носит беспорядочный, примитивный, иногда антисоциальный характер. Автоматизм иногда проявляется в виде передвижений больного, координированных до такой степени, что иногда он может пройти или даже проехать в автомашине через весь город или уехать за его пределы.

Сомнамбулизм (лунатизм, снохождение) наблюдается не только при эпилепсии, но и других заболеваниях, в первую очередь при неврозах, особенно у детей и подростков. Встав с постели во время ночного сна, больные бесцельно бродят по комнате, выходят на улицу, иногда совершают опасные для своей жизни поступки, например, забираются на крыши, пожарные лестницы и т.п. На задаваемые вопросы не отвечают, не узнают близких, внешне выглядят несколько растерянными. Обычно они сами через несколько минут ложатся и засыпают, иногда в самом неподходящем месте. Воспоминаний об эпизоде не сохраняется.

Несмотря на некоторую разницу в клинической картине, острым психическим расстройствам (психическим эквивалентам) свойственны общие черты: внезапное начало, сравнительная непродолжительность и столь же быстрое окончание, изменение сознания, неправильное поведение, как правило, полная или частичная амнезия.

Эпилептический характер и эпилептическое слабоумие

У некоторых больных в силу тугоподвижости всех психических процессов изменяется их личность – развивается т.н. эгоцентризм. Собственное «я» всегда стоит в центре внимания больного. В высказываниях на первом плане стоит он сам, его болезнь, его повседневные дела. Характерна вязкость мышления, педантизм. Несмотря на то, что больные эпилепсией считают свою болезнь серьезной и охотно лечатся, вера в выздоровление их не покидает даже на отдаленных этапах болезни (эпилептический оптимизм).

У одних больных эти изменения личности сочетаются с повышенной раздражительностью, придирчивостью, склонностью к ссорам, вспышкам злобы, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями по отношению к окружающим. У других, напротив, преобладают робость, боязливость, склонность к самоунижению, утрированная любезность, льстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении. Эти полярные свойства характера, как правило, сосуществуют.

Репозиторий ВГУ

Если указанные характерологические изменения частично и слабо выражены, профессиональная и жизненная адаптация сохранена, говорят об эпилептическом характере.

Эпилептическое слабоумие отчетливо проявляется в персеверативном характере мышления, застревании на мелочах, второстепенных и ненужных деталях. Говорят о вязкости и обстоятельности мышления больных эпилепсией. Мышление становится формальным и конкретным, лишенным абстракций, обобщений и логических доказательств. За многословием кроется ограниченность, плохое понимание объекта мысли и самой ситуации. Эти особенности мышления находят выражение в однообразии и монотонности высказываний, речевых трафаретах, стереотипных повторениях одних и тех же фраз (стоячие обороты). Речь больных многословна, полна несущественных деталей при одновременном неумении выделить главное. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словесный состав беден (олигофазия), часто повторяется уже сказанное (персеверация). Тягучая, медленная речь по мере нарастания слабоумия становится еще беднее, ее эмоциональный смысл и мелодии утрачиваются.

Снижается память, а также способность критически оценивать ситуацию. Ухудшается сообразительность и уменьшается запас знаний. Интересы больного сосредоточиваются на соматических ощущениях и состоянии своего здоровья. В силу этого эпилептическое слабоумие справедливо называют концентрическим.

Эпилепсия не всегда приводит к тяжелому слабоумию и может протекать без стойких и глубоких изменений психики.

Больные с эпилептическим слабоумием признаются невменяемыми. При определении тяжести этих изменений нужно исходить из анализа разных сторон личности, в частности из расстройств мышления и эмоционально-волевой сферы. Необходимо также учитывать степень нарушенных психических функций. Снижение интеллекта и недостаточность критики к себе и к своим поступкам, отсутствие ясного понимания общественной опасности совершенных правонарушений, снижение работоспособности и квалификации, вязкость и конкретность мышления, эмоциональная взрывчатость, эгоцентризм – все это дает в совокупности основание для признания невменяемости. Дееспособность больных эпилепсией выясняется на основе определения степени эпилептических изменений личности. Выраженное слабоумие, значительные эмоционально-волевые расстройства и затяжные психозы являются признаками тяжелых изменений личности, требующих признания больных недееспособными и нуждающимися в назначении опеки.

Репозиторий ВГУ

Маниакально-депресивный психоз (МДП)

Депрессия является общемедицинской проблемой. В течение жизни 20% всего населения Земли перенесут депрессию, требующую психотерапевтического или фармакологического лечения.

Депрессивные состояния склонны к затяжному течению (терминологически о депрессии начинают говорить при длительности состояния более 6 мес.). По сравнению с другими состояниями, при депрессии наиболее велик риск суицида, причем это суициды с высоким показателем летальности.

Депрессии имеют полигенную природу. Депрессия – это универсальная реакция психики на эндогенные или экзогенные причины. Соматические заболевания, органические поражения головного мозга, непряитные жизненные ситуации, наследственность.

По прогнозу Всемирной Организации Здравохранения к 2010 году депрессивные состояния займут третье место (после сердечно-сосудистых заболеваний и онкологии) по социально-экономической значимости.

В 90% случаев пациенты с депрессией обращаются к врачам общей практики, поэтому любой врач должен иметь представление об этом состоянии.

Депрессия является компонентом *маниакально-депрессивного психоза (МДП)*.

МДП – заболевание с периодическим течением, при котором чередуются маниакальное и лепрессивное состояние.

Депрессивная фаза (стадия)

Триада симптомов

1. Болезненно сниженное настроение (гипотимия) в течение более 2 недель. Дифференцировать с «обычной печалью» можно по следующим признакам:

- Агедония – утрата способности переживать положительные эмоции или притупление положительных эмоций («и оргазм уже не тот, что был…»).
- Витализация аффекта – эмоциональное состояние выражается в определенных физических ощущениях. Пример – ощущение «камня на душе».
- Больные сами подчеркивают качественное отличие гипотимии от «бытовой печали».

2. Болезненно замедленный тип мышления (идеаторная заторможенность).

- Субъективные переживания: жалобы на трудности при подборе слов и формировании фраз в разговорной речи. Пациенты характеризуют свое состояние как «пустая голова», «вялые, тягучие мысли».
- Объективно: уменьшение речевой продукции в единицу времени (длинная пауза перед ответом, ответ на первый вопрос после задавания

Репозиторий ВГУ

второго). Речь односложна, бедна; позиция в беседе пассивная – ответы могут ограничиваться фразами «Да» и «Нет».

3. Моторная заторможенность. Выделяют три степени тяжести:

- Легкая степень – утрата навыков выполнения привычных движений, неуклюжесть.
- Выраженная степень – сутулость, понурость, шаркающая походка.
- Крайняя степень – депрессивный ступор.

Внешний вид больного депрессией характеризуется феноменом «ураганного старения»: если вы видели пациента до начала депрессивной фазы МДП, вам покажется, что он постарел на несколько лет. Причины такого изменения внешности: скорбная мимика, нарушение тонуса и тургора тканей лица. После выхода из депрессивной фазы пациент снова «молодеет».

Кроме трех основных симптомов существует еще ряд признаков депрессивной фазы МДП.

1. Депрессивные мысли (навязчивые, сверхценные или бредовые).

- Идеи своей малоценности («моя жизнь прошла впустую»), не обусловленные ситуацией и длительные, не поддающиеся переубеждению.
- Идеи безысходности и бесперспективности.
- Идеи самообвинения, самоуничижения. Могут носить бредовой характер, например: «Я объедаю африканских детей». Формально идеи могут основываться на реальных событиях: «Если бы во втором классе я не пожалел для Васи карандаш, он не разочаровался бы в людях и не спился» и проч.

2. *Суицидальные мысли*. Суициды отличаются жестокостью и имеют целью именно самоубийство, а не психологический шантаж окружающих. Обычно пациенты прыгают из окон верхних этажей, вешаются, без единого звука разжевывают себе язык. Только при МДП и шизофрении встречаются расширенные суициды – убийство вместе с собой своих близких. Возможный мотив: «Если я ничтожество, как я могу родить достойных детей?».

3. *Нарушение витальных функций*.

- Уменьшение общей продолжительности сна до 4 часов в сутки и меньше, ранние пробуждения. Учитывая то, что депрессивное состояние наиболее выражено именно по утрам, а родственники еще спят, именно в ранние утренние часы происходит большинство суицидов.
- Нарастание аппетита.

4. Соматовегетативные формы.

- Триада Пртопопова (симпатикотония): повышение ЧСС, запоры, расширение зрачка.

Репозиторий ВГУ

• Артериальное давление несколько выше нормы (если пациент страдает гипертонической болезнью, АД может наоборот понижаться).

• Жалобы на болевые ощущения в области сердца, в суставах и мышцах.

• Нарущение функции желез внешней (сухость во рту, «сухой плач») и внутренней (дис- и аменорея) секреции.

Маниакальная фаза (стадия)

Также имеется триада симптомов.

1. Гипертимия – болезненно приподнятое настроение, часто заразительное (гипертимик может расшевелить даже пациента в депрессивной фазе МДП). Нарушается способность к адекватному реагированию: на известие о смерти близких такой человек может прореагировать спокойной улыбкой или даже не обратить на это внимания.

2. Болезненно ускоренный темп мышления. Речь напоминает скороговорку, фразы обрываются на середин, речь «не поспевает за мыслями». Появляется формальная способность к стихосложению: пациент рифмует строчки, однако высокой художественной ценностью эти стихи не отличаются.

3. Двигательное возбуждение.

Другие симптомы.

1. Идеи переоценки личности (бредовые идеи величия, навязчивость).

2. Поведение можно охарактеризовать как «цыганское».

3. Потребность во сне резко снижена, при этом дискомфорта пациент не ощущает.

4. Повышение аппетита без прибавки массы тела.

5. Резкое усиление либидо (гиперсексуальность), ориентированное на «количество», а не на «качество». В случае изоляции в психиатрической больницы либидо находит свою реализацию в стихах непристойного содержания (см. симптом «болезненно ускоренный темп мышления»).

«Светлый промежуток»

Так называется период между маниакальной и депрессивной / стадиями МДП. В отличие от ремиссии при шизофрении, светлый промежуток характеризуется полным отсутствием остаточных симптомов.

Этиология и патогенез МДП. Для биполярного враианта МДП (чередование маниакальной и депрессивной стадии) установлена роль наследственности (по разным данным, заболевание связано с х-хромосомой или 17 парой аутосом).

Репозиторий ВГУ

Патогенез заключается в нарушении обмена биогенных аминов серотонина и норадреналина. Нарушение в системе «гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников» приводит к гиперкортизонемии с нарушением отрицательной обратной связи.

Лекция 14. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании)

Психотические расстройства, вызванные алкоголем

Алкоголь – наиболее употребляемое психоактивные вещества (ПАВ) в мире. Употребление алкоголя зависит во многом от географических и социокультурных особенностей общества. Патология наиболее распространена в молодом возрасте (15–30 лет) у лиц с боле низким образованием и антисоциальными тенденциями в подростковом возрасте. Чаще алкогольные проблемы характерны для мужчин, чем женщин (2–3:1). Алкоголь – ПАВ, содержащее этанол и вызывающее специфическую интоксикацию – опьянение.

Постановка диагноза злоупотребления алкоголем (ПАВ) возможна при наличии не менее трех из перечисленных признаков:

- сильная потребность или необходимость принять алкоголь (ПАВ);
- неспособность регулировать дозу алкоголя (ПАВ) и продолжительность его потребления (утрата самоконтроля);
- появление алкогольного абстинентного синдрома, когда прием алкоголя (ПАВ) прекращен или значительно снижен;
- необходимость приема алкоголя для облегчения абстинентного синдрома;
- развитие толерантности к алкоголю: постепенное нарастание дозы, вызывающей опьянение, заметное ослабление эффекта от привычных доз, сравнительно нормальное поведение при такой концентрации этанола в крови, которая вызывала бы значительные нарушения у непьющего или малопьющего человека;
- продолжающееся потребление алкоголя, несмотря на осознание неблагоприятных последствий этого;
- совершение незаконных действий в нетрезвом виде и осложнение отношений с окружающими;
- в анамнезе – неоднократные безуспешные попытки бросить пить;
- постоянный поиск алкоголя, длительные периоды восстановления после его употребления;
- полное или частичное прекращение профессиональной деятельности, сужение круга интересов;

Репозиторий ВГУ

- неоднократное употребление алкоголя в рискованных ситуациях (например, за рулем или перед работой, требующей хорошей координации движений и быстрых реакций);
- невозможность нормально выполнять домашние и служебные обязанности.

Различают 3 степени простого алкогольного опьянения:

✓ Легкая степень КДК F10.01 (содержание алкоголя в крови 0,5–1,5‰) – ощущение тепла, психического комфорта, повышение аппетита, настроения, двигательной активности, невыраженные нарушения координации движений. Внимание легко отвлекаемо, мышление ускоряется, многоречивость, эмоциональный фон лабилен

✓ Средняя степень КДК F10.02 (содержание алкоголя в крови 1,5–2,5‰) - значительное снижение критической оценки своих действий, затруднение комплексной оценки ситуации, расторможенность влечений и желаний. Выраженные нарушения координации движений, дизартрия

✓ Тяжелая степень КДК F10.03 (содержание алкоголя в крови 2,5–4‰) Развитие дефицитарных изменений сознания, комы. Угнетение дыхания и сердечной деятельности

Различают следующие формы алкогольного опьянения

- Дисфорический вариант – настроение мрачное с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, склонностью к агрессии. В преморбиде (состояние, предшествующее и способствующее развитию болезни) органическая недостаточность головного мозга
- Параноидный вариант – появляется подозрительность, обидчивость, придирчивость, склонность толковать слова и поступки окружающих как стремление унизить, возможны ревнивые возможны ревнивые переживания. В преморбиде психопатические личности с паранойяльными эпилептоидными примитивными чертами
- Опьянение с гебефренными чертами – настроение дурашливое со стереотипиями, кривлянием, хаотическим дебоширством, однообразным звукоподражанием, бессмысленным буйством. В преморбиде наличие шизотипических черт, характерно также для подростков и юношей.
- Опьянение с истерическими чертами – проявляется театрализованным горестным аффектом, демонстративными суицидальными попытками, бурными сценами отчаяния «сумасшествия» и др. В преморбиде личности с истерическими чертами характера.
- Эпилептоидное патологическое опьянение – тотальная дезориентировка, отсутствие контакта с окружающей действительностью, резким двигательным возбуждением с аффектом страха, злобы, гнева, с молчаливой, бессмысленной и жестокой агрессией

Репозиторий ВГУ

• Параноидное (галлюцинаторно–бредовое) патологическое опьянение – поведение отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего содержания. Об этом свидетельствуют отдельные слова, команды, угрозы. Двигательная активность носит характер сложных и целенаправленных действий (бегство, защита, нападение). Опьянение имеет внезапное начало и конец, заканчивается глубоким сном, оставляя астению, головную боль, тотальную или парциальную амнезию.

Принцип стадийности клинической картины алкоголизма традиционно включает три стадии с использованием клинических синдромов в качестве диагностических критериев.

➢ *Начальная, невротическая (неврастеническая)*

А. Психическая зависимость:

• влечение обсессивного характера,

• снижение и потеря количественного контроля,

• психический дискомфорт вне интоксикации.

Б. Измененная реактивность на алкоголь:

• рост толерантности к алкоголю,

• изменение характера опьянения (появление атипичных форм),

• изменение формы потребления (переход к систематическому приему алкоголя).

➢ *Средняя, наркоманическая*

А. Психическая зависимость:

• влечение обсессивного характера,

• количественный контроль отсутствует,

• психический дискомфорт вне интоксикации.

Б. Измененная реактивность на алкоголь:

• установление максимальной толерантности,

• изменение характера опьянения (преобладание атипичных форм),

• изменение формы потребления (постоянное или псевдозапойное пьянство).

В. Физическая зависимость:

• влечение компульсивного характера,

• абстинентный синдром,

• физический дискомфорт вне интоксикации.

➢ *Исходная, энцефалическая (энцефалопатичская)*

А. Психическая зависимость:

• психический дискомфорт вне интоксикации,

• отсутствие количественного и ситуационного контроля.

Б. Измененная реактивность на алкоголь:

• снижение толерантности,

• изменение характера опьянения (систематические амнезии, преобладание атипичных форм),

Репозиторий ВГУ

• изменение формы употребления (истинные запои, постоянное пьянство).

В. Физическая зависимость:

• влечение компульсивного характера,

• абстинентный синдром,

• физический дискомфорт вне интоксикации.

Г. Алкогольная деменция:

• дефект личности с заметными изменениями интеллектуально-мнестических функций,

• нивелируются индивидуальные психические черты личности,

• неврологическая симптоматика выражается симптомами энцефалопатии,

• часто возникают психозы

Металкогольные (алкогольные) психозы

Металкогольные (алкогольные) психозы – экзогенные, экзогенно-органические или эндоформные клинические картины с острым, протрагированным или хроническим развитием, возникают во второй и третьей стадиях алкоголизма, сопровождающегося нарушениями внутренних органов и личностными изменениями. Термин «металкогольный» указывает на то, что психоз развивается не в результате непосредственного воздействия алкоголя на головной мозг, а в связи с нарушениями обмена, обусловленными соматической патологией, при нередком участии дополнительных вредностей – интеркуррентных заболеваний и психических травм. Употребление термина «алкогольные психозы» определяется традицией.

Ведущий фактор патогенеза алкогольных психозов – нарушение обменных и нейровегетативных процессов. Постоянно отмечаемые при них поражения печени приводят к нарушению ее антитоксической функции и как следствие – к токсическому поражению ЦНС, прежде всего ее диэнцефальных отделов. Добавочные соматические вредности усиливают токсический компонент. Это вызывает нарушения нейровегетативной регуляции и гипофизарно-надпочечниковой системы. Очень большое значение, особенно при алкогольных энцефалопатиях, имеет нарушение витаминного обмена. Патогенез других алкогольных психозов почти неизвестен. Установлена лишь роль добавочных органических вредностей и конституциональных факторов в развитии атипичных и затяжных алкогольных психозов.

Клинически различают следующие металкогольные (алкогольные) психозы: 1*) делирии; 2) галлюцинозы; 3) бредовые психозы; 4) энцефалопатии.* В группе металкогольных психозов описывают также *алкогольную депрессию, алкогольную эпилепсию и дипсоманию.*

Алкогольный делирий (белая горячка) – наиболее частая форма металкогольных психозов. Первому приступу делирия обычно предшествует

Репозиторий ВГУ

продолжительный запой; в дальнейшем приступы возникают в после непродолжительных периодов пьянства. Обычно делирии развивается спустя несколько часов или суток (чаще 3 – 4 сут.) после прекращения пьянства, а в ряде случаев при значительно более длительном воздержании. Нередко начало делирия совпадает с острыми соматическими заболеваниями, травмами, хирургическими вмешательствами. Делирии развивается обычно внезапно на фоне похмелъного абстинентного синдрома, проявления которого (психические и неврологические) особенно резко выражены у женщин. У них перед развитием делирия постоянно бывают депрессивные расстройства. Иногда делирии появляется вслед за одним или несколькими судорожными припадками, эпизодом вербальных галлюцинаций или вспышкой острого чувственного бреда.

Начальные симптомы делирия: ухудшение ночного сна, частые пробуждения в состоянии тревоги; вегетативные и вестибулярные расстройства, тремор, а также общая оживленность, заметная в движениях, мимике и настроении больного. Для похмельного состояния типичен однообразный подавленно-тревожный аффект, а при развитии делирия за короткое время можно наблюдать самые различные, часто противоположные оттенки настроения. Смена настроения, общая оживленность и отвлекаемость с неустойчивостью внимания усиливаются к вечеру. Затем возникает полная бессонница, на фоне которой появляются наплывы образных воспоминаний, гипнагогические галлюцинации или проецируемые вовне зрительные псевдогаллюцинации, зрительные иллюзии, парейдолии, а затем галлюцинации различных органов чувств и бред. Преобладают множественные и подвижные истинные зрительные микропсические галлюцинации: насекомые (мухи, клопы, тараканы, жуки) или мелкие животные (кошки, крысы, мыши). Реже больные видят крупных животных, их скопления («как в зоопарке») или людей, в том числе давно умерших родственников (так называемые блуждающие мертвецы). Видения могут принять фантастически-неправдоподобный облик (черти, чудовища). Зрительные галлюцинации то единичны, то множественные, сценоподобны и, отражая определенные ситуации, калейдоскопически сменяют друг друга. Нередко отмечаются слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, парестезии, галлюцинации, локализующиеся в полости рта, и галлюцинации общего чувства. Им нередко сопутствуют зрительные галлюцинации в виде проволоки и нитей паутины, нарушается ощущение положения тела в пространстве.

Настроение крайне изменчиво. Страх, благодушие, недоумение, удивление, отчаяние, юмор быстро сменяют друг друга. Мимика гиперэкспрессивна. Больные обычно все время в движении или чем-то «заняты» в соответствии с господствующими в данный момент галлюцинациями и аффектом. При страхе и устрашающих видениях они бегут, прячутся, отбиваются, стряхивают с себя насекомых, отмахиваются, что-то тянут изо

Репозиторий ВГУ

рта или деловито отдают распоряжения, осведомляются о чем-то, обращаются к мнимым и действительным собеседникам, куда-то собираются идти. Некоторые больные производят последовательные, однообразно повторяемые действия, имеющие отношение к домашней работе или профессии – так называемый профессиональный делирий. При его появлении сенсорный компонент симптоматики значительно уменьшается и может даже исчезнуть. Повышенная двигательная активность обычно контрастирует с немногословностью больных: при профессиональном делирий они обычно молчат. Несмотря на постоянную озабоченность больных и «занятость» собственными делами, все окружающее привлекает их внимание — они откликаются отдельными репликами на услышанное, реагируют поведением и мимикой на увиденное. Вместе с тем их внимание очень неустойчиво, часто его не удается сконцентрировать на чем-нибудь одном. Больные повышенно внушаемы. Так, если больному дать чистый лист бумаги и предложить читать, он увидит на этом листе буквы, строки и произнесет их вслух (симптом Рейхарта), заведет длинный разговор по выключенному телефону, если дать ему в руки трубку (симптом Ашаффенбурга).

Бред при делирий отрывочен и отражает галлюцинаторные расстройства. По содержанию это чаще всего бред преследования. Больные обычно ложно ориентированы в месте (будучи в больнице, считают, что находятся дома, на работе и т. д.), но ориентированы в собственной личности. Время для них сильно растягивается. При алкогольном делирий периодически временно ослабляется и даже исчезает значительная часть психических расстройств. Эти светлые, так называемые люцидные, промежутки возникают то спонтанно, то под влиянием внешних событий, например, беседы с врачом. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Состояние делирия обычно кратковременное, даже без лечения оно проходит через 3–5 дней. Иногда приступ затягивается на 1–1½ нед. Выздоровление чаще критическое – после глубокого продолжительного сна, но бывает и постепенным. По миновании психоза у мужчин наблюдается непродолжительная астения; у женщин астения сочетается с подавленностью. Содержание профессионального делирия амнезируется либо целиком, либо фрагментарно, другие делириозные переживания сохраняются в памяти. Какое-то, обычно непродолжительное, время больной может считать их действительными событиями – так называемый резидуальный бред.

Делирий постоянно сопровождается соматоневрологическими расстройствами. К ним относятся выраженная потливость с резким запахом пота, гиперемия кожных покровов, особенно лица, которое иногда приобретает желтовато-бледную окраску; тахикардия, колебания артериального давления, увеличение печени, желтушность склер; тремор рук, головы, дрожь всего тела; атаксия, мышечная гипотония, гиперрефлексия. В крови обнаруживаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, уско-

Репозиторий ВГУ

рение СОЭ, повышенное содержание билирубина и холестерина. Температура чаще субфебрильная.

Возможны и редукция типичных для делирия симптомов, и их значительное усложнение, а также колебания продолжительности приступа. По этим критериям выделяют несколько вариантов делирия.

Варианты делирия:

✓ Гипнагогический делирий ограничивается многочисленными чувственно-яркими сновидениями или зрительными образами, возникающими при засыпании, нерезким страхом и вегетативными симптомами. После пробуждения критика какое-то время отсутствует, а поведение нарушается. Длится 1–2 дня.

✓ «Делирий без делирия» (люцидный) возникает достаточно остро, протекает с суетливым возбуждением, временами с дезориентировкой в окружающей обстановке; сенсорные и бредовые расстройства рудиментарны или отсутствуют. Физические симптомы, в первую очередь выраженная потливость и тремор, постоянны. Длится 1–2 дня.

✓ Систематизированный делирий сопровождается развитием сценоподобных, последовательно сменяющихся зрительных галлюцинаций, содержанием которых чаще всего является оборона или погоня. Сочетается с выраженным бредом преследования и двигательным возбуждением (защита и нападение). Выход обычно литический, с резидуальным бредом.

✓ Абортивный делирий (лат. недоношенный, преждевременный) – развитие необильных, в ряде случаев единичных зрительных иллюзий и галлюцинаций, не создающих впечатления определенных или законченных ситуаций. Делириозная симптоматика чаще редуцирована, продолжается только несколько часов.

✓ Пролонгированный (хронический) делирий длится на протяжении недель – 1–1½ мес. Обычно наблюдается у больных пожилого возраста, страдающих хроническими соматическими болезнями, или возникает у них при присоединении к делирию интеркуррентных заболеваний (пневмония).

✓ Атипичный делирий – симптомы белой горячки сосуществуют с психическими автоматизмами или сопровождаются онейроидным помрачением сознания. В картине атипичного делирия все эти расстройства могут проявиться раздельно или одновременно.

Тяжелые лихорадочные, нередко смертельные делирии неоднородны по структуре. В зрелом возрасте (после 40 лет), обычно впервые в жизни, возникает развернутый делирий. На 2–3 и сутки при непрекращающемся и интенсивном, несмотря на терапию, психозе резко ухудшается соматическое состояние со значительными перепадами артериального давления, тахикардией, аритмией, одышкой. В ряде случаев это совпадает с присоединением интеркуррентного заболевания (чаще пневмонии), и тогда температура повышается до 38–39°С. В течение суток после ухудшения сомати-

Репозиторий ВГУ

ческого состояния на фоне продолжающегося психоза больной внезапно умирает при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности (коллапс).

В анамнезе у больных 30–40 лет, редко позже, встречаются эпилептические припадки и неразвернутые, но требующие госпитализации делирии. Тяжелому делирию всегда предшествуют в течение недель, а иногда и месяцев соматические расстройства – тошнота, рвота, повышение температуры. Нередко таких больных госпитализируют в соматические стационары. С самого начала к развивающемуся делирию присоединяются нарастающие в числе и интенсивности неврологические расстройства: атаксия, дизартрия, нарушения мышечного тонуса, миоклонические подергивания, гиперкинезы, рефлексы орального автоматизма, глазные симптомы (птоз, нистагм, страбизм, неподвижный взгляд). Температура повышается до 40–42°С. Отмечаются гипергидроз и обезвоживание, падение артериального давления, затруднение дыхания. Быстро возникает профессиональный или мусситирующий делирий. Далее развивается сопор и больной умирает на 2–5 й день в состоянии комы.

Алкогольный галлюциноз (галлюцинаторное помешательство пьяниц, алкогольный галлюцинаторный бред) – второй по частоте после делирия металкогольный психоз. Разделяется на две основные формы по течению и особенностям симптоматики.

Острый галлюциноз развивается либо в период похмельного абстинентного синдрома, у женщин обычно с депрессивными расстройствами, либо во время запоя.

Начало, как правило, острое; реже в течение недель отмечаются тревога и бредовая настроенность. В дебюте возможны делириозные расстройства, однако чаще клиническая картина сразу определяется слуховыми галлюцинациями, вначале элементарными, но быстро принимающими характер монолога, диалога и, наконец, поливокального вербального галлюциноза. В одних случаях голоса обсуждают больного и он упоминается в третьем лице, в других – они адресуются самому больному. Непрестанно меняется содержание словесных галлюцинаций: разнообразные обвинения и угрозы, обсуждение былых проступков больного и форм наказания, включая жестокую расправу, которую он заслужил. В первую очередь имеются в виду пьянство и его последствия. Не прекращаются циничная брань, оскорбления в адрес больного. Нередко галлюцинации имеют издевательски–дразнящее содержание, но слышатся и защищающие голоса. Возникают споры с итогом чаще не в пользу больного. Голоса то усиливаются до крика, то ослабевают до шепота, то приближаются, то отдаляются. Галлюциноз обычно чувственно ярок и выразителен.

Больные пересказывают содержание слышимого с такой экспрессией и наглядностью, что создается впечатление, будто они видят отдельные сцены. При наплыве галлюцинаторных расстройств появляются непро-

Репозиторий ВГУ

должительная заторможенность и отрешенность – галлюцинаторный ступор или субступор. Бредовые идеи тесно связаны по содержанию со слуховыми галлюцинациями, т. е. имеется галлюцинаторный бред. Эти идеи большей частью отрывочны и не систематизированы. Если в начале психоза галлюцинации вызывают удивление, недоумение или любопытство, то при развившемся галлюцинозе доминирует аффект напряженной тревоги, страха, отчаяния. Вначале больные двигательно возбуждены, спасаются бегством, в ряде случаев отчаянно обороняются обращаются к органам власти или совершают суицидальные попытки. Вскоре, однако, появляется, до известной степени, упорядоченное, маскирующее психоз поведение, создающее ложное представление об улучшении состояния. Этому способствует и сохранность у больных ауто- и аллопсихической ориентировки. Как правило, симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Развернутый острый алкогольный галлюциноз продолжается 2–4 нед.

Варианты острого алкогольного галлюциноза

✓ Острый гипнагогический вербальный - слуховые галлюцинации появляются только при засыпании

✓ Острый абортивный – слуховые элементарные и отдельные вербальные галлюцинации, тревога, страх, продолжительность – до суток

✓ Острый с выраженным бредом - вербальные галлюцинации угрожающего содержания, бред преследования, страх

✓ Острый, сочетающийся с делирием – к вербальным галлюцинациям на высоте психоза присоединяются зрительные

✓ Острый с онейроидным помрачением сознания – двойная ориентировка или дезориентировка в окружающем, вербальные галлюцинации, переживание фрагментарных фантастических сцен, образный бред

✓ Острый с психическими автоматизмами – чувство открытости, насильственного возникновения мыслей, воздействия с помощью аппаратов, слуховые псевдогаллюцинации

✓ Острый, сопровождающийся депрессией – клиника галлюциноза сопровождается симптомами депрессии, идеями самообвинения, греховности

✓ Протрагированный - продолжительность от 1 мес., сопровождается де- прессией, бредом самообвинения, преследования

Алкогольные бредовые психозы. В зависимости от содержания бредовых идей эти психозы разделяются на алкогольный параноид, абортивный параноид и алкогольный бред ревности.

Алкогольный параноид. На фоне похмельного абстинентного синдрома или запоя возникает бред преследования. Он развивается внезапно, реже после непродолжительного периода тревожных опасений и диффузной бредовой настроенности. Острый чувственный бред преследования, физического уничтожения сопровождается резко выраженной растерянностью, страхом или напряженной тревогой. Больные узнают преследовате-

Репозиторий ВГУ

лей чуть ли не в каждом встречном. В жестах, поступках и словах окружающих они видят угрозу своей жизни. Поступки больных импульсивные – они спрыгивают на ходу с транспорта, внезапно бросаются бежать, обращаются за помощью к органам власти, могут напасть на своих мнимых врагов, нанести себе телесные повреждения. В ряде случаев бред преследования сопровождается необильными вербальными иллюзиями и галлюцинациями, отдельными делириозными симптомами, возникающими вечером и ночью. Продолжительность психоза колеблется от нескольких дней до нескольких недель. Иногда алкогольный параноид затягивается на несколько месяцев. В этих случаях можно выявить бредовую тематику с тенденцией к несложной системе, а в структуре острого бреда – бред инсценировки и отдельные ложные узнавания. Отмечаются аффективные расстройства преимущественно тревога и подавленность.

Алкогольный бред ревности (супружеской неверности) возникает, как правило, после 40 лет, на фоне выраженных алкогольных изменений личности. Вначале ревность появляется лишь в состояниях опьянения или похмелья. Со временем подозрения в неверности остаются и вне алкогольных эксцессов, постепенно формируется бред, систематизированный в узких границах. Объектом подозрений чаще является человек ближайшего окружения. «Обманутый» муж начинает следить за женой, обращается за помощью к органам власти и может применить к жене жестокое насилие, особенно если к бреду ревности присоединяются идеи отравления. Нередко бред ревности становится ретроспективным – бредовой переоценке подвергаются факты различной давности. Иногда бред супружеской неверности возникает после делирия, сопровождаемого сценами измены, поэтому речь может идти о резидуальном бреде, обычно не меняющемся в своем содержании, постепенно теряющем аффективную насыщенность и актуальность.

Абортивный параноид – развивается на фоне запоя в состоянии опьянения. Кли- ническая картина напоминает острый алкогольный параноид с длительностью всего несколько часов

Металкогольные психозы, возникающие на фоне других психических заболеваний. Психозы на фоне шизофрении возникают при алкоголизме у больных с вялым течением процесса, при длительных ремиссиях после единичных приступов и относительно редко в дебютах бредовой шизофрении. Появление алкогольного психоза при шизофрении тем вероятнее, чем длительнее или массивнее злоупотребление алкоголем. Обычные формы алкогольных психозов при шизофрении – галлюциноз или острый параноид, начало которых, как правило, совпадает с развитием похмельного абстинентного синдрома. Однако в структуре этих психозов постоянны психические автоматизмы, сложные формы острого бреда (бред значения, интерметаморфозы) и систематизированного интерпретативного бреда, кататонические симптомы, выраженные депрессивные и окрашен-

Репозиторий ВГУ

ные патетикой маниакальные расстройства. Делириозные состояния, если и возникают, то они или рудиментарны, или сочетаются с онейроидным помрачением сознания и вербальным галлюцинозом. Появление алкогольного, особенно с атипичной клинической картиной, психоза в возрасте до 25 лет всегда заставляет заподозрить шизофренический процесс. Продолжительность психозов варьирует от нескольких дней до недель и месяцев. Повторные психозы развиваются и тогда, когда злоупотребление алкоголем идет на убыль, в том числе и после однократных эксцессов после воздержания от алкоголя. Клиническая картина повторных психозов все больше напоминает шизофрению или даже неотличима от нее: галлюцинаторно-бредовые состояния, приступы острой парафрении, фантастического галлюциноза и т. п.

Психозы на фоне органических процессов и эпилепсии. Различные органические процессы, олигофрения, мягкая эпилепсия могут изменить симптоматику делирия и галлюциноза. Появляются более глубокие состояния помрачения сознания, в первую очередь онейроид, двигательные расстройства, напоминающие кататонические, психические автоматизмы, и более обычного длится резидуальный бред.

Алкогольные энцефалопатии – группа металкогольных психозов, сопровождаемых: а) делириями, преимущественно тяжелыми, а также состояниями оглушения различной глубины; б) разнообразными картинами психоорганического синдрома, постоянно сочетающимися с системным, нередко преобладающим соматоневрологическим поражением. Алкогольные энцефалопатии разделяются на *острые* (энцефалопатия Гайе–Вернике) и *хронические* (корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич), между которыми существуют переходные формы болезни.

Энцефалопатии развиваются на фоне многодневного пьянства или затяжных, продолжающихся месяцами, запоев. Наряду с водкой больные часто употребляют различные суррогаты, реже крепленые вина. Похмельные абстинентные симптомы выражены и продолжительны, нередко сопровождаются эпилептическими припадками. В 30—50% случаев в анамнезе отмечаются различные по форме делириозные состояния. Всегда выражены изменения личности и профессиональное снижение. Соматические расстройства постоянны: чаще хронический гастрит, реже энтероколиты, язвенная болезнь, цирроз печени и гепатиты.

Продромальный период длится от нескольких недель или месяцев до года и более. Он короче при острых и продолжительнее при хронических алкогольных энцефалопатиях. Нередко его начало приходится на весенние и первые летние месяцы. Появляется адинамическая астения. К пище, богатой белками и жирами, больные испытывают отвращение. Часто возникают тошнота и рвота, изжога, боли в животе. Поносы сменяются запорами. Снижение аппетита может доходить до анорексии. Нарастает физическое истощение. Постоянны нарушения сна – сонливость днем и бессон-

Репозиторий ВГУ

ница ночью. В различных частях тела появляются парестезии. В икроножных мышцах, в пальцах рук и ног возникают судороги. Отмечается атаксия, нередко сопровождаемая головокружениями и интенционным тремором. Нередко ухудшается зрение.

Энцефалопатия Гайе–Вернике. Заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет, но описаны случаи заболевания и во втором десятилетии жизни. Вначале появляется делирий, для которого типичны скудность, отрывочность, однообразие и статичность зрительных галлюцинаций и иллюзий. Аффективные расстройства монотонны, бедны, лишены оттенков и напряженности, проявляются чаще всего тревогой. Двигательное возбуждение выражается в стереотипно повторяемых действиях в ограниченном пространстве, часто в пределах постели. Периодически могут возникать кратковременные состояния обездвиженности с напряжением мышц. Больные то однообразно выкрикивают отдельные слова, в том числе и произносимые окружающими, то невнятно бормочут. Речевой контакт с ними обычно невозможен. Бессвязность сближает эти начальные делириозные состояния с аменцией. Сходство нарастает по мере утяжеления делириозных расстройств и появления симптомов профессионального и особенно мусситирующего делирия. Спустя несколько дней клиническая картина видоизменяется; днем отмечается оглушение, вначале в форме сомнолентности, при утяжелении состояния достигающее сопора (так называемый псевдоэнцефалопатический синдром). В наиболее тяжелых случаях днем развивается коматозное состояние. К этому времени ночные делириозные расстройства исчезают.

Психические симптомы всегда сочетаются с неврологическими и физическими нарушениями. Ухудшению психического состояния неизменно сопутствует утяжеление соматического и неврологического статуса. Неврологические расстройства выражены, разнообразны и быстро меняются. Часто обращают на себя внимание фибриллярные подергивания мускулатуры губ и других мышц лица. Постоянны сложные гиперкинезы, в которых перемежаются дрожание, подергивание, хореиформные, атетоидные, миоклонические и баллистические движения. Возможны приступы торсионного спазма. Интенсивность, распространенность, проявления гиперкинезов различны. Так же изменчивы и нарушения мышечного тонуса в форме гипер- или гипотонии. Мышечная гипертония может возникать резкими приступами и быть столь интенсивной, что можно говорить о децеребрационной ригидности. Характерна так называемая оппозиционная гипертония – нарастание сопротивления при энергичных попытках изменить положение конечностей. Гипертония мышц нижних конечностей может сопровождаться гипотонией верхних конечностей и наоборот. Постоянны симптомы орального автоматизма: хоботковый рефлекс, сосательные и чмокающие движения, спонтанное выпячивание губ и хватательные рефлексы. Часто наблюдается атаксия. Глазные симптомы (нистагм, птоз,

Репозиторий ВГУ

двоение, страбизм, сокращение полей зрения, неподвижный взгляд), а также зрачковые расстройства, напоминающие таковые при симптоме Аргайлла Робертсона (миоз, анизокория, ослабление реакции на свет вплоть до ее полного исчезновения, нарушения конвергенции), в своей совокупности обычно характеризуют развернутую, а иногда и терминальную стадии болезни. Наиболее ранний и постоянный глазной симптом – нистагм, чаще крупноразмашистый, горизонтальный, которым могут ограничиться все глазодвигательные нарушения. Как правило, наблюдаются гиперпатия, полиневриты с легкими паретическими явлениями и пирамидными знаками.

Соматические расстройства постоянны, изменчивы и разнообразны. Больные физически истощены, выглядят старше своих лет. У одних лицо одутловатое, у других – сальное. Кожа и слизистые оболочки бледны, склеры субиктеричны. Язык подергивается, малинового цвета, сосочки с краев сглажены. Гипертермия постоянна, а нередко и продолжительна. У одних больных с самого начала кожа сухая и шелушащаяся, у других, наоборот, первое время отмечается обильное, в виде капель росы, потоотделение, особенно ночью. Легко образуются обширные некротические пролежни. Постоянны нарушения сердечного ритма – тахикардия, аритмия, а также значительные колебания артериального давления. Дыхание учащается до 30–40 в минуту и более.

Печень может быть увеличена и болезненна. Нередко отмечается частый жидкий стул, а также неопрятность мочой и калом. При спинномозговой пункции в положении лежа возможно некоторое повышение давления жидкости – до 200–400 мм вод. ст., реже выше. В спинномозговой жидкости повышено количество белка – до 0,5–0,8‰ при нормальном цитозе. В крови лейкоцитоз.

Психические и соматические расстройства могут периодически подвергаться значительной редукции. Эти светлые промежутки продолжаются от одного до нескольких дней. Повторные ухудшения, которых может быть несколько, обычно легче и короче предшествующих. Наиболее ранний признак начинающегося выздоровления – глубокий сон, продолжающийся и днем. Психоз может длиться несколько недель. Нередким исходом энцефалопатии Гайе–Вернике является развитие психоорганического синдрома различной глубины и структуры, в том числе и корсаковского психоза. При энцефалопатии Гайе–Вернике смерть может наступить к концу 2 й недели, нередко в связи с присоединением интеркуррентных заболеваний, в первую очередь пневмонии.

Митигированная форма (энцефалопатия средней тяжести). Наблюдаются легкая сомнолентность днем и нетяжелая делириозная симптоматика ночью либо подавленно-дисфорическое настроение и разнообразные ипохондрические жалобы. Соматоневрологические расстройства постоянны, но незначительны.

Репозиторий ВГУ

Молниеносно текущая форма. С самого начала развиваются профессиональный или мусситирующий делирий и одновременно массивная соматоневрологическая симптоматика. Повышение температуры до 40–41°С. Через день или несколько дней развивается коматозное состояние. Смерть наступает чаще на 3–6-й день болезни.

Корсаковский психоз (алкогольный паралич, полиневритический психоз). Среди заболевших преобладают женщины. Обычно этому синдрому предшествует тяжелый алкогольный делирий. Значительно реже, в первую очередь у пожилых больных, заболевание развивается постепенно. Психические расстройства определяются амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями. Амнезия (фиксационная) может достигнуть различных степеней. Часто отмечается ретроградная амнезия, охватывающая периоды от нескольких дней до многих лет. Конфабуляции часто возникают при расспросах больных, а не спонтанно; по своему содержанию это рассказы о фактах обыденной жизни или ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Изредка встречаются конфабуляции в виде сложных фантастических сообщений о разных происшествиях и приключениях. Специально задаваемыми вопросами нередко удается направить конфабуляторные высказывания больных в определенную сторону. Множественные, в том числе и фантастические, конфабуляции встречаются при незначительных расстройствах памяти и, наоборот, могут быть бедными и однообразными при массивных мнестических расстройствах. С фиксационной амнезией и конфабуляциями тесно связана амнестическая дезориентировка или ложная ориентировка больных в месте, времени и окружающих лицах. Отмечаются вялость, пассивность, снижение побуждений, повышенная утомляемость. Мимика и моторика обеднены и замедлены. Вялость и апатия иногда сменяются периодами раздражения или тревожного беспокойства с ипохондрическими опасениями.

Все эти психические изменения значительно выражены у пожилых больных. Лица молодого и среднего возраста обычно живее, подвижнее, проявляют больше интереса к окружающему, в том числе к различным занятиям. В большом объеме сохраняются прежние навыки и знания, вплоть до сложных. Фон настроения может быть с оттенком эйфории. Известное сознание болезни, в частности мнестических расстройств, отмечается у всех больных. Об этом свидетельствуют не только их жалобы, но и нередкое стремление скрыть нарушения памяти различными, хотя в весьма примитивными, приемами. Неврологические симптомы проявляются обычно в форме невритов, сопровождаемых более в менее выраженными атрофиями мышц конечностей, нарушениями чувствительности, ослаблением или даже отсутствием (реже повышением) сухожильных рефлексов. Параллелизма в тяжести психических и неврологических расстройств часто нет: тяжелые психические расстройства бывают при легком полиневрите. Болезнь течет чаще регредиентно, особенно в молодом и среднем

Репозиторий ВГУ

возрасте. У женщин чаще, чем у мужчин, отмечается значительное улучшение.

Алкогольный псевдопаралич развивается преимущественно у мужчин. Психические и неврологические расстройства аналогичны таковым при прогрессивном параличе. Постоянны резкое снижение уровня суждений, отсутствие критики к самому себе и окружающему, эйфория и вместе с тем идеи переоценки или бред величия. Расстройства памяти той или иной степени постоянны. Неврологические симптомы: тремор пальцев, языка, мимической мускулатуры, зрачковые расстройства, близкие к тем, что встречаются при симптоме Аргайлла Робертсона (отличие заключается в ослаблении конвергенции), дизартрия, изменения сухожильных рефлексов, судорожные припадки.

Алкогольная депрессия чаще возникает в рамках похмельного абстинентного синдрома, в период смягчения или исчезновения соматических расстройств. Преобладает подавленно-тревожное, со слезливостью, или дисфорическое настроение. Могут возникать идеи самоуничижения. Состояния витальной тоски, в том числе депрессивная деперсонализация, редки. К алкогольной депрессии можно отнести и психогенно возникающие, особенно на фоне похмелья, депрессивные реакции. Алкогольная депрессия продолжается от нескольких дней до 1–2 нед и требует от врача особенной настороженности: больные, особенно женщины, часто совершают суициды.

Алкогольная эпилепсия. Симптоматическая (токсическая) эпилепсия. Эпилептиформные припадки единичны или множественны, чаще возникают в первые дни похмельного абстинентного синдрома, в дебюте или во время алкогольного делирия, перед началом острой алкогольной энцефалопатии Гайе–Вернике, редко во время запоя. Малых припадков, абсансов, аур при алкогольной эпилепсии не бывает. Определяются изменения личности, характерные для алкоголизма. Прекращение пьянства влечет за собой исчезновение припадков.

Дипсомания – периодически возникающая особая форма запойного пьянства. Встречается у лиц, не страдающих алкоголизмом. Запою предшествуют дисфорическое настроение, физическое недомогание, бессонница, потеря аппетита, головные боли. Несмотря на приемы значительных количеств алкоголя (до 1 л водки в сутки и более), физические и психические симптомы опьянения могут быть незначительными. Запой продолжается от нескольких дней до 2–3 нед. Во время запоя может возникнуть дромомания. Окончание запоя обычно внезапное, может появиться отвращение к алкоголю. После запоя нередко бывает повышение настроения с неутомимой и продуктивной деятельностью. Дипсомания может возникать у психопатических личностей, на фоне эндокринного психосиндрома и в стертых случаях некоторых психических заболеваний – эпилепсии, шизофрении и циклотимии. Это очень редкая форма болезни.

Репозиторий ВГУ

За истинную дипсоманию обычно принимают псевдодипсоманию, т. е. пьянство в виде запоев во второй и особенно в третьей стадиях алкоголизма.

Возрастные особенности алкоголизма

Особенности раннего алкоголизма

Ситуационно-личностные варианты возникновения раннего алкоголизма:

• Начало алкоголизации в асоциальной подростковой среде в наиболее уязвимых подростковых «группах риска» под влиянием любопытства, подражания или групповой конформности;

• Некритичное, терпимое или снисходительное отношение к алкоголизации подростков в семье, в таких семьях происходит заметное накопление случаев алкоголизма;

• Картина алкогольного опьянения тесно связана с типом преморбидной аномалии характера;

• Первые пробы перерастают в процесс формирования аддиктивного поведения. Своеобразие алкогольного опьянения оформляется по алкогольному типу (для веселья, раскованности, обострения восприятия);

• Низкое противодействие микросоциальной среде;

• Ограничение круга активной социальной жизни;

• Учащение и утяжеление криминальных форм поведения в опьянении;

• Лабильность уровня толерантности (снижение при воздержании);

• Возможность изначального отсутствия количественного контроля;

• Ранняя утрата ситуационного контроля (как отражение педагогической несостоятельности и асоциальности микросреды;

• Ранние попытки утренней алкоголизации в компании (индуцированный абстинентный синдром);

• Сочетание ранней алкоголизации со злоупотреблением другими ПАВ (подростковый полинаркотизм)

• Высокая частота гетеро- и аутоагрессии.

Для алкогольного синдрома плода характерно:

• Наличие пре- и постнатального замедления развития;

• Черепно-лицевые аномалии: узкие глазные щели, недоразвитая верхняя губа, удлиненное лицо, вздернутый нос, уплощение переносицы, отсутствие носогубной складки, микроцефалия;

• Нарушение функционирования ЦНС: повышенная возбудимость, судороги, мозжечковая дисфункция, гипотония мышц, недержание мочи, привычная неврогенная рвота, тики, заикание

• Морфологические дефекты органов: аномалии суставов, конечностей (синдактилия), пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки), фиброз печени, аномалии половых органов;

• Пониженная сопротивляемость к соматическим и инфекционным заболеваниям;

Репозиторий ВГУ

Клиника и течение наркоманий

Наркомания – это болезненное состояние, характеризующееся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в повторном многократном употреблении психоактивных средств, принимающее форму непреодолимого влечения. Наркомания – это общий термин, применяемый ко всем видам зависимости от разных наркотиков.

Наркотическое «опьянение» характеризуется субъективно положительными для данного человека переживаниями: улучшается настроение, оно становится безмятежным, благодушным без реального улучшения ситуации. Проблемы на время дезактуализируются, но не устраняются. Такое субъективно приятное действие наркотик оказывает только в начале болезни, а в последующем его принимают только для предотвращения абстиненции, восстановления и повышения работоспособности.

Каждый наркотик вызывает характерное для него состояние интоксикации, которое часто сопровождается нарушением сознания, мышления, восприятия.

Первые приемы наркотика иногда вызывают защитные реакции организма в виде зуда, тошноты, рвоты, головокружения, профузного пота, которые исчезают при последующих приемах.

Острая наркотическая интоксикация зависит от способа введения наркотика, внешнего вмешательства, соматического и психического состояния принявшего наркотик.

Злоупотребление наркотиками без зависимости от них не является наркоманией и в отечественной наркологии определяется как аддиктивное поведение – это злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние до того, как сформировалась зависимость от них.

Клиника наркоманий представлена в виде трех основных синдромов: психическая зависимость, физическая зависимость и толерантность к наркотику.

Психическая зависимость характеризуется патологическим стремлением постоянно или периодически принимать наркотик. Она развивается во всех случаях систематического приема, но иногда может возникнуть уже после первой пробы. Больной стремится принимать наркотик, чтобы испытать приятные ощущения или снять явления дискомфорта. Влечение к наркотику может быть ***обсессивным*** или ***компульсивным.*** При обсессивном влечении у больного постоянно присутствуют мысли о наркотике, сопровождающиеся оживлением, подъемом настроения в предвкушении его приема и подавленностью, неудовлетворенностью при его отсутствии. *Компульсивное влечение* характеризуется неодолимым стремлением к наркотику, определяет поведение больного, мотивы его действий при полном отсутствии критики. Компульсивное влечение может возникнуть при абстиненции или на высоте интоксикации, в последнем случае может произойти передозировка наркотиком.

Репозиторий ВГУ

Физическая зависимость – состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление наркотиков, проявляющееся грубыми психическими и соматическими нарушениями при прекращении действия наркотика. Возникает абстинентный синдром, который облегчается или купируется полностью очередным введением наркотика.

Клинические проявления, сроки формирования, продолжительность абстиненции различны при разных видах наркоманий. Следует отметить, что физическая зависимость возникает при хроническом употреблении не всех наркотиков.

Толерантность – это состояние адаптации к наркотикам, проявляющееся постоянным снижением реакции на прием обычных доз. В процессе развития болезни происходит рост толерантности, когда организм наркомана может переносить дозы наркотика, превышающие в несколько раз терапевтические и даже смертельные. Повышение толерантности ведет к увеличению доз и частоты приема наркотиков. На определенном этапе болезни толерантность достигает максимума и остается длительное время постоянной. В дальнейшем происходит снижение толерантности и прием привычных доз приводит к передозировке, нередко с летальным исходом.

В течении наркоманий выделяют три стадии. Вначале происходит эпизодический прием наркотиков, когда еще нет определенного ритма наркотизации и изменения толерантности. Постепенно, а иногда после первого приема наркотика, формируется психическая зависимость, наркотики употребляются уже регулярно, толерантность к ним возрастает – это:

I (начальная) стадия наркомании.

II (развернутая) стадия характеризуется дальнейшим ростом толерантности до максимума, изменяется характер наркотического опьянения, появляется физическая зависимость.

III (конечная) стадия – падает толерантность, полностью исчезают позитивные переживания после приема наркотика, развиваются грубые соматоневрологические нарушения.

Классификация наркоманий

В зависимости от наркотического вещества, вызывающего ту или иную форму наркомании, можно выделить семь основных видов наркомании.

1. Опийная наркомания. Связана с приемом препаратов, изготовляемых из опия. Из него приготовляют морфий, героин, лауданум, кодеин, тебаин и т.д.,

Опийная наркомания развивается очень быстро. Морфинисты быстро худеют, стареют, исчезает половое влечение, нарушается память, резко снижается творческая продуктивность, быстро развиваются заболевания почек, печени. Длительность жизни, такого наркомана 10-15 лет.

Репозиторий ВГУ

II. Наркомания, связанная с употреблением конопли.

Действующим началом конопли являются каннабинол, каннабидиол, каннабидиновая кислота – вещества, выделенные сравнительно недавно.

Из смолы листьев и побегов конопли делают так называемый гашиш. Его употребляют для курения в виде чистой смолы или в смеси с табаком, а так же жуют, добавляют в еду, напитки.

Препараты конопли вызывают речедвигательное и половое возбуждение, яркие зрительные галлюцинации, повышение настроения.

В отличие от опийной наркомании, при которой сильна физическая зависимость, при наркомании, связанной с употреблением конопли, на первый план выходит психическая зависимость.

Курение марихуаны во время беременности приводит к. нарушениям развития плода, снижению его роста, замедлению созревания многих органов и систем. При этом дети рождаются о выраженной зависимостью от наркотика, т.е. только родившись, они уже являются наркоманами.

За последние годы получено много научных данных об отрицательном влиянии марихуаны на половую функцию человека. У всех мужчин после непродолжительного курения марихуаны в анализе семенной жидкости обнаруживали общее снижение концентрации сперматозоидов, огромное количество ненормальных, уродливых форм.

III. Кокаиновая наркомания.

Кокаиновая наркомания также является одним из древнейших видов наркомании. Связана с употреблением кокаина, алкалоида, получаемого из листьев растения коки.

У кокаинистов часты галлюцинации, повышено настроение. Со временем развивается апатия, теряется аппетит, появляется бессонница, угасают физиологические влечения.

Среди американских наркоманов широко распространен так называемый «крэк» – это кокаин, преобразованный в курительную смесь. К нему появляется почти мгновенное пристрастие. Обычно бывает достаточно 1–2 раза покурить сигарету, начиненную «крэком», как формируется непреодолимая наркотическая зависимость.

IV. Наркомания, обусловленная приемом препаратов снотворного действия. Снотворных препаратов очень много. Столько же может быть и разновидностей наркоманий. Чаще всего используются барбитураты, транквилизаторы – большая группа веществ, которые действуют успокаивающе на центральную нервную систему, а также препараты различных других химических групп: эуноктин, радедорм, нитразепам и т.д.

Обычно этот вид наркомании встречается у полинаркоманов. Физическая и психическая зависимость выражены незначительно.

V. Наркомания, связанная с употреблением больших концентраций чая и кофе. Особенно много кофеинистов и теистов среди заключенных. При этой форме наркомании также наблюдаются и привыкание, и повы-

Репозиторий ВГУ

шение толерантности, и абстиненция. Умирают кофеинисты и теисты от болезней сердца и сосудов.

VI. Наркомании, связанные с употреблением психодислентических средств или психотомиметиков. Их называют еще галлюциногенами. Объединяет их способность вызывать яркие зрительные и слуховые галлюцинации. К этим веществам относятся:

- мескалин – алкалоид, выделенный из кактуса, произрастающего в Мексике и южных районах США.
- псилоцибин – выделенный из гриба, произрастающего в Мексике.
- ЛСД – диэтиламид лизергиновой кислоты.

Употребление перечисленных выше средств вызывает яркие галлюцинации, бред. В этом состоянии наркоманы представляют социальную опасность.

VII. Алкоголизм и табакокурение.

Лекция 15. Соматические и неврологические осложнения в результате злоупотребления ПАВ.

Патология сердечно-сосудистой системы при наркологических заболеваниях

Алкогольная кардиомиопатия – возникает на фоне злоупотребления алкоголем и проявляется поражением миокарда левого желудочка с последующем вовлечение других камер сердца и их расширением. При начальной стадии наблюдается:

• повышенная утомляем ость;
• слабость, потливость;
• сердцебиения и боли в области сердца длительные, неиррадиирующие и некупирующиеся нитроглицерином;
• могут возникать нарушения ритма с пароксизмами мерцания предсердия;
• симптомы появляются или усиливаются после алкогольного эксцесса.

В дальнейшем все симптомы появляются не только после эксцесса, но и после физической и эмоциональной нагрузки.

• Нарастает левожелудочковая недостаточность в виде одышки, сердцебиения, даже в покое;
• прогрессирует общая слабость;
• на фоне выраженной дилатации полостей сердца и снижения сократительной способности миокарда в камерах сердца формируются тромбы, в связи с чем возможны эмболии.

При осмотре:

• выявляются признаки хронической алкогольной интоксикации;

Репозиторий ВГУ

• гиперемия лица, влажные кожные покровы, акроцианоз, отеки нижних конечностей, асцит;

•в легких выслушивается жесткое дыхание и застойные влажные хрипы;

• тоны сердца могут быть аритмичны, границы сердца расширены, выраженное ослабление первого тона;

• показана консультация терапевта и/или кардиолога для подбора оптимальной схемы лечения.

Нарушение сердечного ритма – изменение частоты и последовательности сердечных сокращений (аритмия, дизритмия). В клинической картине прослеживают четкую связь нарушений ритма с предшествующим алкогольным эксцессом. Регистрируют различные нарушения ритма, предсердные и желудочковые:

• предсердные нарушения ритма – предсердная экстрасистолия, пароксизмальные нарушения ритма (трепетание предсердий, мерцание предсердий);

• желудочковые нарушения ритма – желудочковая экстрасистолия, желудочковые тахиаритмии в виде желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков. Эти нарушения ритма могут приводить к внезапной смерти.

При осмотре:

• наблюдается бледность кожных покровов, акроцианоз;

• в легких выслушиваются жесткое дыхание, влажные хрипы;

• возможно снижение артериального давления.

Нарушение проводимости (блокада сердца) – алкогольное нарушение проводимости приводит к атриовентрикулярной блокаде – отсутствие согласованности деятельности предсердий и желудочков сердца, приводящее к блокаде сердца и блокаде левой ножки пучка Гиса. Клинических проявлений блокад сердца при алкоголизме не существует. При хронической алкогольной интоксикации клиническая картина соответствует алкогольному поражению сердца. Диагноз подтверждается инструментальными методами обследования (ЭКГ).

Алкогольная артериальная гипертензия (алкогольная гипертония) – повышение артериального давления, возникающее на фоне злоупотребления алкоголем. Повышение АД может наблюдаться как при алкогольном эксцессе, так и в периоды его отсутствия. Особенности повышения АД до 160/90–180/100 мм рт. ст. зависят от генотипа, стадии болезни, количества выпитого алкоголя. При этом наблюдается головная боль, головокружение, тошнота, гиперемия лица.

На ранних стадиях болезни артериальная гипертензия нестойкая, АД приходит в норму после эксцессов без применения лекарств. При длительном злоупотреблении алкоголем могут появляться поражения других органов

Репозиторий ВГУ

– почек, головного мозга, сосудов глазного дна. Позже могут развиваться такие осложнения, как инфаркт миокарда, инсульт.

В предделириозном периоде возникает состояние гипертонической энцефалопатии. При повышении АД до значительных цифр (200/100–220/120 мм рт. ст.) появляется сильная головная боль, тошнота, мелькание мурашек. Затем может последовать развернутая картина острого алкогольного делирия.

При осмотре:

• гиперемия лица;
• гипергидроз;
• тремор рук;
• нарушение координационных проб.

Патология дыхательной системы при наркологических заболеваниях

Больные хроническим алкоголизмом в силу, как правило, снижения у них бытовых условий и профессионального статуса часто находятся в неблагоприятных условиях окружающей среды, что способствует повышенной соматической заболеваемости, в том числе и органов дыхания.

Поражение дыхательной системы

поражение при хронической алкогольной интоксикации поражение, вызванное злоупотреблением психостимуляторами

• пневмония,
• острый респираторный дистресс-синдром
• бронхиальная астма,
• облетерирующий бронхиолит,
• отек легких,
• пневмоторакс,
• тромбоэмболия легочной артерии

Пневмония (pneumonia; греч., от pneumõn легкое) – воспалительный процесс в тканях легкого, возникающий как самостоятельная болезнь, или как проявление, или осложнение какого-либо заболевания.

Пневмония у больных алкоголизмом вызывается либо стафилококком, либо аспирацией. Хронический алкоголизм оказывает влияние на проявления пневмонии, когда отмечается формирование воспаления других участков легкого, вероятность абсцедирования, формирование эмпиемы плевры. При тяжелой пневмонии возрастает вероятность возникновения делирия, особенно при продолжении потребления алкоголя.

Аспирация способствует развитию респираторного дистресс-синдрома, утяжеляющего всю клинику и прогноз заболевания. При неумеренном табакокурении развивается эмфизема и бронхоэкстазы.

Диагностика пневмонии основана на оценке клинических данных и результатах лабораторного и рентгенологического исследований.

Репозиторий ВГУ

Острый респираторный дистресс-синдром – некардиогенный (токсический) отек легких. Основной признак синдрома — выраженная гипоксемия, а также нарушение микроциркуляции синтеза сурфактанта, спадение альвеол.

Клинически и рентгенологически при развитии синдрома выделяют две стадии. В первой стадии (интерстициальной) наблюдают одышку, тахипноэ. При этом выраженных изменений при клиническом обследовании не наблюдают. Во второй стадии (альвеолярной) наблюдается тяжелая дыхательная недостаточность. При клиническом обследовании выслушивают жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов.

Бронхиальная астма – аллергическая болезнь, характеризующаяся повторными приступами экспираторной одышки в связи с нарушением бронхиальной проходимости.

К развития заболевания приводит ингаляционный путь поступления психостимуляторов в организм, чаще всего при использовании кокаина.

При такой бронхиальной астме специфических клинических особенностей приступов не выявляется за исключение того, что начало заболевания связано с ритмом курения сигарет, содержащих кокаин.

Ведущий симптом – удушье. При клиническом осмотре на фоне ослабленного дыхания обнаруживаются свистящие сухие хрипы и приглушенные тоны сердца. Базисная терапия астмы назначается в зависимости от ступени заболевания.

Облетерирующий бронхиолит – респираторное состояние, вызванное длительным ингаляционным приемом кокаина, которое сопровождается воспалением слизистой оболочки бронхиол, резким увеличением ригидности ее стенок и закупоркой просвета бронхиол воспалительным экссудатом.

Общее состояние больных бывает тяжелым. При клиническом обследовании – дыхание поверхностное, кашель со слизисто–гнойной плохо отходящей мокротой, аускультативно на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы.

При осмотре:

• наблюдается цианоз с сероватым оттенком;

• одутловатость лица и шеи;

• акроцианоз;

• повышенная частота дыхания.

Отек легких – клинический синдром острой легочной недостаточности. Отек легких токсический обусловлен действием токсических веществ на ткань легких. Легочный отек наблюдается в основном при интоксикации кокаином вследствие развития острой левожелудочковой недостаточности, что происходит вследствие ишемии миокарда. В патогенезе отека легких кроме левожелудочковой недостаточности большую роль играет раздражение дыхательного центра из-за нарушения деятельности ЦНС.

Репозиторий ВГУ

При осмотре:

• лицо бледное;

• при длительном приступе бледность сменяется синюшностью;

• увеличена частота дыхательных движений;

• одышка усиливается при любой физической активности;

• дыхание в тяжелых случаях клокочущее;

• увеличивается частота сердечных сокращений, АД повышено.

В случаях появления первых признаков отека легких как можно раньше начинают ингаляцию влажного воздуха. Показано также внутривенное введение наркотических анальгетиков (гидрохлорид морфина). Показана неотложная консультация терапевта и кардиолога.

Пневмоторакс – наличие воздуха или газа в плевральной полости; возникает в результате травмы, патологического процесса или создается искусственно с лечебной целью.

При длительном ингаляционном поступлении в организм психостимуляторов пневмоторакс носит закрытый характер, при котором отсутствует сообщение между плевральной полостью и атмосферой за счет прорыва булл в плевральную полость. Буллы образуются в результате прямых и опосредованных токсических влияний психостимуляторов.

Основные диагностические признаки – резкое ослабление дыхания, тимпанит на стороне поражения, рентгенологические изменения в виде границы легочной ткани и воздуха. Тяжесть состояния связана с признаками сдавления органов средостения и тампонадой сердца. В этих случаях необходима неотложная консультация хирурга.

Тромбоэмболия легочной – синдром, обусловленный эмболией легочного ствола или его ветвей тромбом, характеризующийся резким нарушением кровообращения и внешнего дыхания, а при перекрытии небольших ветвей – симптомами образования гемморагических инфарктов легкого.

При злоупотреблении психостимуляторами частота тромбоэмболии легочной артерии повышается вследствие изменения плазменного звена

гомеостаза. Легочная эмболия манифестирует внезапно с постепенно усиливающейся одышкой, острой болью в грудной клетке. Одновременно может возникать ишемия миокарда.

При осмотре:

• в легких выявляют жесткое дыхание, единичные хрипы;

• при аускультации сердца находят раздвоение второго тона с его акцентом над легочной артерией;

• абдоминальный тип легочной эмболии – боли в животе, требующие исключения хирургической патологии;

• церебральный тип – тошнота, рвота, головная боль, могут выявляться менингиальные симптомы.

Репозиторий ВГУ

Патология пищеварительной системы при наркологических заболеваниях

Поражение ЖКТ

• *Поражение пищевода*

Малые дозы алкоголя подавляют секрецию слюны и повышают ее вязкость, приводя к развитию эзофагита (воспаление слизистой оболочки пищевода).

Систематическое употребление алкоголя изменяет моторную функцию пищевода, снижает тонус нижнего пищевода сфинктера, приводит к уменьшению амплитуды и частоты перестальтических волн, что вызывает дисфагию (расстройство глотания).

При возникновении рвотного рефлекса на фоне эзофагита может возникнуть линейный разрыв слизистой в области пищеводно – желудочного соединения – синдром Маллори–Вейсса (желудочное кровотечение, обусловленное разрывами слизистой оболочки при упорной рецидивирующей рвоте).

• *Поражение желудка*

Малые дозы алкоголя приводят к стимуляции желудочной секреции. При систематическом употреблении снижается секреция соляной кислоты и пепсина, усиление синтеза недоацетилированных молекул защитного слоя, что приводит к уменьшению его толщины и защитных свойств. Возникает воспалительный процесс сначала с повышенной кислотностью, а затем с пониженной. Нарушение микроциркуляции подслизистых капиллярных сплетений и венул может вызвать отек слизистой, кровотечение и обусловить геморрагический гастрит или язву.

• *Поражение тонкой кишки*

Малые дозы алкоголя вызывают ускорение перистальтики и продвижение содержимого.

При систематическом злоупотреблении перистальтика замедляется, повреждаются мембраны, и наблюдается разрушение клеток кишечного эпителия.

Нарушение микроциркуляции приводит к алкогольному энтериту (воспалению слизистой оболочки тонкой кишки), что снижает всасывание витаминов группы В, фолиевой кислоты и к потере белка.

Поражение поджелудочной железы

Острый панкреатит сопровождается резкой болью в животе опоясывающего характера, которая появляется внезапно, усиливается при резких движениях, кашле, рвоте, повышается температура до субфибрильных цифр, возникает тошнота и рвота.

При появлении отека железы и разбухания желудка возникают асцит, гидроторакс. Может возникать желтуха.

При тяжелом течении возникает шок, полиорганная недостаточность, респираторный дистресс-синдром, почечная недостаточность, психоз.

При тяжелых острых панкреатитах лечение проводится в условиях отделений интенсивной терапии.

Репозиторий ВГУ

• *Хронический панкреатит* алкогольной этиологии возникает на фоне хронической алкогольной интоксикации, при прогрессирующем остром панкреатите, который при продолжении алкоголизации приводит к необратимому изменению железы.

При обострении хронического панкреатита возникают боли в животе с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, желтуха. При усилении признаков панкреатической недостаточности нередко развивается сахарный диабет.

Основными диагностическими признаками являются: характерный анамнез (злоупотребление алкоголем, болевые приступы), наличие экзокринной и/или эндокринной недостаточности, структурные изменения поджелудочной железы.

Для диагностики используют ультразвуковое исследование органов брюшной полости; эндоскопическое ультразвуковое исследование, спиральную компьютерную и МРТ поджелудочной железы.

•*Алкогольная болезнь печени*

Токсическое действие алкоголя на гепатоциты считается основной причиной алкогольного поражения печени. Внутриклеточное накопление в гепатоцитах белка и воды приводит к увеличению их размера. Накопление жира («жировая печень») – ранняя стадия алкогольного поражения.

Даже кратковременное употребление алкоголя провоцирует развитие жировой дистрофии печени. В начале возникает развитее стеатоза.

✓ *Стеатоз печени.* Ранняя стадия алкогольного поражения – стеатоз печени проявляется адаптивной гепотомегалией, которая не вызывает болезненных ощущений, протекает безжелтушно. На УЗИ выявляют диффузно измененную «яркую печень». При отказе от алкоголя стеатоз исчезает в течение нескольких недель.

✓ *Алкогольный гепатит.* При продолжении употребления алкоголя может развиваться фиброз портальной системы. Клиническое проявление этой стадии также малосимптомно, но отличается активностью трансаминаз, повышение которых указывает на трансформацию стеатоза в алкогольный гепатит.

Клиническая манифестация алкогольного гепатита – неблагоприятный признак прогрессирования алкогольной болезни печени. Госпитальная смертность пациентов с острой декомпенсацией алкогольного гепатита весьма велика (до 40–60%).

✓ *Цирроз печени.* Прогрессирование гепатита при алкогольном стаже в 10–15 лет приводит к алкогольному циррозу печени.

Основные признаки цирроза – портальная гипертензия (расширение портальной вены) и печеночная недостаточность (малые печеночные знаки в виде «сосудистых звездочек», пальмарной эритемы, гинекомастии), асцит, увеличение селезенки.

При обследовании: печень плотная с неровными контурами, увеличена в размерах, позже размеры уменьшаются. Появление признаков про-

Репозиторий ВГУ

грессирования алкогольной болезни печени сопровождается нарастанием фиброза стромы, разрастанием широких соединительнотканных прослоек, уменьшением жира, развитием мелкоузлового цирроза. В дальнейшем при продолжении злоупотребления алкоголем наступает исчезновение жира, увеличение размеров регинирирующих узлов (крупноузловой цирроз).

ПРАКТИЧЕСКИЙ БЛОК

Тема 1: Введение в психопатологию

Вопросы:

Дать понятие психопатологии как науки, ее цель и задачи. Раскрыть связь психопатологии с другими научными дисциплинами медико-биологического цикла: дефектологией, психологией, физиологией, генетикой и др. Основные направления и разделы современной психиатрии.

Рассмотреть важнейшие этапы в развитии мировой и отечественной психопатологии: роль Ф. Пинеля, Конноли, Э. Крепелина, И.М. Балинского, С.С. Корсакова, В.М. Бехтерева, М.А. Чалисова и др. Развитие психопатологии в России и Белоруссии.

Задание 1. Дать определения терминам:

*Психиатрия*_____
Психическая болезнь _____
Поведение _____
Девиантное поведение _____
Аддиктивное поведение _____
Делинквентное поведение _____
Агрессивное поведение _____
Психическая (психологическая) зависимость _____
Психическое здоровье _____
Болезнь _____
Психическое расстройство _____
Нозология _____

Психические расстройства подразделяют на психотические, невротические, функциональные и органические. Дать определение этим расстройствам.

*Психотические*_____
Невротические _____
Функциональные _____
Органические _____

Задание 2. Записать основные задачи психопатологии

_____

Репозиторий ВГУ

Задание 3. Заполнить таблицу «Основные разделы психопатологии»

Разделы психопатологии	Область изучения

Задание 4. Записать связь психопатологии с другими научными дисциплинами:

_____

Задание 5. Заполнить таблицу «Исторические этапы формирования психиатрической помощи»

Этапы	Характеристика этапов
Донаучный период	
Эпоха древней греко-римской медицины	
Средние века (эпоха инквизиции)	
Период становления психиатрии, как области медицины	
Эпоха нозологической психиатрии Э. Крепелина	
Современный этап развития психиатрии	

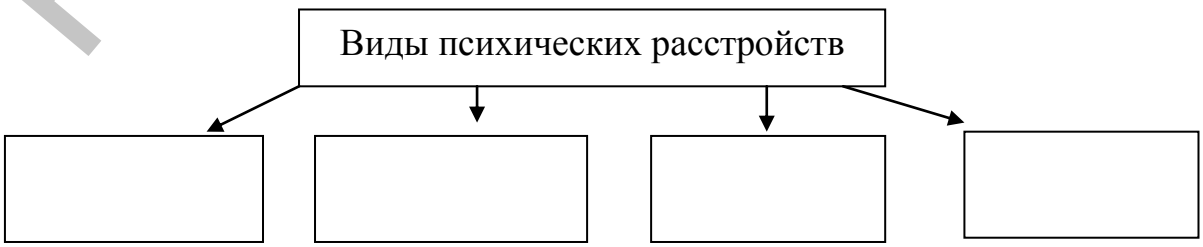
Тема 2: Классификации психических заболеваний. Методы диагностики в психиатрии.

Вопросы:

Рассмотреть современные отечественные и международные классификации психических заболеваний. МКБ-10, основные диагностические рубрики. Вопросы причин и механизмов развития психических заболеваний.

Изучить методы диагностики в психиатрии. Проведение первичного психиатрического освидетельствования.

Задание 1. Заполнить схему и дать определение видам психических расстройств



Репозиторий ВГУ

Психотические _____
Невротические _____
Функциональные _____
Органические _____

Задание 2. Дать классификацию групп психических расстройств (по** уровню **(регистру):
I Психотические (психозы)_____
II Непсихотические (невротические)_____
III Состояние сниженного интеллекта _____

***Задание 3. Записать классификацию групп психических расстройств по** этиологии:*
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Задание 4. Дать классификацию психических расстройств по Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

F0
_____
F1
_____
_____
F2
_____
F3
_____
F4
_____
F5
_____
F6
_____
F7
_____
F8
_____
F9
_____
_____

Репозиторий ВГУ

Задание 5. Дать характеристику клиническому методу диагностики в психиатрии_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Задание 6. Заполнить таблицу «Характеристика нейрофизиологических методов»

Метод	Характеристика метода	Показания
Электроэнцефалография (ЭЭГ)		
Реоэнцефалография (РЭГ)		
Полисомнография		
Эхоскопия		
Компьютерная томография (КТ)		
Магнитно-резонансное исследование (МРТ)		
Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)		

Задание 7. Заполнить таблицу «Характеристика психометрических методов»

Метод	Характеристика метода, назначение
Коэффициент IQ (интеллектуальный индекс)	
Прогрессивные матрицы Равена	
Счет по Крепелину	
Методы оценки стройности и целенаправленности	
Метод пиктограммы (Л.С. Выгодский)	
Тест Айзенка	
Тематический апперцептивный тест (ТАТ)	
Тест Розенцвейга	

Репозиторий ВГУ

Задание 8. Заполнить таблицу «Направления терапевтических подходов в психиатрии»

Направления терапевтических подходов	Характеристика направлений
Психотерапия	
Рациональная (разъяснительная) психотерапия	
Суггестивная терапия	
Коллективная и групповая психотерапия	
Семейная психотерапия	
Поведенческая (бихевиоральная) психотерапия	
Трудовая терапия	
Эрготерапия	

Тема 3: Организация психиатрической помощи. Экспертиза психически больных.

Вопросы:

Организация психиатрической помощи в Республике Беларусь. Основные положения закона о психиатрической помощи. Организация и проведение психиатрических экспертиз.

Задание 1. Запишите группы динамического учета психически больных и частот наблюдения пациентов:

1-я группа учета _____
2-я группа учета _____
3-я группа учета _____
4-я группа учета _____
5-я группа _____

Задание 2. Запишите следующие категории групп:

- группа «Спецучет» (СУ) _____
- Группа «СП» _____
- Группа «ЧиДБ» _____
- Группа «СоРМ» _____

Задание 3. Записать основные положения закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

1. Психиатрическое освидетельствование _____

Репозиторий ВГУ

2. Госпитализация больных в психиатрический стационар _____

Представление сведений о состоянии психического здоровья допускается в следующих случаях_____

Задание 4. Организация и проведение психиатрических экспертиз

При временной утрате трудоспособности психически больные получают больничный лист, который при наличии показаний может продлеваться на срок до 10 месяцев. При стойком снижении или утрате трудоспособности больному определяется одна из трех групп инвалидности. Записать, когда устанавливается:

I группа инвалидности _____

II группа _____

III группа инвалидности _____

Задание 5. Записать основные показания для неотложной и плановой госпитализации в психиатрический стационар

Плановая госпитализация
Неотложная госпитализация

Тема 4: Принципы современной классификации психических расстройств. Основные психопатологические синдромы

Вопросы:

Рассмотреть отечественную классификацию психических расстройств: эндогенные психические заболевания, эндогенно-органические психические заболевания, соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства, психогенные расстройства, патология развития личности.

Рассмотреть классификации синдромов по принципу уровней или «регистров», по Э. Крепелину: невротические, неврозоподобные, аффективные синдромы, бредовые и галлюцинаторные синдромы.

Задание 1. Записать отечественную классификацию психических расстройств

*1. Эндогенные психические заболевания:*_____

*2. Эндогенно-органические психические заболевания:*_____

*3. Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства:*_____

_____

*4. Психогенные расстройства:*_____

_____

*5.Патология развития личности:*_____

_____

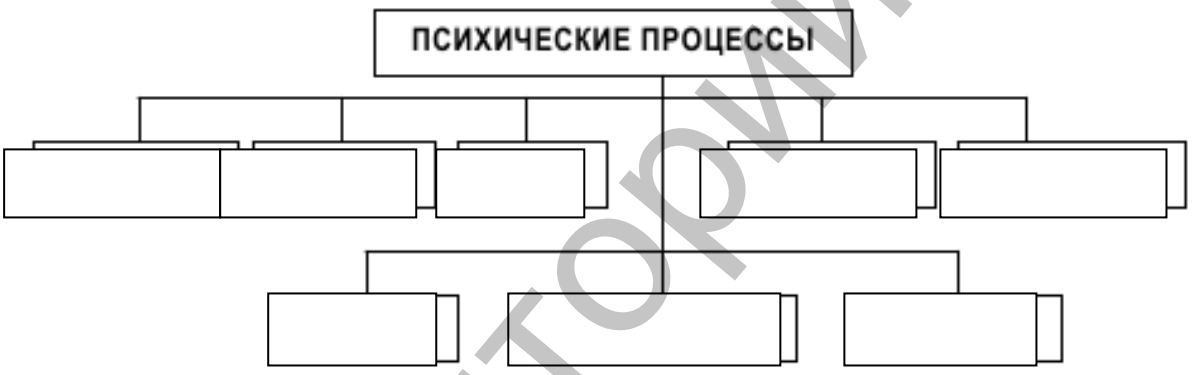
Репозиторий ВГУ

Задание 2. Заполнить таблицу «Отличия психозов и неврозов»

Психотические расстройства (психозы) характеризуются	Непсихотические (невротические) расстройства характеризуются

Задание 3. Записать сферы психической деятельности и заполнить схему «Психические процессы»

_____
_____
_____
_____



Задание 4. Дать определение терминам и заполнить таблицу «Классификации синдромов по принципу уровней или «регистров», по Э. Крепелину (1920)

Симптом _____
_____
_____
_____

Синдром _____
_____
_____
_____

Репозиторий ВГУ

Синдром	Описание
1. Невротические и неврозоподобные синдромы.	
Астенический	
Обсессивный	
Истерический	
2. Аффективные синдромы.	
Депрессивный	
Маниакальный	
Апатоабулический	
3. Бредовые и галлюцинаторные синдромы.	
Паранойяльный	
Параноидный	
Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)	
Парафренный	
Галлюцинозы	
4. Синдромы нарушенного сознания	
Делириозный	
Онейроидный	
Аментивный	
Сумеречное помрачение сознания	
5. Амнестические синдромы.	
Психоорганический	
Корсаковский синдром	
Деменции	

Репозиторий ВГУ

Тема 5. Особенности процесса восприятия

Вопросы:

Феноменология нарушений ощущений: гипо-, гипер-, парастезии, синестопатии. Расстройства восприятия: агнозии, иллюзии и галлюцинации. Патологические иллюзии. Классификация галлюцинаций. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.

Дереализация и деперсонализация.

Процесс чувственного познания окружающего (процесс восприятия) имеет три его составляющие: ощущение, восприятие, представление.

Задание 1. Дать определение терминам:

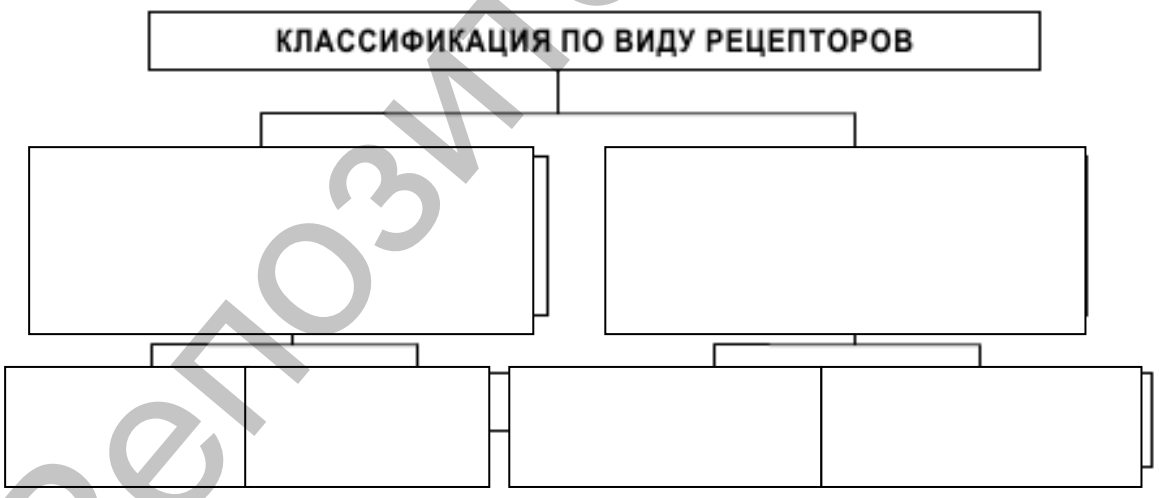
*Ощущение (психический процесс)*_____

*Восприятие*_____

*Представление*_____

<u>Патология ощущений</u>

Задание 2. Заполнить схему «Классификация восприятия по виду рецепторов» и дать определение терминам



*Дистантные экстероцепторы*_____

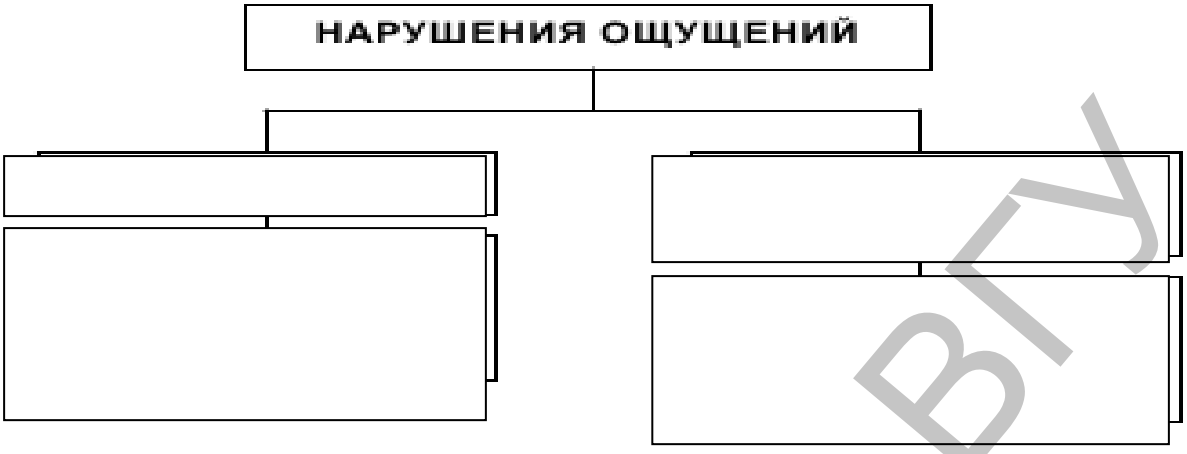
*Контактные экстероцепторы*_____

*Проприорецепторы*_____

*Интероцепторы*_____

Репозиторий ВГУ

Задание 3. Заполнить схему и таблицу «Нарушения ощущений»



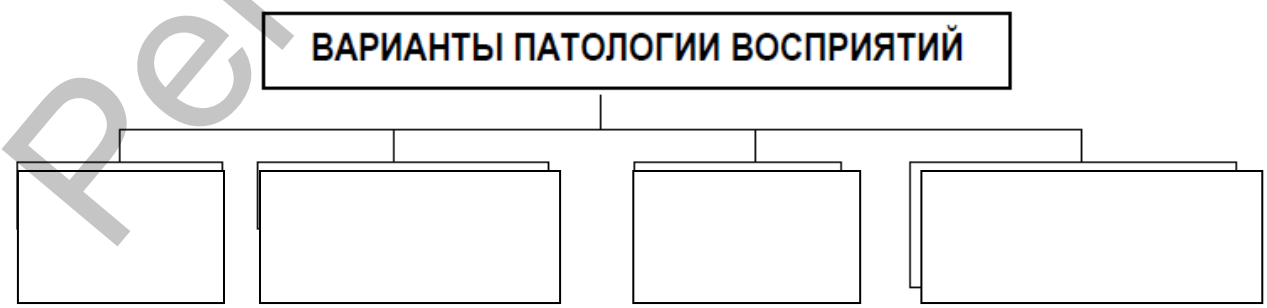
Нарушения ощущений

Вид нарушений	Характеристика	Где наблюдается
Анестезия		
Гипостезия		
Гиперестезия		
Дизестезия		
Сенестопатия		
Полиэстезия		

<u>Патология восприятия</u>

Делится на две большие группы: психосенсорные расстройства и иллюзии.

Задание 4. Дать определения терминам и заполнить схему «Варианты патологии восприятий»



*Психосенсорные расстройства*_____ _____

Иллюзии _____

Репозиторий ВГУ

Задание 5. Заполнить таблицу «Виды иллюзий по механизму восприятия»

Вид иллюзии	Характеристика	Где наблюдаются
По механизму восприятия		
Физические		
Физиологические		
Аффективные		
Вербальные		
По органам чувств		
Экстероцептивные		
Интрацептивные		
Проприоцептивные		

Патология представления

Задание 6. Дать определение и заполнить таблицу «Классификация галлюцинаций»

*Галлюцинации*_____

Классификация галлюцинаций

Рецептор	Галлюцинации (представления)
По органам чувств	
По локализации	
По сложности	
По времени возникновения	
По отношению к личности больного	
По сенсорному компоненту	
По причинам развития	
По механизму восприятия	

Задание 7. Привести примеры галлюцинаций

*Зрительных (видений)*_____

Слуховых _____

*Обонятельных*_____

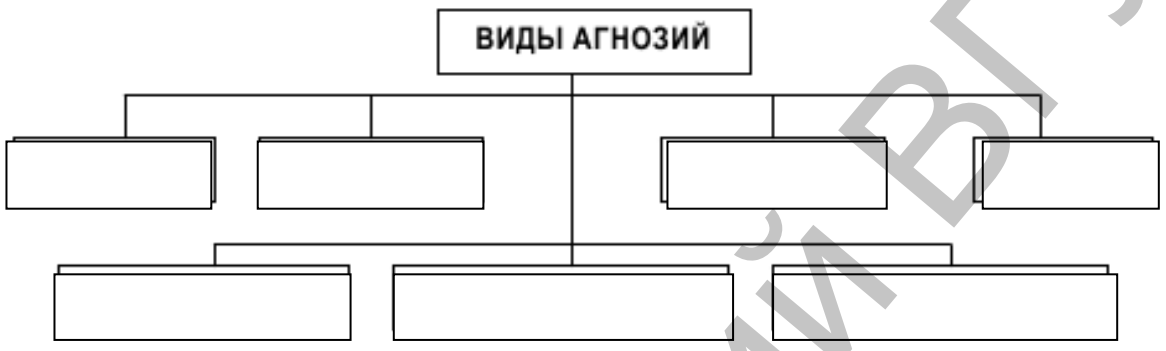
*Вкусовых*_____

Тактильных _____

Репозиторий ВГУ

Задание 8. Дать определения и записать признаки синдромов:
*Галлюциноз*___
Синдром ипохондрический _____
*Агнозия*_____
*Психосенсорные расстройства*_____

Задание 9. Заполнить схему «Виды агнозий»



Тема 6. Расстройства памяти
Вопросы

Патофизиологические механизмы расстройств памяти. Виды расстройств памяти. Количественные нарушения памяти: амнезия, гипомнезия, гипермнезия.

Отличительные признаки амнезий: полная и частичная; прогрессирующая, ретроградная, антеградная, фиксационная. Качественные расстройства памяти (парамнезии): псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии. Корсаковский амнестический синдром.

Задание 1. Дать определение и заполнить таблицу «Виды памяти»
*Память*_____

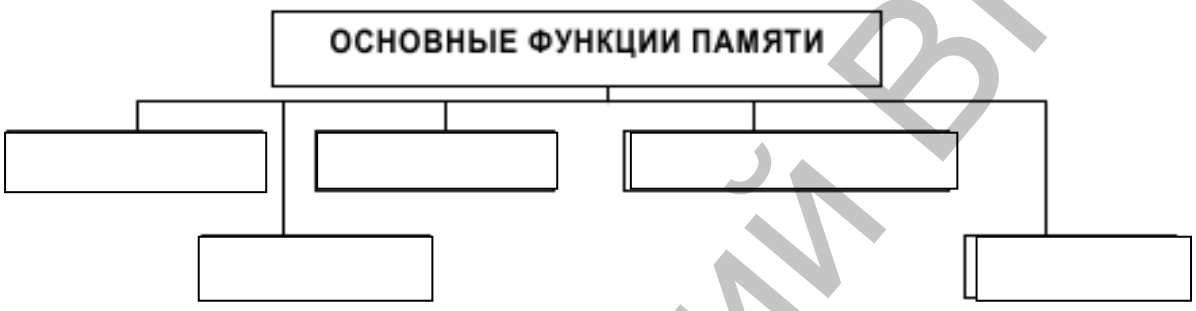
Виды памяти

Вид	Характеристика
Ассоциативная	
Двигательная	
Долговременная	
Зрительная	
Кратковременная	
Логическая	
Механическая	
Непроизвольная	

Репозиторий ВГУ

Образная	
Опосредованная	
Произвольная	
Словесная	
Слуховая	
Эмоциональная	

Задание 2. Заполнить схему «Основные функции памяти» и дать определения терминам.



*Запоминание*_____
*Сохранение*_____
*Забывание*_____
*Воспроизведение*_____
*Узнавание*_____

Задание 3. Заполнить схему и таблицу «Варианты нарушений памяти»



Варианты нарушений памяти

Вариант	Характеристика
Дисмнезии	
Гипермнезия	
Гипомнезия	
Амнезия	

Репозиторий ВГУ

Парамнезии	
Псевдореминис-ценции	
Криптомнезии	
Конфабуляции	

Задание 4. Заполнить схему и таблицу «Варианты амнезий»



Варианты амнезий

Вариант	Характеристика	Где наблюдается
Ретроградная		
Антероградная амнезия		
Конградная амнезия		
Фиксационная амнезия		
Прогрессирующая амнезия		
Стационарная амнезия		
Регрессирующая амнезия		
Репродукционная амнезия		

Задание 5. Дать характеристику амнестическому синдрому Корсакова

1. Корсаковский синдром это _____
_____

*2. Критериями Корсаковского синдрома являются*_____
_____

*3. Перечислить диагностические критерии Корсаковского синдрома:*_____
_____
_____

Лабораторная работа

Репозиторий ВГУ

Исследование показателей памяти

Работа 1. Определение объема смысловой памяти.

Оборудование: специальные тесты, включающие набор из 18 относительно отвлеченных понятий, например:

любовь, вкусный ужин, дружба, государство, веселый праздник, печаль, острый сюжет, прекрасный отдых, юность, тонкий юмор, счастье, справедливость, большой успех, тоска, чужая вина, красота, ясная мысль, вдохновение.

Ход работы. Испытуемым предъявлены 18 достаточно отвлеченных понятий. Для того чтобы их лучше запомнить, можно делать на листе бумаги какие-либо зарисовки или пометки (но не слова), фиксируя, таким образом, те ассоциации, которые они у вас вызывают. При воспроизведении понятий можно пользоваться вашими пометками. Старайтесь точно воспроизводить понятие».

После инструкции экспериментатор один раз зачитывает 18 понятий с интервалом 15–20 секунд, достаточным для того, чтобы испытуемые сделали нужные им пометки. Через 30 минут испытуемые под каждой из своих пометок подписывают все 18 понятий.

Интерпретация результатов. Объем смысловой памяти считается высоким, если правильно воспроизведено 16–18 понятий, средним – 13–15 понятий, низким – 12 и менее правильно воспроизведенных понятий.

Для пометок:

*Вывод*_____

Работа 2. Определение устойчивости непосредственного объема памяти.

Оборудование: 7-компонентные сигнальные комплексы.

Ход работы. Экспериментатор диктует испытуемым один за другим десять 7-компонентных сигнальных комплексов (таблица А). Каждый комплекс составлен из гласных букв. Диктовку осуществляют со скоростью 3 буквы за 2 секунды. После предъявления первого комплекса испытуемый должен записать на бумаге последовательность предъявления гласных букв в комплексе. Затем диктуется второй комплекс и т.д.

Правильные ответы по каждому из 10 комплексов суммируют.

Сумма правильных ответов, разделенная на число сигнальных комплексов (10), дает среднюю арифметическую величину, которая отражает непосредственный объем памяти.

Интерпретация результатов. Для 18–20 летних испытуемых непосредственный объем памяти составляет в среднем 4,7–5,5 сигнала.

Репозиторий ВГУ

Устойчивость непосредственного объема памяти определяется по степени разброса количеств правильных ответов на 10 сигнальных комплексов.

Устойчивость непосредственного объема памяти считается высокой, если разброс в количестве правильных ответов не превышает 3-х единиц (например, испытуемый при ответах на десять 7-компонентных комплексов правильно назвал не менее 4-х и не более 6-ти букв).

Устойчивость считается средней, если разброс правильных ответов составляет 4–5 единиц, и считается низкой, если разброс показателей 6–7 единиц.

Таблица А – 7-компонентные сигнальные комплексы:

1.	Ы	Ю	Е	О	А	У	Ю
2.	У	О	Ю	Ы	Е	А	О
3.	А	Е	Ы	Ю	О	У	Е
4.	Е	А	О	Е	Ы	Ю	У
5.	О	Ы	А	У	Ю	Е	Ы
6.	Ю	О	У	Е	А	Ы	Е
7.	Ы	Ю	Е	А	У	О	А
8.	Е	О	Ы	Ю	А	У	Ы
9.	У	Ы	А	О	Е	Ю	У
10.	О	А	Е	Ы	У	А	Ю

Вывод _____

Работа 3. Определение эффективности запоминания

Оборудование: словесный и числовой тесты.

Опыт 1. *Запоминание логически не связанного материала.*

Пример словесного теста:

1. Яблоко	6. Печень	11. Труд	16. Чернила
2. Дыра	7. Мир	12. Минск	17. Стол
3. Буря	8. Философия	13. Пророк	18. Клей
4. Авторучка	9. Лес	14. Сосна	19. Банан
5. Буква	10. Чулок	15. Пушка	20. Кувшин

Ход работы. Испытуемому на 40 секунд предъявляют тест, состоящий из 20 слов с их порядковыми номерами. Испытуемый должен их запомнить и сразу после окончания предъявления записать слова на бумаге

Репозиторий ВГУ

вместе с их порядковыми номерами. Ответ считается правильным только при условии, что слово называется вместе с его порядковым номером.

Эффективность запоминания вычисляют по формуле:

число правильных ответов: 20 × 100 = ….%

Интерпретация результатов. Если полученная величина составляет
90–100 %, то это соответствует отличной эффективности запоминания,
70–90 %, то очень хорошей
50–70 % – то хорошей,
30–50 % – то удовлетворительной,
0–10 % – то очень плохой.

*Вывод*_____

Опыт 2. *Запоминание чисел.*

Ход работы. Испытуемому на 40 секунд предъявляют тест, состоящий из 20 чисел с их порядковыми номерами. Методика работы с числовым тестом и интерпретация результатов такая же, как и в опыте 1.

Пример числового теста:

1. 13	5. 37	9. 52	13. 83	17. 38
2. 44	6. 30	10. 16	14. 49	18. 61
3. 67	7. 82	11. 75	15. 79	19. 74
4. 92	8. 69	12. 16	16. 77	20. 4

Вывод _____

Работа 4. Определение объема кратковременной слуховой памяти у человека.

Оборудование: таблица с цифрами.

Ход работы. Для определения объема кратковременной слуховой памяти необходимо определить то максимальное количество цифр, которое человек может усвоить на слух с одного предъявления и точно воспроизвести. Работу можно проводить одновременно на студентах всей группы. Преподаватель зачитывает 1-й ряд цифр из таблицы Б. Студенты прослушивают его, а затем сразу же записывают. После этого зачитывается 2-й ряд цифр и т.д.

После того как продиктованы все ряды цифр, преподаватель вновь диктует эти же ряды цифр для проверки правильности воспроизведения рядов цифр. Если 1-й, 2-й и 3-й ряды цифр записаны верно и в правильной последовательности, а в 4-м ряду обнаружены ошибки (изменен порядок

Репозиторий ВГУ

цифр, величина ряда, неверно записана цифра), то объем памяти будет равен количеству цифр в 3-м ряду.

Таблица Б – Набор цифр для исследования кратковременной памяти

№ ряда	Количество чисел в ряду									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	9	7	2							
2	1	4	6	3						
3	3	9	1	4	8					
4	4	6	8	2	5	3				
5	3	5	1	6	4	8	2			
6	2	4	7	5	8	3	9	6		
7	5	8	6	7	4	1	3	9	8	
8	6	5	8	3	9	2	5	4	8	7

Интерпретация результатов. Для взрослых людей объем кратковременной памяти составляет 7±2 единицы.

Вывод

_____

Работа 5. Методика определения кратковременной памяти

Оборудование: таблица с цифрами.

Цель: определение объема кратковременной зрительной памяти. Применяется для обследования лиц любого возраста

Ход работы. Испытуемые должны запомнить за 20 с, а затем воспроизвести максимальное количество чисел из таблицы В.

Таблица В - Набор цифр для исследования объема кратковременной зрительной памяти

15	39	87	23
94	65	79	46
83	19	94	52

Интерпретация результатов. По количеству правильно воспроизведенных чисел производится оценка кратковременной зрительной памяти. Максимальное количество информации, которое может храниться в кратковременной, иначе – оперативной, памяти – 10 единиц материала. Средний уровень 6-7 единиц.

Вывод _____

Репозиторий ВГУ

Тема 7. Расстройства мышления

Вопросы

Виды нарушения мышления по форме и содержанию.

Варианты расстройства мышления по форме. Нарушения темпа мышления. Нарушение подвижности мышления. Обрывы мысли. Разорванность и бессвязность мышления. Резонерство, формализм, обстоятельность мышления. Расплывчатое и паралогическое мышление.

Варианты расстройства мышления по содержанию. Сверхценные и бредовые идеи. Разграничение сверхценных идей и бредовых идей. Бред, его различные варианты бреда.

Задание 1. Дать определение терминам и заполнить таблицу «Виды мышления»

Мышление -_____

*Понятия*_____

*Речь*__ _____

*Ассоциации*_____

Виды мышления

Вид	Характеристика
Абстрактное	
Вязкое	
Инфантильное	
Конкретное	
Магическое	
Образное	
Примитивное	

Расстройства мышления разделяют на:

- *расстройства ассоциативного процесса*
- *патологию суждений и умозаключений*

<u>Расстройства ассоциативного процесса</u>

Задание 2. Заполнить таблицу «Нарушения форм мышления»

Вид нарушения	Характеристика
Ускорение	
Ментизм (наплыв мыслей)	
Скачка идей	
Замедление мышления	
Разорванное	

Репозиторий ВГУ

Бессвязное	
Перерывы в мышлении (шперрунг)	
Паралогия	
Обстоятельность	
Персеверация	
Аутистическое мышление	
Неологизм	

Патология суждений и умозаключений

Задание3. Дать определение нарушениям содержания мышления:

1. Бредовые идеи _____

*Бредовые идеи преследования (привести примеры)*_____

*Бредовые идеи величия (привести примеры)*_____

*Депрессивный бред (привести примеры)*_____

2. Сверхценные идеи _____

*3. Бредоподобные фантазии (привести примеры)*_____

*4. Навязчивые идеи (состояния) (привести примеры)*_____

Задание 4. Заполнить таблицу «Синдромы нарушения мышления»

Синдром	Характеристика
Паранойяльный синдром	
Парафренный синдром	
Параноидный синдром	
Обсессивно-фобический синдром	
Синдром Кандинского-Клерамбо	
Синдром Катара, или бред отрицания	

Лабораторная работа
Исследование быстроты мышления

Работа 1. **Исследование быстроты мышления**

Цель: Методика позволяет определить темп выполнения ориентировочных и операциональных компонентов мышления. Может использоваться как индивидуально, так и в группе.

Оборудование: бланк задания

*Ход работы***:** Испытуемым предъявляется бланк со словами, в которых пропущены буквы. По сигналу психолога в течение 3 мин они вписы-

Репозиторий ВГУ

вают недостающие буквы. Каждый прочерк означает одну пропущенную букву. Слова должны быть существительными, нарицательными, в единственном числе.

Образец бланка 1

Д- ЛО	П- Л- А	З- О- ОК	С- Я- О- ТЬ
К- ША	О- Р- Ч	К- Н- А	К- С- А- НИК
С- ДА	К- Р- ОН	С- Е- ЛО	У- И- Е- Ь
В- ЗА	З- Р- 0	К- Ы- А	А- Е- Ь- ИН
Н- ГА	В- С- ОК	Т- А- А	С- А- Ц- Я
М- НА	С- Г- ОБ	К- У- КА	Ч- Р- И- А
Д- ЛЯ	В- Т- А	С- А- КА	К- П- С- А
К- НО	П- Д- АК	С- У- А	Т- У- О- ТЬ
Б- ДА	П- Р- А	С- А- А	С- Е- О- А
Ч- ДО	Б- Л- ОН	П- Е- А	К- Н- О- А

Подсчитать количество правильно составленных слов в течение 3 мин.

Образец бланка 2

П- РО	В- Т- В	К- Ы- А	С- Е- О- А
Г- РА	О- Р- Ч	К- И- А	К- Н- О- А
П- ЛЕ	Б- Л- ОН	С- А- А	У- И- Е- Ь
К- СА	З- Р- О	З- О- ОК	Ч- Р- И- А
Т- ЛО	П- Д- АК	Т- А- А	А- Е- Ь- ИН
П- ЛЯ	С- Г- ОБ	П- Е- А	С- А- Ц- Я
В- РА	П- Л- А	С- А- КА	Т- У- О- ТЬ
С- ЖА	В- С- ОК	Т- У- А	К- П- С- А
Д- УША	К- Р- А	С- Е- ЛО	К- С- А- НИК
Р- КА	К- Р- ОН	К- У- КА	С- Я- О- ТЬ

Интропретация Показателем быстроты мышления и одновременно показателем подвижности нервных процессов (н.п.) выступает количество составленных слов:

- менее 20 слов – низкая быстрота мышления и подвижность н. п.;
- 21-30 слов – средняя быстрота мышления и подвижность н. п.;
- 31 слово и более – высокая быстрота мышления и подвижность н.п.

***Работа 2.*Методика "Логические задачи".**

Цель: Методика предназначена для диагностики уровня сформированности теоретического анализа и внутреннего плана действий у младших школьников. Результаты исследования позволяют установить степень раз-

Репозиторий БГУ

вития теоретического способа решения задач в целом, сделать вывод об особенностях формирования у ребенка такого интеллектуального умения, как рассуждение.

Оборудование: бланк задания

*Ход работы***:**

В бланке задания вам даны листы с условиями 22 задач. Первые четыре задачи простые: для их решения достаточно прочитать условие, подумать и написать в ответе имя только одного человека, того, кто, по вашему мнению, будет самым веселым, самым сильным или самым быстрым из тех, о ком говорится в задаче.

В задачах с 5 по 10 используются искусственные слова, бессмысленные буквосочетания - они заменяют наши обычные слова. В задачах 5 и 6 бессмысленные буквосочетания (например, на ее) обозначают такие слова, как веселее, быстрее, сильнее и т. п. В задачах 7 и 8 искусственные слова заменяют обычные имена людей, а в задачах 9 и 10 они заменяют все. При решении этих шести задач, можете "в уме " (про себя) вместо бессмысленных слов подставлять понятные, обычные слова. Но в ответах задач с 7 по 10 нужно писать бессмысленное слово, заменяющее имя человека.

11 и 12 - эти задачи "сказочные", потому что в них про известных всем нам зверей рассказывается что-то странное, необычное. Эти задачи нужно решать, пользуясь только теми сведениями о животных, которые даются в условии задач. В задачах с 13 по 16 в ответе нужно писать одно имя, а в задачах 17 и 18 - кто как считает правильным: либо одно имя, либо два. В задачах 19 и 20 обязательно писать в ответе только два имени, а в двух последних задачах - 21 и 22 - три имени, даже если одно из имен повторяется".

Бланк задания

Задачи для предъявления	Ваш ответ
1. Толя веселее, чем Катя. Катя веселее, чем Алик. Кто веселее всех?	
2. Саша сильнее, чем Вера. Вера сильнее, чем Лиза. Кто слабее всех?	
3. Миша темнее, чем Коля. Миша светлее, чем Вова. Кто темнее всех?	
4. Вера тяжелее, чем Катя. Вера легче, чем Оля. Кто легче всех?	
5. Катя веселее, чем Лиза. Лиза веселее, чем Лена. Кто веселее всех?	
6. Коля выше, чем Дима. Дима выше, чем Боря. Кто выше всех?	
7. Петя веселее, чем Лена. Павел печальнее, чем Коля. Кто печальнее всех?	

Репозиторий ВГУ

8. Ваня слабее, чем Ринат. Вася сильнее, чем Сева. Кто слабее всех?	
9. Миша умнее, чем Нюра. Нюра умнее, чем Гоша. Кто умнее всех?	
10. Вера ниже, чем Дима. Дима выше, чем Петя. Кто выше всех?	
11. Собака легче, чем жук. Собака тяжелее, чем слон. Кто легче всех?	
12. Лошадь ниже, чем муха. Лошадь выше, чем жираф. Кто выше всех?	
13. Попов на 68 лет младше, чем Бобров. Попов на 2 года старше, чем Семенов. Кто младше всех?	
14. Уткин на 3 кг легче, чем Гусев. Уткин на 74 кг тяжелее, чем Комаров. Кто тяжелее всех?	
15. Маша намного слабее, чем Лиза. Маша немного сильнее, чем Нина. Кто слабее всех?	
16. Вера немного темнее, чем Люба. Вера немного темнее, чем Катя. Кто темнее всех?	
17. Петя медлительнее, чем Коля. Вова быстрее, чем Петя. Кто быстрее?	
18. Саша тяжелее, чем Миша. Дима легче, чем Саша. Кто легче?	
19. Вера веселее, чем Катя, и легче, чем Маша. Вера печальнее, чем Маша, и тяжелее, чем Катя. Кто самый печальный и самый тяжелый?	
20. Рита темнее, чем Лиза, и младше, чем Нина. Рита светлее, чем Нина, и старше, чем Лиза. Кто самый темный и самый молодой?	
21. Юля веселее, чем Ася. Ася легче, чем Соня. Соня сильнее, чем Юля. Юля тяжелее, чем Соня. Соня печальнее, чем Ася. Ася слабее, чем Юля. Кто самый веселый, самый легкий и самый сильный?	
22. Толя темнее, чем Миша. Миша младше, чем Вова. Вова ниже, чем Толя. Толя старше, чем Вова. Вова светлее, чем Миша. Миша выше, чем Толя. Кто самый светлый, кто старше всех и кто самый высокий?	

Интропретация

Решены только 1 и 2 задачи - ребенок умеет действовать "в уме" в минимальной степени.

Решена только первая задача - не умеет планировать свои действия, затрудняется даже заменить в "уме" данное отношение величин на обратное, например, отношение "больше" на отношение "меньше".

Уровень развития умения анализировать условия задачи.

Репозиторий ВГУ

- Правильно решены 16 задач и более, в том числе задачи с 5 по 16 - высокий уровень развития.
- Задачи с 5 по 16 решены частично (половина и более) - средний уровень.
- Задачи с 5 по 16 не решены - низкий уровень развития, ребенок не умеет выделить структурную общность задачи,

Результаты исследования.

Уровень развития умения понять учебную задачу

- Более 10 задач - высокий уровень
- От 5 до 10 задач - средний уровень.
- Менее 5 задач - низкий уровень.

Тема 8. Расстройства внимания

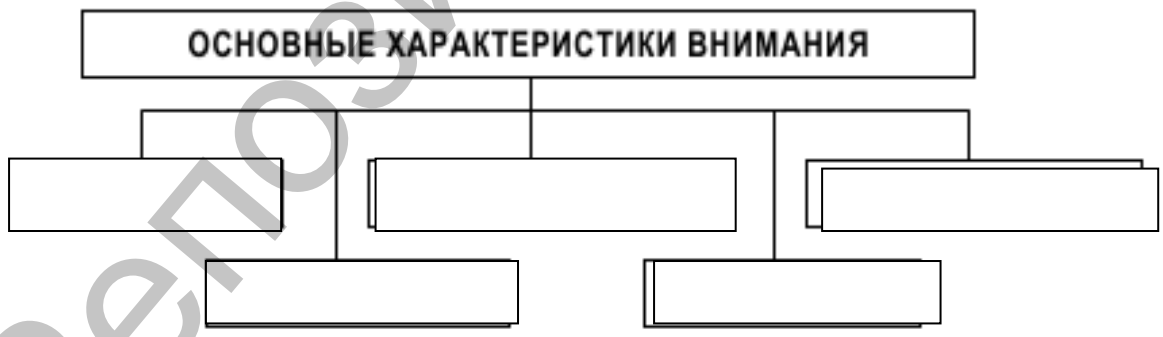
Расстройства внимания: отвлекаемость, истощаемость, застреваемость. Особенности расстройства внимания при различных заболеваниях. Гиперпрозексия. Апрозексия. Затруднение переключения внимания. Односторонняя прикованность. Притупление внимания. Методики исследования внимания.

Задание 1. Дать определение терминам и заполнить схему «Основные характеристики внимания»

*Внимание*_____

Произвольное внимание _____

Непроизвольное внимание _____



*Устойчивость внимания*_____

*Сосредоточенность внимания*_____

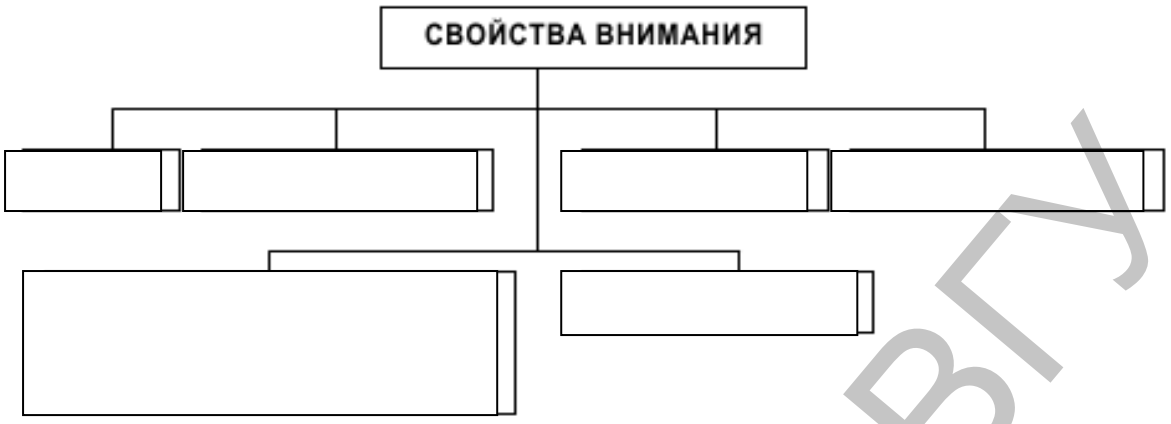
*Переключаемость внимания*_____

*Распределение внимания*_____

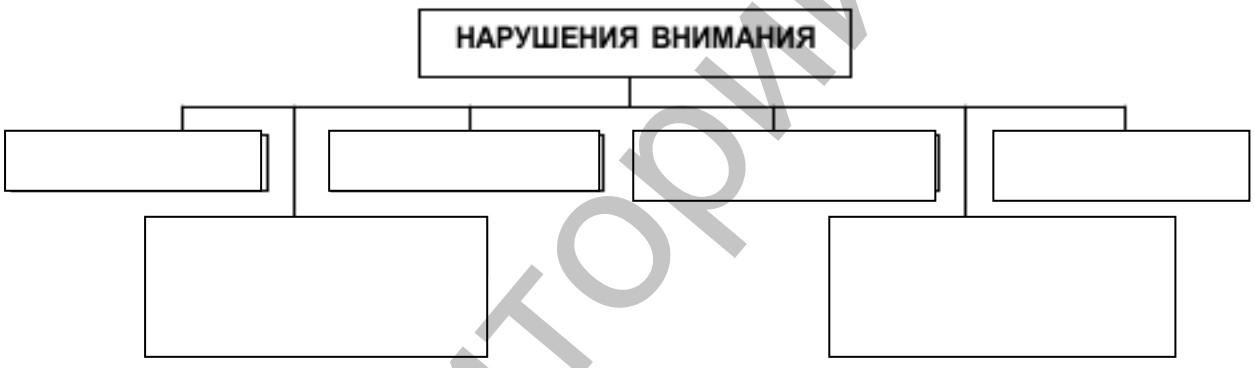
*Объем внимания*_____

Репозиторий ВГУ

Задание 2. Заполнить схему «Свойства внимания»



Задание 3. Заполнить схему и таблицу «Нарушения внимания»



Нарушения внимания

Вид нарушения	Характеристика
Рассеянность	
Истощаемость	
Сужение объема	
Инертность	
Отвлекаемость	
Апрозексия	

Лабораторная работа
Исследование внимания

Работа 1. Тест Мюнстерберга

Цель: Методика направлена на определение избирательности и концентрации внимания. Тест разработан немецко-американским психологом Гуго Мюнстербергом (Hugo Munsterberg, 1863–1916). Методику можно

Репозиторий ВГУ

использовать при профотборе на специальности, требующие хорошей избирательности и концентрации внимания, а также высокой помехоустойчивости

Оборудование: бланк задания

Ход работы: Среди буквенного текста имеются слова. Ваша задача - как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова. Время выполнения задания — 2 минуты

Пример: «лгщьбапамятьшогхеюжп»

Бланк ответа

бсолнцевтргщоцрайонзгучновостьхэьгчяфактуекэкзаментроч
ягшгцкпрокуроргурстабюетеорияентсджэбьамхоккейтрсицы
фцуйгзхтелевизорсолджщзхюэлгщьбапамятьшогхеюжпждргщ
хэнздвосприятиейцукенгшщзхъвафыапролдблюбовьавфырпл
ослдспектакльячсмитьбюжюерадостьвуфцпэждлорпкнародш
лджьхэшщгиенакуыфйшрепортажэждорлафывюефбьконкурс
йфячыцувскапрличностьзхжэьеюдшщглоджэпрплаваниедтлж
эзбьтрдщшжнпркывкомедияшлдкцуйфотчаяниейфоячвтлджэ
хьфтасенлабораториягщдщнруцтргшщтлроснованиезщдэркэ
нтаопрукгвсмтрпсихиатриябплмстчьйсмтзацэъагнтэхт

Обработка результатов и интерпретация

Оценивается количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенные и неправильно выделенные слова).

В тексте содержится 25 слов.

1. Если вы обнаружили **не более 15 слов**, то вам следует уделять больше времени развитию своего внимания. Читайте, записывайте интересные мысли в вашу записную книжку, время от времени перечитывайте свои записи.
2. Если вы обнаружили **не более 20 слов**, ваше внимание ближе к норме, но иногда оно вас подводит. Вернитесь к тесту, повторите его еще раз. Сверьте свои результаты с ключом к тесту.
3. Если вам удалось обнаружить **24–25 слов**, ваше внимание в полном порядке. Хороший уровень развития внимания помогает вам быстро учиться, продуктивно работать, запоминать информацию и воспроизводить ее в нужный момент.

Вывод

_____

_____

_____

_____

Репозиторий ВГУ

Работа 2. Методика «Расстановка чисел»

Цель: Методика предназначена для оценки произвольного внимания. Рекомендуется использовать при профотборе на специальности, требующие хорошего развития функции внимания

Оборудование: Стимульный материал, бланк задания

Ход работы: В течение 2 мин. Вы должны расставить в свободных клетках нижнего квадрата бланка в возрастающем порядке числа, которые расположены в случайном порядке в 25 клетках верхнего квадрата бланка.

Числа записываются построчно, никаких отметок в верхнем квадрате делать нельзя. Методика удобна при групповом обследовании.

Стимульный материал

16	37	98	29	54
80	92	46	59	35
43	21	8	40	2
65	84	99	7	77
13	67	69	34	18

Бланк для заполнения

Обработка результатов и интерпретация

Оценка производится по количеству правильно записанных чисел. Средняя норма — 22 числа и выше.

Вывод

_____
_____
_____
_____

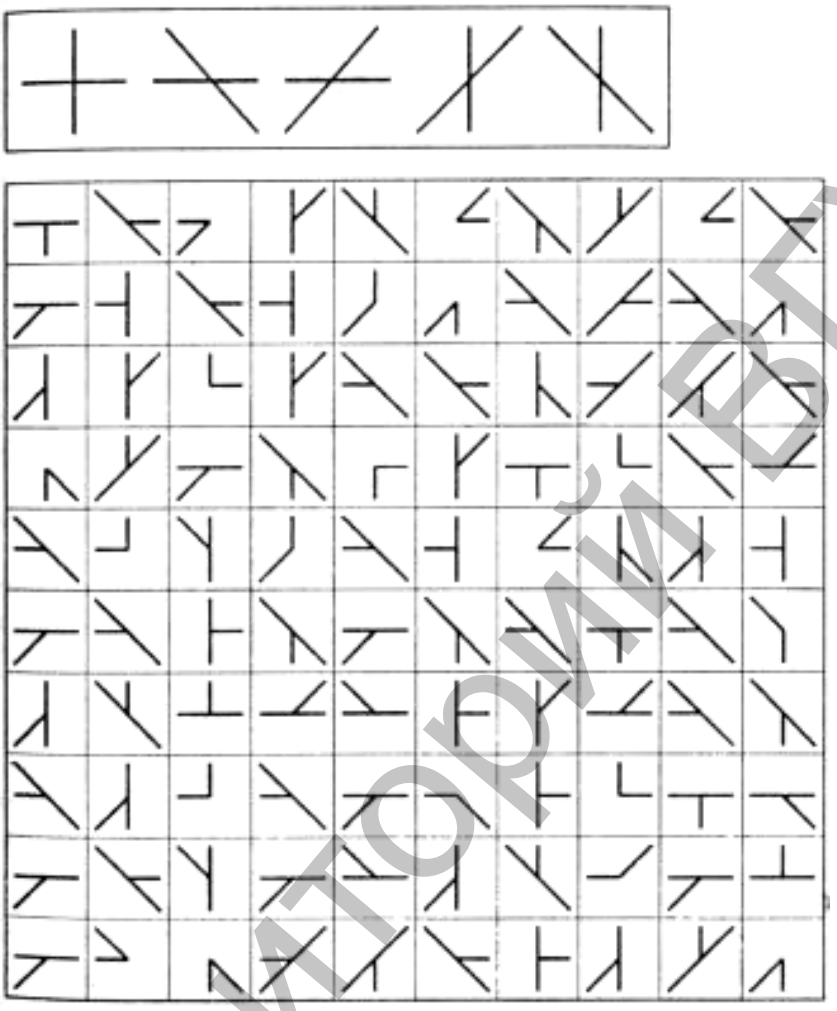
Работа 3. «S-тест»

Цель: Определение скорости распределения и переключения внимания.

Оборудование: бланк задания

Репозиторий ВГУ

Бланк задания



Ход работы: Дается бланк с различными элементами фигур и целыми фигурами – эталонами.Необходимо одним-двумя штрихами дополнить их до целостных фигур.

Обработка результатов и интерпретация

Дети 6-7 лет справляются со всем заданием за 3-4 минуты и делают не более 5 ошибок.

Вывод _____

Тема 9. Расстройство воли и влечений

Вопросы:

Двигательно-волевые нарушения. Нарушения волевых функций: гипербулия, гипобулия, абулия, парабулии.

Синдромы двигательно-волевых нарушений. Кататонический синдром и его варианты: кататоническое возбуждение, кататонический ступор. Апатико-абулический синдром. Навязчивые движения и влечения.

Репозиторий БГУ

Особенности двигательно-волевых нарушений при различных заболеваниях.

Психомоторное возбуждение: маниакальное, кататоническое, эпилептиформное.

Нарушения инстинктов: самосохранения, пищевого, полового.

Патологические влечения: пиромания, дромомания, клептомания, арифмомания, ономатомания. Особенности расстройств инстинктов и влечений у детей.

Гипер-, гипо-, абулия. Парабулии и их виды. Импульсивные влечения. Нарушения полового влечения. Сексуальные девиации и перверсии. Нарушения пищевого влечения. Нервная анорексия и булимия, парорексия. Нарушения инстинкта безопасности. Агрессия, суицид. Психомоторные нарушения

Задание 1. Дать определение терминам и заполнить таблицу «Патология воли»

*Воля*_____
Этапы волевого процесса _____
Мотивация _____
Варианты мотивации _____
*Побуждение*_____
*Импульсивность*_____
*Мотив*_____
*Желание*_____
*Инстинкт*_____
*Записать разновидности инстинкта*_____
*Записать механизмы реализации инстинктов:*_____
Потребность _____
*Виды потребностей*_____

Патология воли

Виды влечений	Характеристика	Где наблюдается
Гипербулия		
Гипобулия		
Парабулия		
Кататоничсекий ступор		
Кататоническое возбуждение		

Репозиторий ВГУ

Задание 2. Заполнить таблицу: Патология влечений (потребностей)

Виды влечений	Характеристика	Где наблюдается
1. Нарушение инстинкта самосохранения: А) нарушение влечения к пище.		
Булимия		
Полифагия		
Анорексия		
Копрофагия		
Б) нарушение влечения к жизни:		
Самоистязание		
Самоуродование		
Аутоагрессия (самоубийсво)		
Страх		
Тревога		
Агрессия		
2. Нарушение инстинкта сохранения рода:		
Гиполибидо		
Гиперлибидо		
Садизм		
Мазохизм		
Вуайеризм		
Эксгибиционизм		
Трансвестизм		
Фетишизм		
Нарциссизм		
Гомосексуализм		
Педофилия		
Геронтофилия		
Инцест		
Зоофилия		
Некрофилия		
Трансексуализм		
3. Импульсивные расстройства влечений.		
Дромомания		
Дипсомания		
Пиромания		
Клептомания		
Копролалия		
Мифомания		

Тема 10. Расстройства эмоций

Вопросы:

Понятие патологии эмоций: патология настроения, патология эмоциональных реакций и патология экспрессивных актов.

Гипо- и гипертимии. Снижение эмоционального фона. Депрессия. Виды и причины депрессий. Повышение эмоционального фона. Мания. Циклотимия. Дистимия.

Репозиторий ВГУ

Эксплозивность, эмоциональная вязкость, лабильность, монотонность, тупость, парадоксальность, амбивалентность. Паратимия. Утрата эмоционального резонанса.

Амимия, гипомимия, гипермимия, парамимии.

Задание 1. Дать определение терминам и заполнить таблицу: «Классификация эмоций»

*Эмоции*_____
*Аффект*_____
*Настроение*_____
Амбивалентность (или двойственность) эмоций _____

Классификация эмоций

Свойства эмоций	Характеристика эмоций
По виду	
По чувственному тону	
По влиянию на деятельность	
По качеству	
По содержанию	
По механизму возникновения	

Задание 2. Записать эмоциональные проявления и их признаки:
*Эмоциональное состояние*_____
*Эмоциональные отношения*_____
*Чувство*_____
*Эмоциональные реакции*_____

Задание 3. Заполнить схему и таблицу «*Виды эмоциональных проявлений*»:

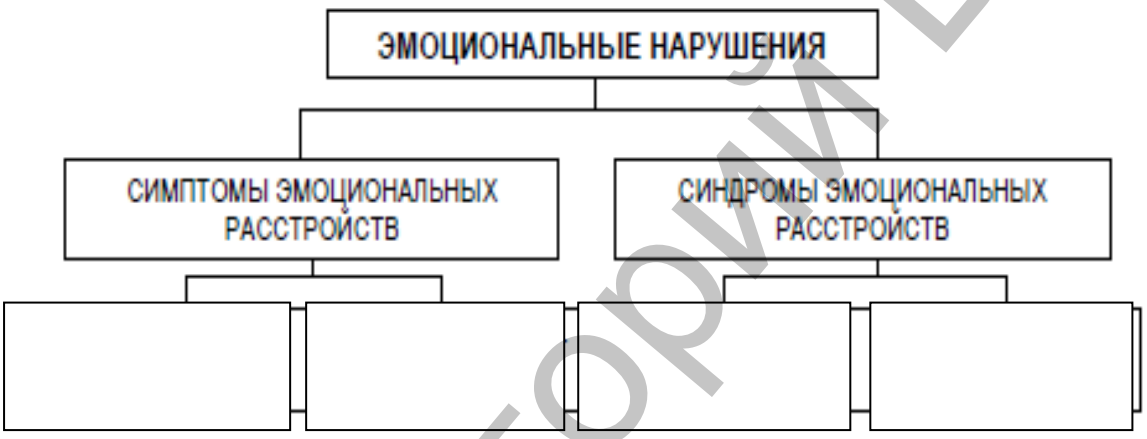


Репозиторий ВГУ

Виды эмоциональных проявлений

Вид эмоции	Характеристика
Чувственный тон	
Настроение	
Страсть	
Аффект	
Патологический аффект	
Стресс	

Задание 4. Рассмотреть патологию эмоции, заполнить таблицу «Варианты эмоциональных расстройств».



*Расстройства реагирования*_____
*Расстройства настроения*_____
*Астения*_____
Депрессивный синдром _____

Варианты эмоциональных расстройств

Вид расстройства	Характеристика
Мания	
Мория	
Эйфория	
Эмоциональное застревание	
Слабодушие	
Дисфория	
Тревога	
Эмоциональная слабость	
Болезненное психическое бесчувствие	

Репозиторий ВГУ

Апатия	
Эмоциональная монотонность	
Эмоциональная холодность	
Эмоциональное огрубение	

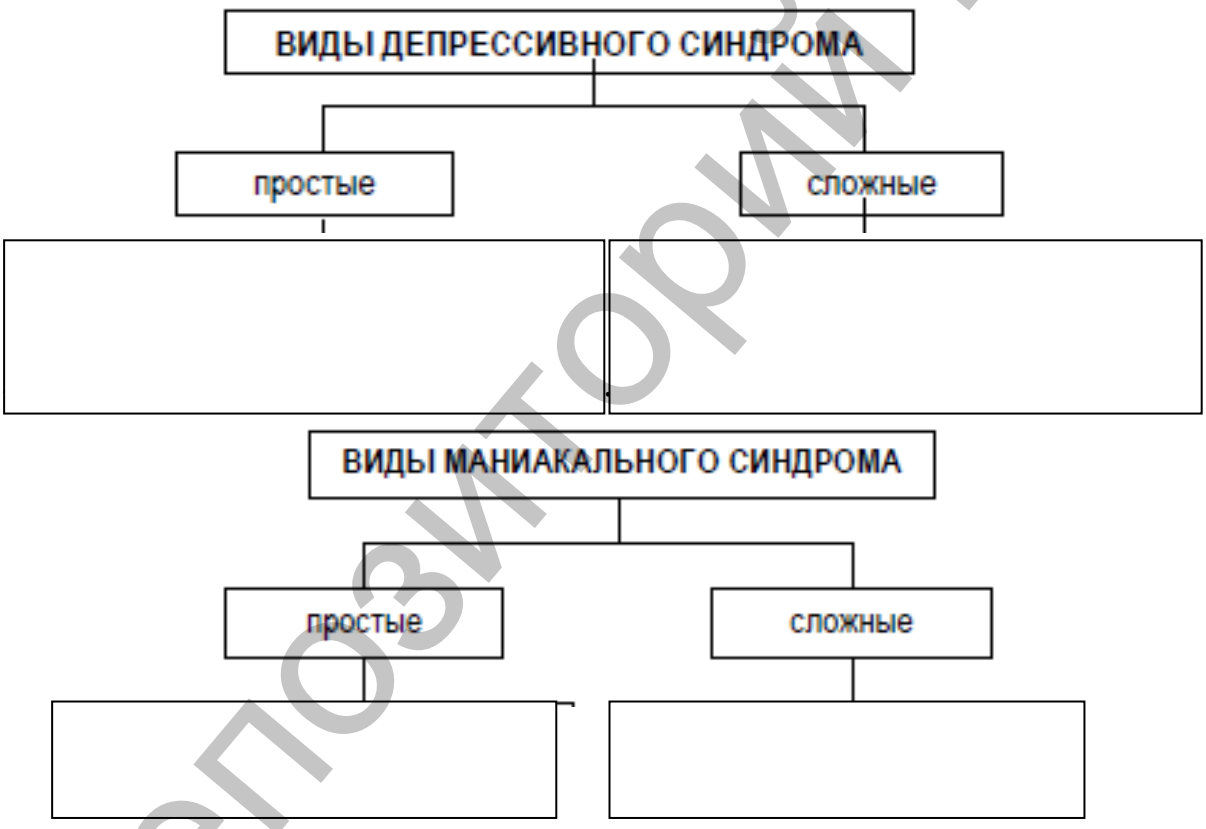
Задание 5. Записать синдромы эмоциональных расстройств

*Эмоциональные психопатологические синдромы*_____

Депрессивный синдром _____

*Маниакальный синдром*_____

Задание 6. Заполнить схемы «Виды депрессивного и маниакального синдрома»



Тема 11. Расстройства интеллекта

Вопросы:

Умственная отсталость: врожденная (олигофрения) и приобретенная (деменция). Степени умственной отсталости: умеренная (дебильность), выраженная (имбецильность) и глубокая (идиотия).

Виды деменции, ее особенности при разных заболеваниях.

Репозиторий ВГУ

Задание 1. Дать определение терминам

*Интеллект*_____

*Олигофрения*_____

*Деменция*_____

Тотальное слабоумие _____

Частичное слабоумие _____

*Шизофреническое слабоумие*_____

Задание 2. Заполнить таблицу «Формы патологии интеллектуальной деятельности»

Врожденная		Приобретенная

Задание 3. Заполнить таблицу «Оценка степени врожденной формы нарушений интеллекта»

Олигофрения	Умственная отсталость

Задание 4.Дать классификацию олигофрении по этиологии

1. *Наследственно обусловленные* _____
_____

Эмбриопатии _____

2. *Обусловленные патологией пери- и постнатального периодов*_____
_____

Задание 5. Заполнить таблицу: «Типы деменции»

Тип деменции	Характеристика
Шизофреническое слабоумие (апатическое)	
Раннее слабоумие	
Эпилептическое слабоумие	
Органическая деменция	
Психоорганический синдром	
Амнестический синдром, связанный с употреблением алкоголя	

Репозиторий ВГУ

Лабораторная работа

Работа 1. Методика определения общих способностей

Применяется для обследования взрослых.

Цель: определение уровня общих умственных способностей.

Материал и оборудование: краткий ориентировочный тест, бумага, ручка, секундомер.

Описание. Тестирование проводится в парах, состоящих из испытуемого и экспериментатора. Экспериментатор дает испытуемому инструкцию и вариант теста. После чтения инструкции и знакомства испытуемого с образцами выполнения заданий экспериментатор подает сигнал к выполнению теста, засекает время и по истечении 15 мин дает команду прекратить выполнение теста.

Инструкция. Вам предлагается несколько простых заданий. Прочтите внимательно эту страницу и без команды не переворачивайте ее. Познакомьтесь с образцами заданий и правильными ответами на них.

1. Слово *быстрый* является противоположным по смыслу слову: 1) тяжелый, 2) упругий, 3) скрытный, 4) легкий, 5) медленный. Ответ – 5.

2. *Минер – минор.* Эти два слова являются: 1 – сходными, 2 – противоположными, 3 – ни сходными, ни противоположными по значению. Ответ – 3.

Тест, который вам будет предложен, содержит 50 вопросов. На выполнение теста дается 15 мин. Ответьте на столько вопросов, на сколько сможете, и не тратьте много времени на один вопрос. Если необходимо, пользуйтесь бумагой для записи. О том, что вам не понятно, спросите сейчас. После команды переверните страницу и начинайте работать. Ответы записывайте на бланке для ответов напротив вопроса. Через 15 мин по команде сразу же прекратите выполнение заданий, переверните страницу и отложите ручку.

Краткий ориентировочный тест

1. Одиннадцатый месяц года – это:

1 – октябрь, 2 – май, 3 – ноябрь, 4 – февраль.

2. Слово *суровый* является противоположным по значению слову:

1 – резкий, 2 – строгий, 3 – мягкий, 4 – жесткий, 5 – неподатливый.

3. Какое из приведенных ниже слов относится к слову *жевать* как *обоняние* и *нос:*

1 – сладкий, 2 – язык, 3 – запах, 4 – зубы, 5 – чистый.

4. Какое из приведенных ниже слов отлично от других:

1 – определенный, 2 – сомнительный, 3 – уверенный, 4 – доверие, 5 – верный.

5. Ответьте «да» или «нет». Сокращение «н. э.» означает: «нашей эры» (новой эры)?

Репозиторий ВГУ

6. Какое из следующих слов отлично от других:

1 – петь, 2 – звонить, 3 – болтать, 4 – слушать, 5 – говорить?

7. Слово *безукоризненный* является противоположным по своему значению слову:

1 – незапятнанный, 2 – непристойный, 3 – неподкупный, 4 – невинный, 5 – классический.

8. Какие из приведенных ниже пар являются полностью идентичными?

Sharp M.C.	Sharp M.C.
Filder E.H.	Filder E.N.
Connor M.G.	Conner M.G.
Woesner O. W.	Woerner O.W.
Soderquist P.E.	Soderquist B.E.

9. Слово *ясный* является противоположным по смыслу слову:

1 – очевидный, 2 – явный, 3 – недвусмысленный, 4 – отчетливый, 5 – тусклый.

10. Предприниматель купил несколько подержанных автомобилей за 3500 долл., а продал их за 550 долл. каждый, выручив при этом по 50 долл. с каждого автомобиля. Сколько автомобилей он продал?

11. Слова *стук* и *сток* имеют:

1 – сходное значение, 2 – противоположное, 3 – ни сходное, ни противоположное.

12. Три лимона стоят 45 коп. Сколько стоит 1,5 дюжины?

13. Сколько из этих б пар чисел являются совершенно одинаковыми?

5296	5296
66 986	69 686
834 426	834 426
7 354 256	7 354 256
61 197 172	61 197 172
83 238 224	83 238 234

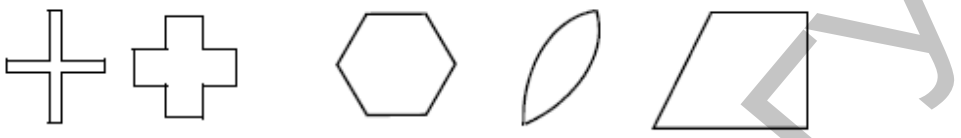
14. Слово *близкий* является противоположным слову:

1 – дружеский, 2 – приятельский, 3 – чужой, 4 – родной, 5 – иной.

15. Какое число является наименьшим: 6; 0,7; 9; 36; 0,31; 5?

Репозиторий ВГУ

16. Расставьте предлагаемые ниже слова в таком порядке, чтобы получилось правильное предложение (в качестве ответа запишите две последние буквы последнего слова): есть, соль, любовь, жизнь.
17. Какой из приведенных ниже пяти рисунков наиболее отличен от других?



18. Два рыбака поймали 36 рыб. Первый поймал в 8 раз больше, чем второй. Сколько поймал второй?
19. Слова *восходить* и *возродить* имеют:

1 – сходное значение, 2 – противоположное, 3 – ни сходное, ни противоположное.

20. Расставьте предлагаемые ниже слова в таком порядке, чтобы получилось утверждение. Если оно правильно, то ответ будет П, если неправильно – Н.

Мхом обороты камень набирает заросший.

21. Две из приведенных ниже фраз имеют одинаковый смысл, найдите их.

1. Держать нос по ветру.
2. Пустой мешок не стоит.
3. Трое докторов не лучше одного.
4. Не все то золото, что блестит.
5. У семи нянек дитя без глаза.

22. Какое число должно стоять вместо знака «?»?

73 66 59 52 45 38?

23. Длительность дня и ночи в сентябре почти такая же, как и:

1 – в июне, 2 – в марте, 3 – в мае, 4 – в ноябре.

24. Предположим, что первые два утверждения верны. Тогда заключительное будет:

1 – верно, 2 – неверно, 3 – неопределенно.

Все передовые люди – члены партии. Все передовые люди занимают крупные посты. Некоторые члены партии занимают крупные посты.

25. Поезд проходит 75 см за 1/4 с. Если он будет ехать с той же скоростью, то какое расстояние он пройдет за 5 с?
26. Если предположить, что два первых утверждения верны, то последнее:

1 – верно, 2 – неверно, 3 – неопределенно.

Боре столько же лет, сколько Маше. Маша моложе Жени. Боря моложе Жени.

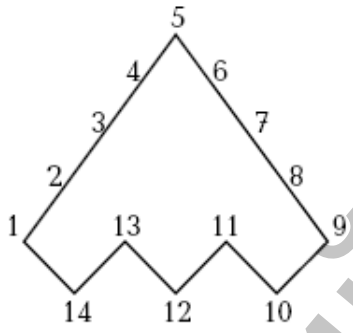
Репозиторий ВГУ

27. Пять полукилограммовых пачек мясного фарша стоят 2 руб. Сколько килограммов фарша можно купить за 80 коп.?

28. *Расстилать* и *растянуть.* Эти слова:

1 – схожи по смыслу, 2 – противоположны, 3 – ни схожи, ни противоположны.

29. Разделите эту геометрическую фигуру прямой линией на две части так, чтобы, сложив их вместе, можно было получить квадрат.



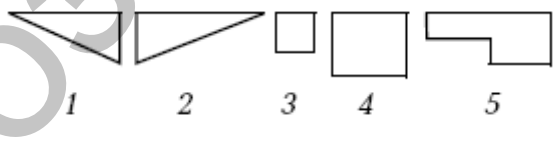
30. Предположим, что первые два утверждения верны. Тогда последнее будет:

1 – верно, 2 – неверно, 3 – неопределенно.

Саша поздоровался с Машей. Маша поздоровалась с Дашей. Саша не поздоровался с Дашей.

31. Автомобиль «Жигули» стоимостью 2400 руб. был уценен во время распродажи на 33,3 %. Сколько стоил автомобиль во время распродажи?

32. Три из пяти фигур нужно соединить таким образом, чтобы получилась равнобедренная трапеция.



33. На платье требуется 2,3 м ткани. Сколько платьев можно сшить из 42 м?

34. Значения следующих двух предложений:

1 – сходны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

Трое докторов не лучше одного. Чем больше докторов, тем больше болезней.

35. *Увеличивать* и *расширять.* Эти слова:

1 – сходны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

36. Смысл двух английских пословиц:

1 – схож, 2 – противоположен, 3 – ни схож, ни противоположен.

Репозиторий ВГУ

Швартоваться лучше двумя якорями. Не клади все яйца в одну корзину.

37. Бакалейщик купил ящик с апельсинами за 3,6 долл. В ящике их было 12 дюжин. Он знает, что 2 дюжины испортятся еще до того, как он продаст все апельсины. По какой цене ему нужно продавать апельсины, чтобы получить прибыль в 1/3 закупочной цены?

38. *Претензия* и *претенциозный.* Эти слова по своему смыслу:

1 – сходны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

39. Если бы полкилограмма картофеля стоило 0,0125 руб., то сколько килограммов можно было бы купить на 50 коп.?

40. Один из членов ряда не подходит к другим. Каким числом вы бы его заменили?

$$\frac{1}{4};\ \frac{1}{8};\ \frac{1}{8};\ \frac{1}{4};\ \frac{1}{8};\ \frac{1}{8};\ \frac{1}{4};\ \frac{1}{8};\ \frac{1}{6}.$$

41. *Отражаемый* и *воображаемый.* Эти слова по своему смыслу:

1 – сходны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

42. Сколько соток составляет участок длиной 70 м и шириной 20 м?

43. Следующие две фразы по значению:

1 – сходны, 2 – противоположны, 3 – ни сходны, ни противоположны.

Хорошие вещи дешевы, плохие дороги. Хорошее качество обеспечивается простотой, плохое – сложностью.

44. Солдат, стреляя в цель, поразил ее в 12,5 % случаев. Сколько раз солдат должен выстрелить, чтобы поразить ее сто раз?

45. Один из членов ряда не подходит к другим. Какое число вы бы поставили на его место?

$$\frac{1}{4};\ \frac{1}{6};\ \frac{1}{8};\ \frac{1}{9};\ \frac{1}{12};\ \frac{1}{14}.$$

46. Три партнера по акционерному обществу «Интенсивник» решили поделить прибыль поровну. Т. вложил в дело 4500 руб., К – 3500 руб., П – 200 руб. Если прибыль составит 2400 руб., то насколько меньше прибыль получит Т. по сравнению с тем, как если бы прибыль была разделена пропорционально вкладам?

47. Какие две из приведенных ниже пословиц имеют сходный смысл?

1. Куй железо, пока горячо.
2. Один в поле не воин.
3. Лес рубят, щепки летят.
4. Не все то золото, что блестит.
5. Не по виду суди, а по делам гляди.

Репозиторий ВГУ

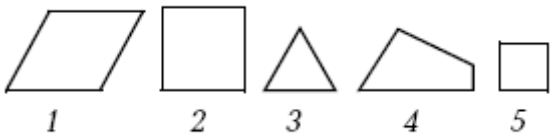
48. Значение следующих фраз:

1 – сходно, 2 – противоположно, 3 – ни сходно, ни противоположно.

Лес рубят, щепки летят.

Большое дело не бывает без потерь.

49. Какая из этих фигур наиболее отлична от других?



50. В печатающейся статье 24 000 слов. Редактор решил использовать шрифт двух размеров. При использовании шрифта большего размера на странице умещается 800 слов, меньшего – 1200. Статья должна занять 21 полную страницу в журнале. Сколько страниц должно быть напечатано меньшим шрифтом?

Обработка результатов. Цель обработки результатов – определение интегрального показателя общих умственных способностей (Ип). Его подсчитывают по количеству правильно решенных задач. Верные ответы представлены в таблице.

Анализ результатов следует начинать с определения уровня общих умственных способностей. Для этого количество правильно решенных задач (Ип) соотносится со шкалой уровней.

Шкала уровней общих умственных способностей

Величина показателя Ип	Уровень общих умственных способностей
14 и менее	Низкий
14—18	Ниже среднего
19—24	Средний
25—29	Выше среднего
30 и более	Высокий

Вывод _____

_____

_____

_____

_____

Репозиторий ВГУ

Тема 12. Нарушения сознания

Вопросы:

Критерии нарушения сознания. Формы нарушенного сознания: продуктивные и непродуктивные.

Непродуктивные нарушения сознания: оглушенность (сомноленция, обнубиляция), сопор, кома.

Продуктивные нарушения сознания: онейроид, делирий, сумеречное помрачение сознания, аменция.

Задание 1. Дать определение терминам и заполнить таблицу «Признаки нарушенного сознания»

*Сознание*_____

Разделяют расстройства сознания _____

Признаки нарушенного сознания

Признак	Характеристика
Отрешенность от реальной действительности	
Дезориентировка	
Нарушение процесса мышления	
Затруднения запоминания	

Задание 2. Рассмотреть классификацию расстроенного сознания

1. <u>Дефицит (угнетение) сознания</u>

*Дефицит (угнетение) сознания, это*_____

*а) Оглушение*_____

Степени глубины синдрома оглушения (характеристика): _____

*б) Сопор*_____

*в) Кома*_____

Помрачение сознания - это _____

а) Делирий _____

Этапы развития классического делириозного синдрома

Этапы	Характеристика этапа
Первый этап	
Второй этап	
Третий этап	

Репозиторий ВГУ

б) *Онейроидное (сновидное) изменение сознания* _____
в) Аменция _____
г) Сумеречное помрачение сознания _____
д) *Фуги, трансы*_____
*е) Сомнамбулизм*_____

Тема 13. Эндогенные психические заболевания

Вопросы

Определение понятия «шизофрения». Распространенность патологии, этиология и патогенез. Основные клинические формы: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая, циркулярная.

Маниакально-депрессивный психоз. Этиология, патогенез клиника болезни.

Эпилепсия. Распространенность, этиология и патогенез. Клинические проявления эпилепсии: большой эпилептический припадок, малые припадки и абсанс, дисфория, сумеречные расстройства сознания. Основные разновидности сумеречного расстройства сознания: эпилептический делирий, эпилептический параноид, эпилептический онейроид, эпилептический ступор, особое состояние, трансамбулаторный автоматизм, сомнамбулизм. Диагностика эпилепсии. Первая помощь при судорожном приступе.

В настоящее время признают три эндогенных болезни: шизофрения,· маниакально-депрессивный психоз, врожденная эпилепсия

Задание 1. Дать определение терминам:

Эндогенные психические расстройства, это _____
Шизофрения _____
*Маниакально-депрессивный психоз*_____
*Эпилепсия*_____

Шизофрения

Задание 2. Дать характеристику клиническим симптомам основных форм шизофрении

*Простая шизофрения*_____
*Гебефренная шизофрения*_____
*Кататоническая шизофрения*_____
Параноидная шизофрения _____
Принципы лечения больных шизофренией _____

Репозиторий ВГУ

Эпилепсия

Задание 3. Раскрыть этиологию и патогенез эпилепсии и заполнить таблицу «Классификация и клинические проявления основных эпилептических пароксизмов»

Этиология, патогенез эпилепсии _____

Классификация и клинические проявления основных эпилептических пароксизмов

Припадки	Характеристика
Парциальные эпилептические припадки	
Простые	
Сложные	
Генерализованные эпилептические припадки.	
Большой судорожный припадок	
Малый припадок	
Эпилептический статус	
Эпилептический статус	
Эпилептические психозы	
Эпилептические психозы	

Задание 4. Записать мероприятия оказание первой медицинской помощи при эпилепсии

_____

_____

Задание 5. Раскрыть этиологию и патогенез маниакально-депресивного психоза и записать его триаду симптомов

Маниакально-депресивный психоз

*Этиология, патогенез эпилепсии*_____

Триада симптомов маниакально-депрессивного психоза (МДП)

Стадия	Характеристика
Депрессивная фаза (триада симптомов)	
Болезненно сниженное настроение (гипотимия)	
Болезненно замедленный тип мышления (идеаторная заторможенность)	
Моторная заторможенность	

Репозиторий ВГУ

Дополнительные признаки депрессивной фазы МДП.	
Депрессивные мысли (навязчивые, сверхценные или бредовые)	
Суицидальные мысли	
Нарушение витальных функций	
Соматовегетативные формы	
Маниакальная фаза (триада симптомов)	
Гипертимия	
Болезненно ускоренный темп мышления	
Двигательное возбуждение	
Дополнительные признаки маниакальной фазы МДП	

Принципы лечения больных с МДП _____

Тема 14. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании)

Вопросы

Хронический алкоголизм. Стадии: неврастеническая, наркоманическая и энцефалопатическая. Отличие от бытового пьянства. Формы алкоголизма. Алкогольные (металкогольные) психозы: белая горячка, атипичные варианты (мусситирующий и профессиональный делирии), алкогольный галлюциноз, алкагольный параноид, Корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич, энцефалопатия Гайе-Вернике. Особенности у женщин и подростков. Методы экстренного отрезвления и купирования абстинентного синдрома.

Наркомании. Клинические особенности морфинной, опийной, эфедроновой и кокаиновой наркомании.

Токсикомании, связанные с привыканием к средствам бытовой химии и некоторым лекарственным препаратам.

Методы антиалкогольной и антинаркоманической пропаганды.

Психические и наркологические расстройства, связанные с употреблением алкоголя

Задание 1. Дать определение и заполнить схему «Острый интоксикационный синдром»

*Алкоголь*_____

_____

_____

Репозиторий ВГУ

Острый интоксикационный синдром



Задание 2. Заполнить таблицы «Степени, формы патологического и алкогольного опьянения»

Степень алкогольного опьянения

Степень опьянения	Характерные особенности опьянения
Легкая степень (содержание алкоголя в крови 0,5–1,5‰)	
Средняя степень (содержание алкоголя в крови 1,5–2,5‰)	
Тяжелая степень (содержание алкоголя в крови 2,5–4‰)	

Формы алкогольного опьянения

Формы опьянения	Психопатологическая характеристика
Дисфорический вариант	
Параноидный вариант	
Опьянение с гебефренными чертами	
Опьянение с истерическими чертами	

Формы патологического опьянения

Форма опьянения	Психопатологическая характеристика
Эпилептоидное патологическое опьянение	
Параноидное (галлюцинаторно-бредовое) патологическое опьянение	

Репозиторий ВГУ

Задание 3. Заполнить схему и стадии хронического алкоголизма



Стадии хронического алкоголизма

*Первая стадия: неврастеническая*_____
*Вторая стадия: наркоманическая*_____
*Третья стадия: энцефалопатическая*_____

Задание 4. Заполнить схему «*Металкогольные (алкогольные) психозы*»



Репозиторий ВГУ

Задание 5. Заполнить таблицу «*Алкогольный делирий*»

Клинически различают следующие металкогольные (алкогольные) психозы: 1) делирии; 2) галлюцинозы; 3) бредовые психозы; 4) энцефалопатии.
Алкогольный делирий (белая горячка) _____

Алкогольный делирий

Вид делирия	Характеристика делирия
Классический	
С судорожными припадками	
Мусситирующий	
Профессиональный	
Абортивный	

Задание 6. Заполнить схему «Соматоневрологические расстройства, характерные для алкогольного делирия»



Задание 7. Заполнить таблицу «Варианты острого алкогольного галлюциноза»

Вариант галлюциноза	Характеристика
Острый гипнагогический вербальный	
Острый абортивный	
Острый с выраженным бредом	
Острый, сопровождающийся депрессией	

Репозиторий ВГУ

Задание 8. Заполнить таблицу «Алкогольный бред (алкогольный параноид)»

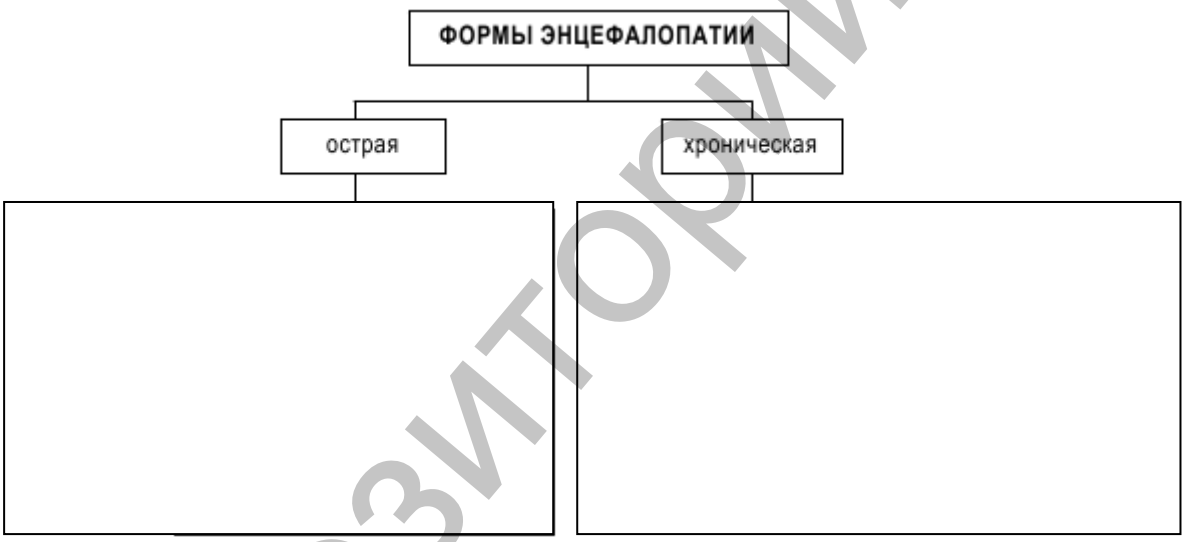
*Алкогольный бред (алкогольный параноид)*_____

Алкогольный бред (алкогольный параноид)

Вид бреда	Характеристика
Преследования (алкогольный параноид)	
Абортивный параноид	
Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя)	

Задание 9. Заполнить таблицу «Формы энцефалопатии»

*Алкогольные энцефалопатии*_____



Корсаковский психоз _____

*Алкогольная депрессия (алкогольная меланхолия)*_____

*Алкогольная эпилепсия*_____

*Дипсомания*_____

Наркомания

Задание 10. Дать определение и заполнить таблицы «Течение и классификация наркоманий»

*Наркомания*_____

Общая клиническая характеристика наркоманий

Психическая (психологическая) зависимость _____

Физическая зависимость _____

*Толерантность*_____

Репозиторий ВГУ

Течение наркоманий

Стадии	Характеристика
I (начальная)	
II **(**развернутая)	
III (конечная)	

Классификация наркоманий

Вид наркомании	Психоактивные вещества	Клинико-динамические особенности наркологических расстройств	
Опийная наркомания			
Наркомания, связанная с употреблением конопли			
Кокаиновая наркомания			
Наркомания, обусловленная приемом препаратов снотворного действия			
Наркомания, связанная с употреблением больших концентраций чая и кофе			
Наркомании, связанные с злоупотреблением галлюциногенов			
Алкоголизм и табакокурение			

Репозиторий БГУ

БЛОК КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Примерный перечень вопросов к зачету

1. Психические расстройства при общих инфекционных заболеваниях, инфекционных поражениях центральной нервной системы
2. Расстройства личности (психопатии). Психопатоподобные нарушения (патологические развития личности).
3. Параноидное расстройство личности (паранойяльная психопатия). Шизоидное расстройство личности (аутистическая психопатия, патологически замкнутая личность, чудак).
4. Диссоциальное расстройство личности (антисоциальная, неустойчивая-безвольная или анэтическая психопатия). Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (импульсивная или эксплозивная психопатия).
5. Истерическое расстройство личности (демонстративная или жаждущая признания психопатия). Психастеническое расстройство личности (ананкастная, тревожно-мнительная психопатия, тревожно-компульсивное расстройство личности).
6. Тревожное расстройство личности (избегающее расстройство личности, сенситивная психопатия). Зависимое расстройство личности (пассивная личность, конформная личность, конституционально-глупая слабовольная психопатия).
7. Расстройства восприятия. Ошибки восприятия. Негативная роль расстройств восприятия в коррекционно-педагогическом процессе.
8. Нарушения мышления. Патологическая продукция мышления. Негативная роль нарушений мышления в коррекционно-педагогическом процессе.
9. Виды нарушения памяти. Нарушение памяти и коррекционно-педагогический процесс.
10. Виды нарушения интеллекта. Нарушения интеллекта и коррекционно-педагогический процесс.
11. Классификация эмоций. Возрастные особенности эмоций.
12. Аффективные расстройства. Изменения эмоциональной реактивности. Расстройства эмоций и коррекционно-педагогический процесс.
13. Нарушения воли. Расстройства воли и коррекционно - педагогический процесс.
14. Нарушения внимания и коррекционно - педагогический процесс.
15. Расстройства влечений и коррецонно-педагогический процесс.
16. Расстройства сознания. Этапы формирования сознания. Расстройства сознания и коррекционно-педагогический процесс.
17. Психопатологические синдромы в младенческом и раннем возрасте.

Репозиторий ВГУ

18.Психопатологические синдромы детского возраста и подросткового возраста
19.Маниакально-депрессивный психоз (аффективные расстройства настроения). Шизофрения. Патопсихология детской шизофрении.
20.Эпилепсия. Клиническая картина. Виды припадков. Эпилепсия у детей. Патопсихология эпилепсии.
21.Психосексуальное развитие и его отклонения. Отклонения в дошкольном возрасте, в школьном возрасте (от 8 до 11-12 лет) и в пубертатном возрасте (возраст полового созревания).
22.Психогенные расстройства (реактивные состояния). Реактивные депрессии у детей и подростков. Неврозы. Неврастения. Истерический невроз. Невроз навязчивых состояний. Общие особенности неврозов у детей.

Тестовые задания

1. Эпоха древней греко-римской медицины характеризуется: а) полным отсутствием какой-либо медицинской помощи при душевных болезнях, б) сделаны первые шаги в понимании психических расстройств (учение Гиппократа), в) организацией общественного призрения до уничтожения больных на кострах, г) широким строительством психиатрических больниц.
2. Донаучный период характеризуется: а) полным отсутствием какой-либо медицинской помощи при душевных болезнях, б) сделаны первые шаги в понимании психических расстройств (учение Гиппократа), в) созданием нозологической классификации психических расстройств, г) широким строительством психиатрических больниц.
3. Регредиентное *течение* психических заболеваний означает: а) стабильное, б) с постепенным облегчением и восстановлением психического здоровья, в) приступообразное, г) прогрессирующее.
4. Прогредиентное *течение* психических заболеваний означает: а) стабильное, б) с постепенным облегчением и восстановлением психического здоровья, в) приступообразное, г) прогрессирующее.
5. Эпоха нозологической психиатрии Э. Крепелина характеризуется: а) полным отсутствием какой-либо медицинской помощи при душевных болезнях, б) сделаны первые шаги в понимании психических расстройств (учение Гиппократа), в) созданием нозологической классификации психических расстройств, г) широким строительством психиатрических больниц.
6. Реоэнцефалография метод исследования, позволяющий: а) изучать электрические сопротивления ткани головного мозга, б) оценивает смещение срединных структур мозга при его ультразвуковой локации, в) послойно исследовать плотность вещества мозга при рентгенологическом скани-

Репозиторий ВГУ

ровании, г) оценить характер и динамику биоэлектрической активности головного мозга.

7. Электроэнцефалография - метод исследования, позволяющий: а) изучать электрические сопротивления ткани головного мозга, б) оценивает смещение срединных структур мозга при его ультразвуковой локации, в) послойно исследовать плотность вещества мозга при рентгенологическом сканировании, г) оценить характер и динамику биоэлектрической активности головного мозга.

8. Компьютерная томографии - метод исследования, позволяющий: а) изучать электрические сопротивления ткани головного мозга, б) оценивает смещение срединных структур мозга при его ультразвуковой локации, в) послойно исследовать плотность вещества мозга при рентгенологическом сканировании, г) оценить характер и динамику биоэлектрической активности головного мозга.

9. Эхоскопия - метод исследования, позволяющий: а) изучать электрические сопротивления ткани головного мозга, б) оценивает смещение срединных структур мозга при его ультразвуковой локации, в) послойно исследовать плотность вещества мозга при рентгенологическом сканировании, г) оценить характер и динамику биоэлектрической активности головного мозга.

10. Суггестивная терапия - это: а) метод воздействия на больного путем логически аргументированного разъяснения, б) внушение различных мыслей, включая неприязнь и отвращение, в) комплексное психологическое воздействие врача на психику больного, г) лечебное воздействие, направленное на урегулирование межличностных отношений в семье больного.

11. Рациональная (разъяснительная) психотерапия - это: а) метод воздействия на больного путем логически аргументированного разъяснения, б) внушение различных мыслей, включая неприязнь и отвращение, в) комплексное психологическое воздействие врача на психику больного, г) лечебное воздействие, направленное на урегулирование межличностных отношений в семье больного.

12.К основным эффектам действия транквилизаторов относят: а) снотворный и седативный, б) седативный и противосудорожный, в) противосудорожный и вегетостабилизирующий, г) все верно.

13.К психологическим методам терапии в лечении психических заболеваний относят: а) психофармакотерапию, б) инсулинотерапию, в) собственно этиологическую терапию, г) электросудорожную терапию

14. Основу психиатрической службы Республики Беларусь составляют: а) психиатрические кабинеты при территориальных многопрофильных поликлиниках б) психиатрические учреждения министерства здравоохранения в) территориальные психиатрические диспансеры **г)** все верно

Репозиторий ВГУ

15. Первую группу динамического учета составляют больные: **а)** нуждающиеся в активной терапии заболевания б) психически больные, в состоянии декомпенсации, которую можно купировать в амбулаторных условиях в) в состоянии ремиссии или стойкой компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией г) в состоянии компенсации, нуждающиеся в поддерживающем лечении

16. Четвертую группу динамического учета составляют больные: а) нуждающиеся в активной терапии заболевания б) в состоянии компенсации, нуждающиеся в поддерживающем лечении **в)** в состоянии ремиссии или стойкой компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией г) психически больные, в состоянии декомпенсации, которую можно купировать в амбулаторных условиях

17. Пятую группу динамического учета составляют больные: а) нуждающиеся в активной терапии заболевания б) в состоянии компенсации, нуждающиеся в поддерживающем лечении **в)** больные, в настоящее время находящиеся на стационарном лечении в психиатрической больнице г) психически больные, в состоянии декомпенсации, которую можно купировать в амбулаторных условиях

18. Группа консультативного учета – это пациенты: **а)** обратившиеся к психиатру по поводу пограничного расстройства, чье состояние не квалифицируется, как требующее активного вмешательства б) в состоянии компенсации, нуждающиеся в поддерживающем лечении в) в состоянии ремиссии или стойкой компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией г) психически больные, в состоянии декомпенсации, которую можно купировать в амбулаторных условиях

19. Вторую группу динамического учета составляют больные: а) нуждающиеся в активной терапии заболевания **б)** психически больные, в состоянии декомпенсации, которую можно купировать в амбулаторных условиях в) в состоянии ремиссии или стойкой компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией г) в состоянии компенсации, нуждающиеся в поддерживающем лечении

20. Третью группу динамического учета составляют больные: а) нуждающиеся в активной терапии заболевания **б)** в состоянии компенсации, нуждающиеся в поддерживающем лечении в) в состоянии ремиссии или стойкой компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией г) психически больные, в состоянии декомпенсации, которую можно купировать в амбулаторных условиях

21. Группа «ЧиДБ» включает больных: а) с суицидальным поведением **б)** часто и длительно болеющих в) совершивших в прошлом общественно опасные действия, предусмотренные уголовным кодексом и признанные невменяемыми г) пациентов на переходных этапах различных ступеней социально-трудовой реабилитации

Репозиторий ВГУ

22. Группа «СоРМ» включает: а) с суицидальным поведением б) часто и длительно болеющих в) совершивших в прошлом общественно опасные действия, предусмотренные уголовным кодексом и признанные невменяемыми **г)** пациентов на переходных этапах различных ступеней социально-трудовой реабилитации
23. Группа «СП» включает больных: **а)** с суицидальным поведением б) часто и длительно болеющих в) совершивших в прошлом общественно опасные действия, предусмотренные уголовным кодексом и признанные невменяемыми г) пациентов на переходных этапах различных ступеней социально-трудовой реабилитации
24. Основные положения Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» оговаривают а) порядок проведения психиатрического освидетельствования б) госпитализацию больных в психиатрический стационар в) сохранение информации о психическом состоянии граждан **г)** все верно
25. III группа инвалидности психически больным устанавливается при наличии а) при стойко выраженном расстройстве функции организма, которое приводит к невозможности работать, либо обучаться **б)** социальной недостаточности, требующей социальной защиты и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма в) суицидального поведения **г)** психического расстройства, когда больной не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу
26. II группа инвалидности психически больным устанавливается при наличии а) при стойко выраженном расстройстве функции организма, которое приводит к невозможности работать, либо обучаться **б)** социальной недостаточности, требующей социальной защиты и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма в) суицидального поведения **г)** психического расстройства, когда больной не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу
27. Группа «Спецучет» включает больных: а) с суицидальным поведением б) часто и длительно болеющих **в)** совершивших в прошлом общественно опасные действия, предусмотренные уголовным кодексом и признанные невменяемыми г) пациентов на переходных этапах различных ступеней социально-трудовой реабилитации
28. I группа инвалидности психически больным устанавливается при наличии а) при стойко выраженном расстройстве функции организма, которое приводит к невозможности работать, либо обучаться **б)** социальной недостаточности, требующей социальной защиты и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма в) суицидального поведения г) психического расстрой-

Репозиторий ВГУ

ства, когда больной не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу

29. К свойствам внимания относят: а) инертность, б) истощаемость, в) рассеянность, **г)** устойчивость.

30. К видам нарушения внимания относят: а) распределяемость, б) объем, в) концентрация, **г)** истощаемость.

31. Сосредоточенность внимания - это: а) количество информации, которое одновременно способно сохраняться в сфере внимания, **б)** способность концентрировать на одних объектах при игнорировании иных, не относящихся к данной деятельности, в) способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на определенной психической деятельности, г) способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности.

32. Устойчивость внимания - это: а) количество информации, которое одновременно способно сохраняться в сфере внимания, **б)** способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на определенной психической деятельности, в) способность концентрировать на одних объектах при игнорировании иных, не относящихся к данной деятельности и отвлекающих от нее, г) способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности.

33. Объем внимания – это: **а)** количество информации, которое одновременно способно сохраняться в сфере внимания, б) способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на определенной психической деятельности, в) способность концентрировать на одних объектах при игнорировании иных, не относящихся к данной деятельности и отвлекающих от нее, г) способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности.

34. Патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью распределения внимания, называют: а) истощаемостью, б) инертностью, **в**) сужением объема, г) отвлекаемостью

35. Затруднения переключения с одного объекта на другой, называется: а) истощаемостью**, б)** инертностью, в) апрозексией, г) отвлекаемостью

36. Снижение способности активно направлять и фиксировать внимание называется: **а)** апрозексией, б) истощаемостью, в) отвлекаемостью, г) сужением объема.

37. Воля – это а) процесс чувственного познания окружающего мира, б) направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности, имеющее для личности особую значимость в момент деятельности, **в)** сознательная организация и са-

Репозиторий ВГУ

морегуляция человеком своей деятельности и поведения, направленная на преодоление трудностей при достижении поставленных целей, г) обобщенное, опосредованное отражение действительности в ее закономерных и наиболее существенных связях и отношениях.

38. Внимание, возникновение и поддержание которого требует интеллектуальной и волевой активности, называется **а)** активным, б) непроизвольным, в) устойчивым, г) избирательным.

39. Побуждение – это: а) субъективное ощущение потребности, **б)** цель, ради которой совершается поступок, в) форма поведения, обусловленная болезнью, особенностями склада личности или сложившейся ситуацией, г) причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях.

40. Мотив – это: а) субъективное ощущение потребности, б) цель, ради которой совершается поступок, в) форма поведения, обусловленная болезнью, особенностями склада личности или сложившейся ситуацией, **г)** причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях.

41. Импульсивность – это: а) субъективное ощущение потребности, б) цель, ради которой совершается поступок**, в)** форма поведения, обусловленная болезнью, особенностями склада личности или сложившейся ситуацией, г) причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях

42. Инстинкт – это: **а)** целенаправленная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами, б) цель, ради которой совершается поступок, в) форма поведения, обусловленная болезнью, особенностями склада личности или сложившейся ситуацией, г) причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях

43. Желание – это: а**)** целенаправленная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами, б) цель, ради которой совершается поступок, **в)** субъективное ощущение потребности, г) причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях

44. Абулия – это: а) извращение воли, б) повышенная волевая активность**,** в) снижение воли**, г)** отсутствие воли.

45. Негативизм – это: а) общая двигательная заторможенность**, б)** немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, в) извращение воли, г) повторение полностью или частично речи окружающих.

46. Парабулии – это: **а)** извращение воли, б) повышенная волевая активность, в) снижение воли, г) отсутствие воли.

47. Эхопраксия – это: а) однообразное, монотонное повторение какого-либо действия, б) повышенная волевая активность**, в)** повторение действий

Репозиторий ВГУ

другого человека, г) повторение полностью или частично речи окружающих.
48. Эхолалия – это: а) однообразное, монотонное повторение какого-либо действия, б) повышенная волевая активность, в) повторение действий другого человека**, г)** повторение полностью или частично речи окружающих.
49. Утрату речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, называют: а) эхолалией**, б)** мутизмом, в) эхопраксией, г) каталепсией.
50. Немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, называется: а) эхолалией, б) мутизмом**, в)** негативизмом, г) каталепсией
51. Полностью повторение всех действий другого человека, называют: а) негативизмом, б) мутизмом**, в)** эхопраксией, г) каталепсией
52. Повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда - это: **а)** полидипсия, б) копрофагия, в) булимия, г) самоистязание.
53. Резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе называют: **а)** полидипсией, б) копрофагией, в) булимией, г) самоистязанием.
54. Поедание несъедобного – это: а) полидипсия**, б)** копрофагия, в) булимия, г) самоистязание.
55. Получение удовольствия при созерцании своего обнаженного тела в зеркале – это: а) вуайеризм, б) фетишизм, **в**) нарциссизм, г) эксгибиционизм.
56. Непреодолимое желание неожиданно обнажать свои половые органы перед лицом противоположного пола - это: а) вуайеризм, б) фетишизм, в) нарциссизм, **г)** эксгибиционизм.
57. Половые отношения с близкими кровными родственниками - это: а) геронтофилия, б) зоофилия, в) нарциссизм, **г)** инцест
58. Влечение к пьянству называется: **а)** дипсоманией, б) мифоманией, в) дромоманией, г) копролалией.
59. Психический процесс, выполняющий функцию накопления, сохранения и воспроизведения опыта (представлений) чувственного и рационального познания человеком окружающей среды и самого себя, что обеспечивает дифференцированное его приспособление, называют: а) волей; **б**) памятью; в) мышлением; г) восприятием,
60. Память, при которой не фиксируется внимание на процессе запоминания, называют: **а)** непроизвольной; б) образной; в) двигательной; г) механической.
61. Память на координацию и последовательность движений, называют: а) непроизвольной; б) образной; **в)** двигательной; г) произвольной.

Репозиторий ВГУ

62. Память, когда элементы запоминаемого не связаны между ассоциативной или логической связью, называют: а) непроизвольной; б) произвольной; в) двигательной; **г)** механической.
63. Память, при которой фиксируется внимание на процессе запоминания, называют: а) непроизвольной; **б)** произвольной; в) двигательной; г) механической.
64. Конфабуляции это: **–** а) полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период; б) расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне, когда больной был в состоянии опьянения; в) - скрытые воспоминания, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний; **г)** провалы в памяти заполняются вымыслом.
65. Криптомнезии – это: а) полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период; б) расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне, когда больной был в состоянии опьянения; **в)** скрытые воспоминания, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний; г) провалы в памяти заполняются вымыслом.
66. Амнезия – это: а) провалы в памяти заполняются вымыслом; б) расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне, когда больной был в состоянии опьянения; в) - скрытые воспоминания, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний; **г)** полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период.
67. Расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне, когда больной был в состоянии опьянения, называют: а) гипомнезией; **б)** палимпсéстом; в) парамнезией; г) конфабуляцией.
68. Ошибочные воспоминания о событиях, действительно происходивших, но искаженных, неверно соотнесенных во времени и месте называют: а) палимпсéстом; **б)** псевдореминисценцией; в) парамнезией; г) конфабуляцией.
69. Скрытые воспоминания, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний называют: **а)** криптомнезией; б) палимпсéстом; в) парамнезией; г) гипермнезией.
70. Когда провалы в памяти заполняются вымыслом, «вспоминается» то, чего на самом деле никогда не было называют: а) гипомнезией; б) палимпсéстом; в) парамнезией; **г)** конфабуляцией.
71. По нарушенной функции памяти выделяют амнезии: а) конградную, антероградную**; б)** фиксационную, анэкфорическую; в) прогрессирующую,стационарную; г) ретроградную и ретардированную.

Репозиторий ВГУ

72. По динамике выделяют амнезии: а) конградную, антероградную**;** б) фиксационную, анэкфорическую; **в)** прогрессирующую,стационарную; г) ретроградную и ретардированную.
73. По времени выделяют амнезии: **а)** конградную, антероградную**;** б) фиксационную, анэкфорическую; в) прогрессирующую,стационарную; г) ретроградную и ретардированную.
74. Отсутствие воспоминаний на период, предшествовавшей потери или помрачению сознания, называют амнезией: а) ретардированной; б) антероградной; в) конградной; **г)** ретроградной,.Запаздывающую амнезию, события, имевшие место, выпадают из памяти не сразу, а лишь спустя некоторое время после болезненного процесса, называют: **а)** ретардированной; б) антероградной; в) конградной; г) ретроградной.
75. Длительное удержание и накопление индивидуального и общественного опыта – это функция памяти: а) воспроизведение; **б)** сохранение; в) забывание; г) дисмнезия.
76. Актуализация закрепленного ранее содержания прошлого опыта путем извлечения его из долговременной памяти и перевода в оперативную опыта – это функция памяти: **а)** воспроизведение; б) сохранение; в) забывание; г) дисмнезия.
77. Утрата четкости или уменьшение объема закрепленного в памяти материала с сочетанием невозможности его воспроизвести – это функция памяти: а) воспроизведение; б) сохранение; **в)** забывание; г) дисмнезия.
78. К эндогенным психическим заболеваниям относят: а) болезнь Пика б) болезнь Паркинсона; **в)** шизофрению; г) алкоголизм.
79. К психогенным расстройствам относят заболевания: **а)** неврозы; б) психопатии; в) олигофрении; г) эпилепсию.
80. К патологии развития личности относят заболевания а) реактивные психозы; **б)** олигофрении; в) болезнь Альцгеймера; г) токсикомании.
81. Гаптические галлюцинации – это: а) ощущение мнимого движения; **б)** внезапное ощущение прикосновения; в) ощущение тепла или холода; г) ощущение влаги на поверхности тела.
82. Микропсия – это: а) нарушение восприятия пространства, формы и величины предметов; **б)** уменьшение размеров видимых предметов; в) нарушение восприятия пространства в перспективе; г) при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько.
83. Дереализационный синдром – это **а)** отчужденное и искаженное восприятие окружающего мира в целом; б) заторможенность всех психических процессов, изменение эмоционального реагирования; в) искаженное восприятие собственной личности и отчуждение отдельных физиологических проявлений; г) потеря высших эмоций, способности чувствовать, переживать.

Репозиторий ВГУ

84. Поропсии – это: а) нарушение восприятия пространства, формы и величины предметов; б) уменьшение размеров видимых предметов**; в)** нарушение восприятия пространства в перспективе; г) при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько.
85. Анэстетическая деперсонализация – это: а) искаженное восприятие собственной личности и отчуждение отдельных физиологических проявлений; б) отчужденное и искаженное восприятие окружающего мира в целом; **в)** потеря высших эмоций, способности чувствовать, переживать; г) все верно.
86. Иллюзии – это: а) расстройство восприятия в виде образов; б) чувственно яркое представление непосредственно предшествовавшего ощущения; **в)** ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий; г) пониженная чувствительность к раздражителям.
87. Дисморфофобия – это: **а)** убежденность в существовании у самого себя несуществующего недостатка; б) субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой; в) пустые, бесплодные, расплывчатые рассуждения, не наполненные конкретным смыслом; г) характерное нарушение речи в виде повторения слов.
88. К эндогенно-органическим психическим заболеваниям относят**: а)** болезнь Альцгеймера; б) маниакально-депрессивный психоз; в) наркоманию; г) и токсикоманию.
89. Парестезии – это: а) пониженная чувствительность к раздражителям; б) неузнавание раздражителя; **в)** субъективные ощущения, возникающие без раздражителя; г) неопределенные, трудно локализуемые, ощущения.
90. Эдейтизм – это: а) расстройство восприятия в виде образов; **б)** чувственно яркое представление непосредственно предшествовавшего ощущения; в) ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий; г) пониженная чувствительность к раздражителям.
91. К эндогенно-органическим психическим заболеваниям относят: а) циклотимию **б)** болезнь Паркинсона; в) шизофрению; г) алкоголизм.
92. Субъективные ощущения, возникающие без раздражителя - это: а) криптомнезии, б) эдейтизм**, в)** парестезии, г) компульсии.
93. Ипохондрический бред – это: а) чувственный, возникает на основе других психических расстройств; б) характерно бредовое поведение и бредовое восприятие окружающего мира и текущих событий; в) характерное нарушение речи в виде повторения слов или окончаний с их рифмованием; **г)** больные убеждены в наличии у них какого-либо физического заболевания.
94. Шперунг – это: а) пустые, бесплодные, расплывчатые рассуждения, не наполненные конкретным смыслом; б) субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой; **в)** обрывы

Репозиторий ВГУ

мыслей, «закупорка мышления», больной внезапно теряет мысль; г) потеря высших эмоций, способности чувствовать, переживать.
95. Компульсии – это: а) расплывчатые незавершенные бредовые построения; **б)** авязчивые желания; в) чувство недоверия к родным; г) навязчивые страхи.
96. Конградная амнезия – это: а) забывание событий, предшествовавших ее причине; б) повышение способности вспоминания давно забытых событий; в) выпадение из памяти событий, следующих за воздействием причины; **г)** возникает на период психического расстройства.
97. Конфабуляции – это: **а)** вымысел в форме воспоминаний; б) субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой; в) постепенное и необратимое опустошение запасов памяти; г) прочитанное или увиденное воспроизводится больными как события, реально имевшие место в их жизни.
98. Сенестопатии – это: а) пониженная чувствительность к раздражителям; б) неузнавание раздражителя; в) субъективные ощущения, возникающие без раздражителя**; г)** неопределенные, трудно локализуемые, ощущения.
99. Кинестетические галлюцинации – это: **а)** ощущение мнимого движения; б) внезапное ощущение прикосновения; в) ощущение тепла или холода; г) ощущение влаги на поверхности тела.
100. Вербигерация – это: **а)** характерное нарушение речи в виде повторения слов или окончаний с их рифмованием; б) убежденность в существовании у самого себя несуществующего недостатка; в) обрывы мыслей, «закупорка мышления», больной внезапно теряет мысль; г) субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой.
101. Нарушение восприятия пространства в перспективе – это: а) криптомнезии, **б)** поропсии, в) компульсии, г) сенестопатии.
102. Обрывы мыслей, «закупорка мышления» с потерей мыслей - это: а) палимпсест, **б)** шперунг, в) сенестопатии, г) парестезии.
103. Убежденность в существовании у самого себя несуществующего недостатка – это: а) вербигерация, б) сенестопатии, в) эдейтизм, **г)** дисморфофобия.
104. Псевдореминисценции – это: а) вымысел в форме воспоминаний; **б)** прошедшие события воспроизводятся, но нарушается их временной порядок; в) постепенное и необратимое опустошение запасов памяти; г) запамятование отдельных событий и деталей своего поведения.
105. Криптомнезии – это: а) вымысел в форме воспоминаний; б) субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой; в) постепенное и необратимое опустошение запасов па-

Репозиторий ВГУ

мяти; **г)** прочитанное или увиденное воспроизводится больными как события, реально имевшие место в их жизни.

106. Антероградная амнезия – это: а) забывание событий, предшествовавших ее причине; б) повышение способности вспоминания давно забытых событий; **в)** выпадение из памяти событий, следующих за воздействием причины; г) запамятование отдельных событий и деталей своего поведения.

107. Способность запоминать информацию, без образования логических связей образует память: **а)** механическая; б) оперативная; в) ассоциативная; г) долгосрочная.

108. Боязнь открытых пространств называется: а) лиссофобией, б) скоптофобией, **в)** агорафобией, г) нозофобией.

109. Ретроградная амнезия – это: **а)** забывание событий, предшествовавших ее причине; б) повышение способности вспоминания давно забытых событий; в) выпадение из памяти событий, следующих за воздействием причины; г) возникает на период психического расстройства.

110. Нозофобия – это: а) страх покраснеть на людях; **б)** навязчивая боязнь заболеть; в) боязнь онкологического заболевания;г) боязнь сердечного приступа.

111. Если запоминание связано с избирательным сохранением наиболее значимой для субъекта информации, то это память: **а)** долгосрочная; б) оперативная; в) ассоциативная; г) механическая.

112. Кардиофобия – это: а) страх сойти с ума; **б)** боязнь сердечного приступа; в) боязнь онкологического заболевания; г) навязчивая боязнь заболеть.

113. Эритрофобия **–** это**:** а) страх сойти с ума; **б)** страх покраснеть на людях; в) боязнь онкологического заболевания; г) навязчивая боязнь заболеть.

114. Если запоминание происходит с образованием логических связей, то это память: а) долгосрочная; б) оперативная; **в)** ассоциативная; г) механическая.

115. Навязчивые желания – это: а) шперунг, **б)** компульсии, в) поропсии, г) иллюзии.

116. Вымысел в форме воспоминаний – это: а) поропсии, б) шперунг, в) вербигерация, **г)** конфабуляции.

117. Гипермнезия – это: а) забывание событий, предшествовавших ее причине; **б)** повышение способности вспоминания давно забытых событий; в) выпадение из памяти событий, следующих за воздействием причины; г) возникает на период психического расстройства.

118. Палимпсест – это: а) забывание событий, предшествовавших ее причине; б) повышение способности вспоминания давно забытых событий;

Репозиторий ВГУ

в) выпадение из памяти событий, следующих за воздействием причины; **г)** запамятование отдельных событий и деталей своего поведения.

119. Агорафобия – это: а) боязнь замкнутого пространства; б) навязчивая боязнь заболеть; **в)** боязнь открытых пространств; г) боязнь онкологического заболевания.

120. Канцерофобия – это: а) страх покраснеть на людях; б) боязнь упустить кишечные газы; **в)** боязнь онкологического заболевания; г) боязнь сердечного приступа.

121. Скоптофобия – это: а) страх сойти с ума; б) боязнь сердечного приступа; в) боязнь онкологического заболевания; **г)** боязнь показаться смешным.

122. Лиссофобия – это**: а)** страх сойти с ума; б) страх покраснеть на людях; в) боязнь онкологического заболевания; г) навязчивая боязнь заболеть.

123. Если ее объем складывается из актуальной на текущий момент информации, то это память: а) краткосрочная; **б)** оперативная; в) ассоциативная; г) механическая.

124. Чувственно яркое представление непосредственно предшествовавшего ощущения это: а) вербигерация, б) сенестопатии, **в)** эдейтизм, г) палимпсест.

125. Запамятование отдельных событий и деталей своего поведения - это: **а)** палимпсест, б) шперунг, в) сенестопатии, г) поропсии.

126. Неопределенные, трудно локализуемые, ощущения - это: а) вербигерация, б) иллюзии, **в)** сенестопатии, г) парестезии.

127. Если прочитанное или увиденное воспроизводится больными как события, реально имевшие место в их жизни, то - это: **а)** криптомнезии, б) псевдореминисценции, в) компульсии, г) поропсии.

128. Какие из нижеперечисленных симптомов можно отнести к группе негативных расстройств, встречающихся при шизофрении? А) псевдогаллюцинации; б) бред воздействия; в) бред отношения; г) эмоциональное уплощение; д) истинные галлюцинации; е) гипобулия.

129. Какие из нижеперечисленных симптомов можно отнести к группе позитивных расстройств, встречающихся при шизофрении? А) снижение памяти; б) эмоциональное уплощение; в) бред; г) гипобулия; д) снижение интеллекта; е) псевдогаллюцинации.

130. Какой клинический признак свидетельствует о формировании у больного черт шизофренического дефекта? а) нарушение памяти; б) снижение волевой активности; в) депрессивное состояние; г) появление кататонических симптомов.

131. Какое нарушение психосенсорного синтеза в большей степени характерно для шизофрении? а) нарушение восприятия цвета; б) нарушение восприятия формы предметов; в) нарушения схемы тела; г) деперсонализация; д) переживание "уже виденного".

Репозиторий ВГУ

132. Какие из перечисленных нарушений мышления свойственны шизофрении? А) разорванное мышление; б) бессвязное мышление; в) персеверации; г) аутистическое мышление; д) резонерское мышление;
133. Для приступа фебрильной шизофрении характерно: а) повышение температуры тела; б) угроза жизни больного; в) трофические нарушения тканей; г) кататонические симптомы; д) судорожный синдром.
134. В рамках какого заболевания чаще всего встречается кататоническая симптоматика? А) маниакально - депрессивный психоз; б) эпилепсия; в) шизофрения; г) истерия.
135. Какое из нижеперечисленных заболеваний, как правило, имеет тенденцию к регредиентному течению? а) травматическое поражение головного мозга; б) шизофрения; в) алкоголизм; г) олигофрения.
136. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении: а) слабодушие; б) эйфория; в) эмоциональная неадекватность; г) благодушие; д) апатия.
137. Какая форма шизофрении протекает наиболее злокачественно и приводит к выраженным изменениям личности? а) параноидная шизофрения; б) паранойяльная шизофрения; в) гебефреническая шизофрения; г) шизоаффективное расстройство.
138. Какой психопатологический синдром не встречается при шизофрении? а) апато-абулический; б) сенестопатический; в) синдром психического автоматизма; г) корсаковский.
139. Какие из перечисленных эмоциональных расстройств присущи шизофрении? а) неадекватность эмоций; б) слабодушие; в) амбивалентность; г) дисфории; д) эмоциональная лабильность; е) эмоциональное уплощение
140. Какие из перечисленных исходов заболевания не свойственны параноидной форме шизофрении? а) летальный исход; б) выход в длительную ремиссию; в) непрерывное хроническое течение; г) выход в апато-абулический дефект.
141. При какой форме шизофрении апато-абулические расстройства определяют клиническую картину заболевания? а) простой форме; б) гебефренической форме; в) параноидной форме; г) кататонической форме;
142. Парафренный синдром характеризуется: а) слабоумием; б) амнезией; в) мегаломаническим бредом; г) выраженной разорванностью мышления и нелепостью суждений; д) трансами.
143. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно: а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций; б) неадекватность эмоциональных реакций; в) амбивалентность эмоциональных реакций; г) приступы дисфории.
144. Для рекуррентной шизофрении является характерным: а) однообразие приступов (типа клише); б) благоприятность течения; в) отчетливые аффективные расстройства; г) нарастающая дефицитарная симптоматика.

Репозиторий ВГУ

145. Для вялотекущей шизофрении свойственно: а) медленное течение с постепенным развитием изменений личности; б) галлюцинаторные и бредовые расстройства; в) преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные расстройства; г) значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании).
146. Приступообразно-прогредиентная шизофрения характеризуется: а) спонтанными ремиссиями; б) только терапевтическими ремиссиями; в) усложнением симптоматики с очередным приступом; г) однотипными (типа клише) приступами.
147. Эпилепсия относится к: а) эдогенным заболеваниям; б) эндогенно-органическим заболеваниям; в) экзогенным заболеваниям г) экзогенно-органическим заболеваниям;
148. Аура является: а) предвестником судорожного припадка: б) начальной стадией припадка; в) осложнением припадка; г) малым эпилептическим припадком;
149. Последовательность стадий большого судорожного припадка следующая: а) аура, тоническая фаза, клоническая фаза, фаза генерализации судорог, постприпадочный сон; б) аура, клоническая фаза, тоническая фаза, постприпадочный сон; в) аура, тоническая фаза, клоническая фаза, постприпадочный сон; г) аура, клоническая фаза, тоническая фаза, фаза генерализации судорог, сон.
150. Для больных эпилепсией характерна: а) вязкость, обстоятельность мышления; б) резонерство и разноплановость суждений; в) разорванность мышления; г) ускорение темпа мышления.
151. Эпилептический статус - это ... а) психическое состояние больного эпилепсией; б) состояние больного во время припадка; в) серия непрерывно следующих один за другим припадков.
152. Малый припадок относится к: а) генерализованным судорожным пароксизмам; б) очаговым судорожным пароксизмам; в) бессудорожным пароксизмам.
153. Джексоновский припадок относится к: а) большим судорожным припадкам; б) малым судорожным припадкам; в) очаговым судорожным припадкам; г) бессудорожным пароксизмам.

Репозиторий ВГУ

Самостоятельная работа

Уровень 1. Решение ситуационных задач

1. Больной видит в пустой комнате страшную фигуру. В действительности там никого нет. Назвать симптом. Ответ: зрительная галлюцинация.
2. Больной в полной тишине часто слышит голос, который приказывает ему отказываться от приема лекарств, не спать в постели, не смотреть на окружающих. Назвать симптом. Ответ: вербальные, императивные галлюцинации.
3. После каждого поступка больной слышит голоса в пустой комнате, которые обсуждают поведение больного, говорят: “Сел”, “Пить пошел”, и т. д. Назвать симптом. Ответ: вербальные, комментирующие обманы восприятия.
4. Родственники больного рассказывают, что он постоянно поднимает телефонную трубку, когда звонков нет. На вопрос, почему он это делает, сообщает, что слышит звонки. Назвать симптом. Ответ: элементарные вербальные обманы восприятия – акоазмы.
5. Больной видит, как перед ним слева направо проплывают красные точки. Назвать симптом. Ответ: элементарные, зрительные обманы восприятия – фотопсии.
6. Больная жалуется, что ее мучают тягостные ощущения в голове: “Как будто что-то там булькает, переливается, мозжечок качается”. Испытывает “мучительные неопределенные боли мозговых оболочек”. Назвать симптом. Ответ: висцеральные галлюцинации.
7. Больной жалуется, что после гриппа обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лампочки слепит глаза. Назвать симптом. Ответ: гиперестезия.
8. Больной постоянно испытывает неприятный запах, исходящий от тела, чего в действительности нет. Разубеждения бесполезны. Назвать симптом. Ответ: дисморфофобия.
9. В больничной пище больная чувствует вкус человеческого мяса. Назвать симптом. Ответ: вкусовая галлюцинация.
10. Больной ощущает у себя в животе шевелящихся мышей. Назвать симптом. Ответ: висцеральная галлюцинация.
11. Больной заявляет, что по его телу ползают насекомые, причиняющие боль. При осмотре жалобы не подтверждаются. Назвать симптом. Ответ: тактильные галлюцинации.
12. Больной заявляет, что в журчании воды он слышит голос, который бранит его. Как только вода перестает течь, «голос» исчезает.
Назвать симптом.
13. Периодически больной испытывает такое чувство, что все предметы становятся то большими, то уменьшенными, то скошенными, то перекру-

Репозиторий ВГУ

ченными вокруг своей оси. Ответ: метоморфопсия (дисмегалопсия, микропсия, макропсия).
14. Больной «видит», что предметы, окружающие его, то приближаются, то удаляются от него, расстояние до предметов невероятно удлиняется. Ответ: метоморфопсия.
15. Больная заявляет, что временами голова принимает огромные размеры, конечности удлиняются, она теряет вес. Ответ: нарушение схемы тела (психосенсорные расстройства).
16. Больной сообщает, что перед тем как заснуть, он видит блестящие узоры различных фантастических животных. При открывании глаз «видения» исчезают. Ответ: гипногагические и гипнопампические зрительные обманы восприятия.
17. Больной рассказывает, что вместо узоров на ковре видел сказочных героев, фантастических животных. Ответ: парейдолий.
20. Больной постоянно видит «где-то в голове» сцены из его прошлой жизни. Он уверен, что это ему «показывают» с целью скомпрометировать. Ответ: зрительные псевдогаллюцинации.
21. Больная «слышит», как откуда-то доносятся неясные голоса, которые повторяют ее мысли. Создается впечатление, что они делаются специально для нее, передаются по радио. Назвать симптом. Ответ: вербальные псевдогаллюцинации.
22. Медицинская сестра сообщает о больном, что он сидит, плотно зажмурив глаза и закрыв уши руками. В ответ на вопрос больной сообщил, что видит во дворе больницы бегущую на него толпу людей, а сверху «голос» приказывает ему выброситься из окна. Назвать симптомы. Ответ: истинные зрительные и вербальные галлюцинации.
20. Мужские и женские «голоса» приказывают больному не подчиняться врачу, не отвечать на вопросы. Иногда эти же «голоса» начинают подробно обсуждать каждый поступок больного. Назвать симптом. Ответ: вербальные, императивные и комментирующие галлюцинации.

Уровень 2. Темы рефератов и контрольных работ

1. Психопатология и специальная педагогика. Роль социальной среды в возникновении психогении и психопатии.
2. Эпилепсия. Основные направления работы педагога-дефектолога с детьми, страдающими эпилепсией.
3. Шизофрения. Основные направления работы педагога-дефектолога с детьми, страдающими шизофренией.
4. Причины возникновения неврозов. Основные направления работы педагога-дефектолога с детьми, страдающими неврозом.
5. Причины девиантного поведения у детей и подростков. Работа педагога-дефектолога с такими детьми.

Репозиторий ВГУ

6. Умственная отсталость и задержка психического развития. Причины возникновения и дифференциальная диагностика.
7. Травмы черепа и их последствия. Работа педагога-дефектолога с детьми, перенесшими черепно-мозговую травму.
8. Психические расстройства при общих инфекциях.
9. Психические расстройства при нейроинфекциях.
10. Алкоголизм и наркомания - современная проблема социальной психиатрии.
11. Влияние алкоголизма родителей на нервно-психическое развитие ребенка
12. Отграничение умственной отсталости от задержки психического развития.
13. Влияние наркомании родителей на нервно-психическое развитие ребенка.
14. Меланхолическая и маскированная депрессии, принципиальные отличия.
15. Нарушения пищевого влечения. Анорексия, булимия, полифагия, парорексия, копрофагия, полидипсия и олигодипсия. Нервная анорексия и нервная булимия.
16. Эндогенные и психогенные депрессии. Симптомы, течение, прогноз
17. Алкогольный психоз. Симптомы, течение, прогноз.
18. Диссоциальное, эмоционально-неустойчивое и истерическое расстройства личности. Особенности общения.
19. .Ананкастное, тревожное и зависимое расстройства личности. Особенности общения.
20. Ускорение мышления, заторможенность, тугоподвижность, шперрунг, обрыв мысли, ментизм.

Уровень 3. Темы презентаций

1. Значение типов ВНД для возникновения неврозов и психозов.
2. Понятие о симптомах и синдромах психических расстройств.
3. Ощущение и восприятие, их значение в норме и проявление в патологии.
4. Внимание и память, механизм формирования, значение для процесса познания. Виды патологии.
5. Мышление, механизм формирования, значение для процесса познания. Виды патологии.
6. Механизм эмоций, значение для психического развития человека. Виды патологии.
7. Двигательно-волевые расстройства, механизм формирования.
8. Механизм формирования сознания. Степени тяжести расстройств сознания. Влечение и инстинкты, значение и проявление.
9. Делирий, амнезия, онейроид. Механизм возникновения, проявления.
10. Виды сумеречных расстройств сознания, механизм возникновения.
11. Астенический синдром и гипертензионный синдром. Механизм возникновения, проявления.

Репозиторий ВГУ

12. Синдром ранней детской невропатии. Механизм возникновения, проявления и значение.
13. Судорожный синдром, его проявления.
14. Гипердинамический синдром, причины возникновения, особенности проявления и значение.
15. Синдром раннего детского аутизма, происхождение и проявление.
16. Синдром страхов, происхождение и значение.
17. Синдромы ухода их дома, бродяжничества.
18. Алкогольный синдром плода (АСП). Абстинентный синдром.
19. Этиопатогенез и клиническая картина шизофрении.
20. Клиническая характеристика шизофрении в детском возрасте.
21. Этиопатогенез и клиническая картина эпилепсии.
22. Клиническая картина острого алкогольного опьянения.
23. Хронический алкоголизм. Запой. Абстинентный синдром.
24. Наркомания. История возникновения, особенности проявления.
25. Влияние алкоголизма родителей на потомство.
26. Проявления травмы черепа и помощь пострадавшему.
27. Остаточные явления после травмы.
28. Психические нарушения при инфекциях и нейроинфекциях.
29. Сифилис как нейроинфекция, стадии, особенности соматических и нейропсихических расстройств.
30. Клиническая картина невроза навязчивых состояний и истерии.
31. Проявление невротической реакции у детей.
32. Прогрессивный паралич. Особенности психических расстройств.
33. Психотерапия и ее значение в клинике неврозов.
34. Различные формы психопатии у взрослых.
35. Эквиваленты большого эпилептического приступа.
36. Фазио-тормозная теория И.П. Павлова. Сон и сновидения.
37. Значение биоритмов в жизни ребенка.
38. Деменция и олигофрения. Объяснение этих явлений.
39. Характеристика психоза. Этиология психических расстройств.
40. Родовые черепно-мозговые травмы и их последствия.

Репозиторий ВГУ

ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНЫЙ БЛОК

Литература

Основная литература

1. Бадалян, Л.О. Невропатология: учеб. для студентов вузов / Л.О. Бадалян. – 7-е изд. – М.: Академия, 2012. – 400 с.
2. Веренич, С.В. Нервная система в норме и патологии: нейрофизиология: учеб.-метод. пособие / С.В. Веренич. – Минск : БГПУ, 2011. – 104 с.
3. Висмонт, Ф.И. Общая патофизиология: учеб. пособие / Ф.И. Висмонт, Е.В. Леонова, А.В. Чантурия. – Минск: Выш. шк., 2011. – 364 с.
4. Исаев, Д.Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов / Д.Н. Исаев. – СПб: СпецЛит, 2007.
5. Ляпидевский, С.С. Невропатология. Естественнонаучные основы специальной педагогики: учеб. для студентов вузов / С.С. Ляпидевский; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Владос, 2003. – 384 с.
6. Марилов, В.В. Общая психопатологи: Учеб. пособие для высш. учеб. заведений, ведущих подготовку кадров по психол. направлениям и спец. – М. : Академия, 2002. – 224 с.
7. Патологическая анатомия и физиология: учеб. пособие / М.К. Недзьведь [и др.]. – Минск: Выш. шк., 2009. – 544 с.
8. Прищепа, И.М. Нейрофизиология: учебное пособие / И.М. Прищепа, И.И. Ефременко. – Минск: Выш.шк., 2013. -285с.

Дополнительная литература

1. Ефременко, И.И. Основы невропатологии: курс лекций/ И.И. Ефременко. – Витебск: Издательство ВГУ им. П.М. Машерова, 2007. – 206 с.
2. Ефременко, И.И. Практикум по основам невропатологии/ И.И. Ефременко. – Витебск: Издательство ВГУ им. П.М. Машерова, 2007. – 124 с.
3. Ефременко, И.И. Генетика в повседневной жизни: учебное пособие/ И.И. Ефременко. Витебск: Издательство ВГУ им. П.М. Машерова, 2007. - 175 с.
4. Ефременко, И.И. Сборник тестов по анатомо-биологическим дисциплинам: сборник тестов / И.И. Ефременко, С.В .Лоллини, Н.М.Яцковская. – Витебск, 2008. – 147с.
5. Ефременко, И.И. Нейрофизиология: курс лекций / И.И. Ефременко. - Витебск, УО «ВГУ им. П.М. Машерова»,- 2011. -219с.
6. Ефременко, И.И. Наследственные болезни человека// И.И. Ефременко// Справочник. -Витебск: Издательство ВГУ им. П.М. Машерова. -2012. -95 с.
7. Основы психиатрии: курс лекций / [авт.-сост. С.В. Лоллини] ; М-во образования РБ, УО «Витебский гос. ун-т им. П.М. Машерова»,

Репозиторий ВГУ

Каф.анатомии, физиологии и валеологии человека. – Витебск : УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2008. – 178 с.
8. Воронова, Н.В. Анатомия центральной нервной системы: учеб. пособие для студентов вузов / Н.В. Воронова, Н.М. Климова, А.М. Менджерицкий. – М.: Аспект Пресс, 2005. – 128 с.
9. Гуровец, Г.В. Психопатология детского возраста / Г.В. Гуровец. – Ростов/нД: Владос, 2008. – 360 с.
10. Чухловина, М.Л. Деменция: диагностика и лечение / М.Л. Чухловина. – СПб.: Питер: Лидер, 2010. – 266 с.
11. Клинические основы интеллектуальных нарушений [Электронный ресурс] : учеб.-метод. комплекс для спец. 1-03 03 08 – «Олигофренопедагогика. Логопедия» / [авт.-сост. И. С. Казимиров] ; М-во образования РБ, УО «ВГУ им. П.М. Машерова», Биол. фак., Каф.анатомии и физиологии. - Электрон.текстовые дан. (1файл: 608 Кб). – Витебск, 2011. – Режим доступа: www.lib.vsu.by.

Глоссарий

1. Агедония – утрата способности переживать положительные эмоции или притупление положительных эмоций.
2. Агнозия (познавание) – нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функций органов чувств, наблюдается при поражении определенных отделов коры больших полушарий головного мозга.
3. Агорафобия – навязчивый страх открытых пространств (площадей, улиц).
4. Акрофобия (гипсофобия) – навязчивый страх высоты, глубины.
5. Алгофобия – навязчивый страх боли.
6. Амбивалентность (психическая двойственность) – одновременное возникновение прямо противоположных чувств по отношению к одному и тому же объекту или человеку.
7. Аменция (аментивный синдром, аментивное помрачение сознания) − форма помрачения сознания с преобладанием бессвязности речи, моторики и растерянностью.
8. Амнезия – полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период, или же выпадение из памяти той или иной конкретной ситуации.
9. Амнестические синдромы симптомокомплекс, сочетающий в себе расстройство памяти на текущие события (фиксационная амнезия), расстройство ориентирования во времени, окружении, месте и наличие ложных воспоминаний.

Репозиторий ВГУ

10. Анестезия (греч.anaisthesia бесчувственность) потеря чувствительности, исчезновение ощущений, утрата способности ощущать различные виды раздражений. Характерна для комы, сопора, истерических, невротических синдромов.
11. Антропофобия – навязчивый страх контактов с людьми вообще, независимо от пола или возраста.
12. Апатия (греч. бесчувственность) расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью.
13. Апрозексия (греч. aprosexia невнимательность) - снижение способности активно направлять и фиксировать внимание.
14. Астенический синдром (астения) − состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.
15. Астрофобия – навязчивый страх грома (молнии).
16. Аутизм – нарушение социальных связей, потеря контакта с реальностью и уход в себя, в мир внутренних переживаний.
17. Аффект (лат. переживание) – кратковременное сильное душевное волнение (эмоциональная реакция большой силы), протекающее с возбуждением, сопровождаемым пантомимическими и вегетативными проявлениями.
18. Аффективные (эмоциональные) синдромы − психопатологические состояния в форме стойких изменений настроения, чаще всего проявляющихся его снижением (депрессия) или повышением (мания) и апатоабулическим синдромом.
19. Бихевиоризм − поведенческая психотерапия.
20. Бронхиальная астма – аллергическая болезнь, характеризующаяся повторными приступами экспираторной одышки в связи с нарушением бронхиальной проходимости.
21. Булимия – патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе (гиперинсулинизм, умственная отсталость, шизофрения).
22. Вербигерация – стереотип речи: ритмичное однотонное повторение какого-нибудь слова или словосочетания, иногда бессмысленное нанизывание сходных по звучанию слов, слогов.
23. Вертигофобия – навязчивый страх головокружения.
24. Внимание – это направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности, имеющее для личности особую значимость в момент деятельности.
25. Воля – это сознательная организация и саморегуляция человеком своей деятельности и поведения, направленная на преодоление трудностей при достижении поставленных целей.

Репозиторий ВГУ

26. Восприятие − это психический процесс, отражение предметов и явлений в совокупности их чувственно конкретных свойств, − это целостное отражение явлений и предметов окружающего мира.
27. Вуайеризм – стремление к разглядыванию чужих половых органов и половых актов.
28. Галлюцинации (бред) − это чувственные яркие представления, доведенные патологическим процессом до яркости восприятия, это − восприятие без объекта.
29. Гебефрения – это состояние, при котором отмечается нарушение мыслительного процесса и эмоциональной сферы.
30. Гелиофобия – навязчивый страх солнечных лучей.
31. Гематофобия – навязчивый страх крови.
32. Геронтофилия – патологическое влечение к лицам пожилого возраста.
33. Гидрофобия – навязчивый страх воды.
34. Гинекофобия – навязчивый страх контактов с женщинами.
35. Гипербулия – болезненно повышенная волевая активность.
36. Гиперестезия - резкое усиление восприимчивости при воздействии обычных или даже слабых, нередко индифферентных раздражителей, повышение способности ощущать различные виды раздражений.
37. Гипермнезия - усиление памяти.
38. Гипертимия – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («веселость, брызжущая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов.
39. Гипертимия – болезненно приподнятое настроение, часто заразительное.
40. Гипобулия – болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удерживание какой-либо цели.
41. Гипомнезия – постепенное ослабление или частичное выпадение памяти.
42. Гипермнезия – усиление памяти.
43. Гипостезия − понижение чувствительности к внешним раздражителям. Наблюдаются при алкогольном и наркотическом опьянении, делирии, оглушении, депрессивных и истерических состояниях.
44. Гипотимия – болезненно пониженное настроение, переживаемое как, грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, щемление, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности, беспомощности, суицидными мыслями и поступками.
45. Гомосексуализм – получение полового удовлетворения от лица своего пола, равнодушие к лицам противоположного пола.

Репозиторий ВГУ

46. Дебильность – обучаемы, грамотная речь, внушаемы, отсутствует способность к абстрактному мышлению (IQ=50–70).
47. Делириозный синдром (делирий) − помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, изменчивого аффекта, в котором преобладает страх, двигательное возбуждение.
48. Деменция – приобретенное слабоумие (после 3 лет жизни).
49. Дентофобия – навязчивый страх зубных врачей, стоматологического кресла и инструментов.
50. Дереализация – чувство призрачности, чуждости больному окружающего его мира, которое воспринимается неотчетливо, неясно как нечто бесцветное, застывшее, декоративное, нереальное.
51. Дизестезия − извращение чувствительности.
52. Дипсомания – влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами.
53. Дисмнезии – это количественные нарушения памяти, встречаются в форме гипермнезии, гипомнезии, амнезии.
54. Дисфория – болезненно пониженное настроение, сопровождающееся раздражительно-тоскливо-злобным, мрачным чувством.
55. Дромомания – импульсивное влечение к перемене мест, влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различных психических заболеваниях.
56. Зоофилия – половые отношения с животными.
57. Зоофобия – навязчивый страх контактов с животными.
58. Идиотия – отсутствует способность к самообслуживанию, грубые нарушения развития, речь не развита (IQ <20);
59. Иллюзии (играю чем-либо, обманываю) − это искаженное восприятие действительно существующего во внешней среде реального объекта.
60. Имбецильность – способны к самообслуживанию, не обучаемы (IQ=20–50);
61. Интеллект – совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению знаний и навыков, а также способность их использовать в практической деятельности.
62. Интероцепторы − несут информацию о состоянии внутренней среды и делятся на проприоцепторы и собственно интероцепторы.
63. Инцест – половые отношения с близкими кровными родственниками.
64. Ипохондрический синдром − убежденность в наличии тяжелого заболевания, проявляющаяся навязчивыми, сверхценными идеями или бредом.
65. Ипохондричность − чрезмерные опасения развивающейся болезни.
66. Истерический синдром − симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений, часто возникает у незрелых, инфантильных, эгоцентричных личностей после психической травмы.
67. Кайтофобия – навязчивый страх перемены обстановки.

Репозиторий ВГУ

68. Канцерофобия – страх заболеть онкологическим заболеванием, сифилофобия – страх заболеть сифилисом.
69. Кардиофобия – страх любого сердечно-сосудистого заболевания.
70. Каталепсия (восковая гибкость) – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна.
71. Кататонический синдром (кататония) − симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме двигательной заторможенности, молчания, мышечной гипертонии (кататонический ступор), или в форме гиперкинеза (кататоническое возбуждение).
72. Клаустрофобия – навязчивый страх замкнутых пространств, помещений (квартира, лифт).
73. Клептомания или импульсивное воровство – немотивированное влечение к воровству.
74. Кома (глубокий сон) – выключение сознания с полной утратой восприятия окружающего мира, самого себя и других признаков психической деятельности, при этом глаза прикрыты; приподняв веки больного, можно увидеть неподвижный взор или содружественные плавающие движения глазных яблок.
75. Компьютерная томография (КТ) позволяет послойно исследовать плотность вещества мозга при рентгенологическом сканировании с последующей компьютерной обработкой изображения.
76. Конфабуляции («вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения») - провалы в памяти заполняются вымыслом, «вспоминается» то, чего на самом деле никогда не было.
77. Копролалия – импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств. Этот симптом может наблюдаться при болезни Жиля де ля Туретта.
78. Копрофагия – поедание несъедобного, иногда собственных экскрементов (слабоумие, шизофрения).
79. Корсаковский синдром – сочетание расстройств памяти на текущие события (при ее сохранности на более отдаленные события) и дезориентировка в месте и времени с наличием конфабуляций.
80. Криптомнезии - скрытые воспоминания, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.
81. Ксантопсия – все окружающее в желтом цвете.
82. Ксеноскопофобия – навязчивый страх чужого взгляда.
83. Локунарное слабоумие - затрагивает лишь отдельные сферы психической деятельности: память, внимание.

Репозиторий БГУ

84. Мазохизм – получение удовольствия при истязании лицом противоположного пола.
85. Макропсия – размеры видимых предметов кажутся бóльшими, чем есть
86. Мания – психическое расстройство, сопровождающееся чувством радости, легкости, повышенного настроения и аффектом гнева.
87. Ментизм (наплыв мыслей) – непроизвольно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, «вихрь идей», наплыв образов, представлений помимо воли больного.
88. Мизофобия – навязчивый страх загрязнения.
89. Микропсия – размеры видимых предметов кажутся меньшими, чем есть
90. Мифомания – непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлечения к себе внимания.
91. Мория – веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения, при глобальной деменции.
92. Мотивация – субъективно окрашенное состояние, возникающее на основе активации мозговых структур, побуждающее человека совершать действия, направленные на удовлетворение своих потребностей.
93. Мутизм – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;
94. Мышление – специфическая для человека категория психической деятельности – опосредованное, отвлеченное, обобщенное познание явлений внешнего мира, их сущности и существующих между ними связей, осуществляемое путем мыслительных операций (анализа и синтеза, сравнения и различения, суждений и умозаключений и др.)
95. Наркомания – это болезненное состояние, характеризующееся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в повторном многократном употреблении психоактивных средств, принимающее форму непреодолимого влечения.
96. Нарциссизм – получение удовольствия при созерцании своего обнаженного тела в зеркале.
97. Настроение – длительное, устойчивое эмоциональное состояние, носящее относительно нейтральный характер, но имеющее некоторый оттенок, выражающий наличие комфорта или дискомфорта в организме и окружающей среде.
98. Невротические синдромы − психопатологические синдромы, при которых наблюдаются расстройства, свойственные неврастении, неврозу навязчивых состояний или истерии.

Репозиторий ВГУ

99. Негативизм – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);
100. Некрофилия – патологическое влечение к трупам.
101. Некрофобия – навязчивый страх мертвых, трупов.
102. Неологизм – образование новых слов, необычных, значение которых понятно только больному.
103. Никтофобия – навязчивая боязнь темноты.
104. Нозофобия – навязчивый страх заболеть.
105. Обсессивный синдром (синдром навязчивых состояний) − психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости.
106. Оглушение – угнетение сознания, характеризующееся умеренным или значительным снижением уровня бодрствования, сонливостью, повышением порога восприятия всех внешних раздражителей, торпидностью психических процессов.
107. Оксифобия – навязчивый страх острых предметов.
108. Онейроидный синдром − грезоподобное помрачение сознания с наплывом фантастических зрительных псевдогаллюцинаций.
109. Ощущение (психический процесс) − отражение отдельных свойств и качеств предметов и явлений объективного мира, возникающее в результате воздействия их на рецепторные зоны и возбуждение нервных центов коры головного мозга.
110. Палимпсест - расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне, когда больной был в состоянии опьянения, при возможности воспроизвести общий ход событий.
111. Память – это психический процесс, выполняющий функцию накопления, сохранения, извлечения и воспроизведения опыта (представлений) чувственного и рационального познания человеком окружающей среды и самого себя, что обеспечивает дифференцированное его приспособление.
112. Парабулия – извращение воли, представлены различными кататоническими симптомами:
113. Паралогия (неразумный) – характеризуется утратой логических связей, неспособностью делать правильные выводы, вытекающие из логических предпосылок.
114. Парамнезия – качественное нарушение памяти, проявляющееся в форме псевдореминисценций, криптомнезий, конфабуляций.
115. Парафренный синдром (бред воображения) − представляет собой сочетание фантастического бреда величия с более или менее систематизированным бредом преследования или воздействия.
116. Пассивная подчиняемость – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;

Репозиторий ВГУ

117. Патологический аффект – кратковременное психическое расстройство в ответ на травмирующее переживание, приводящее к истощению психических процессов, неадекватное по силе и качеству раздражителю, сопровождающееся бурными двигательными и вазовегетативными проявлениями, резким сужением, а затем помрачением сознания, характеризуется частичной или полной амнезией.
118. Педофилия – патологическое влечение к детям (умственно отсталые).
119. Перофобия – навязчивый страх священников.
120. Персеверация – повторение одних и тех же слов, предложений в ответ на разнообразные вопросы, несмотря на стремление больного перейти к другой теме или попытки врача ввести новые стимулы.
121. Петтофобия – навязчивый страх, боязнь неудержания кишечных газов в присутствии посторонних.
122. Пиромания – влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.
123. Пневмония – воспалительный процесс в тканях легкого, возникающий как самостоятельная болезнь, или как проявление, или осложнение какого-либо заболевания.
124. Пневмоторакс – наличие воздуха или газа в плевральной полости; возникает в результате травмы, патологического процесса или создается искусственно с лечебной целью.
125. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) обеспечивает изображение функционального состояния мозга и является особенно многообещающим методом при исследовании нейротрансмиттерных систем.
126. Полидипсия – повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда (эндокринные заболевания).
127. Полиэстезия (чувство, ощущение) – это нарушение поверхностной чувствительности, при котором раздражение одной точки воспринимается как раздражение многих точек при невротических синдромах, депрессиях, сенестопатически-ипохондрических (паранойяльных, параноидных, парафренических), аффективно-бредовых и психоорганическом синдромах.
128. Представление − след бывшего восприятия, образ предмета (или явления), воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений или благодаря воображению.
129. Проприорецепторы − несут информацию о положении тела и взаиморасположения конечностей.
130. Псевдореминисценции - ошибочные воспоминания о событиях, действительно происходивших, но искаженных, неверно соотнесенных во времени и месте.
131. Психоанализ − динамическое направление в психотерапии.

Репозиторий ВГУ

132. Психосенсорные расстройства – сложное искажение восприятия внешнего мира и собственного тела, при которых расстраиваются не ощущения, а их синтез – сенсорный синтез.
133. Резонерство – бесплодное рассуждательство («бесплодное мудрствование»), с преобладанием пространных отвлеченных, часто мало содержательных или туманных рассуждений на общие темы, склонность к употреблению высокопарных выражений, необоснованное применение научных терминов, философских рассуждений на общие темы.
134. Реоэнцефалография (РЭГ) основана на изучении электрического сопротивления ткани головного мозга.
135. Садизм – получение полового удовольствия при истязании лица противоположного пола (психопаты). Может быть физическим и психологическим.
136. Сенестопатия (болезнь, страдание) − психосоматические ощущения развиваются от простых (соматические ощущения) к сложным, полиморфным, причудливым с необычной локализацией. Наблюдаются при выходе из интоксикации психостимуляторами, в синдроме отмены каннабиоидов, снотворных, психостимуляторов, ингалянтов.
137. Сидеродромофобия – навязчивый страх езды в поезде.
138. Синдром – устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенетическим механизмом.
139. Синестезия − когда внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с другого или нескольких анализаторов (напр., ощущение цвета при слушании музыки). Может встречаться у здоровых людей в норме, чаще всего у одаренных музыкантов, поэтов, художников.
140. Ситиофобия (октофобия) – навязчивый страх приема пищи.
141. Сознание – высшая форма отражения объективной действительности, свойственная лишь человеку, представляющая собой совокупность психических процессов, позволяющих ему ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности, обеспечивающих преемственность опыта, единство и многообразие поведения.
142. Сомнамбулизм – снохождения, лунатизм.
143. Сопор – глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных двигательных реакций и открывания глаз в ответ на боль, патологическая сонливость, аспонтанность.
144. Спидофобия – страх заболеть СПИДом,
145. Стереотипии – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – вербигерации);

Репозиторий ВГУ

146. Страсть – длительное выраженное напряженное эмоциональное отношение с направленностью на определенный объект или вид деятельности
147. Страх, как патологическое состояние – переживание сиюминутной опасности, с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания.
148. Стресс (напряжение) – неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, характеризующееся выраженным эмоциональным переживанием (аффектом). Стресс может носить позитивный, мобилизующий и негативный (дистресс) характер.
149. Ступор – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими.
150. Танатофобия – навязчивый страх смерти.
151. Тафефобия – навязчивый страх быть погребенным заживо.
152. Тоска – сопровождается характерным тягостным ощущением, стеснением за грудиной, сопровождается преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов.
153. Тотальная деменция проявляется относительно равномерным снижением всех познавательных процессов: мышления, памяти, внимания и др.
154. Трансвестизм – патологическое стойкое стремление носит одежду и прически противоположного пола и играть его роль. Истинный – с детства, ложный – только для получения полового удовлетворения.
155. Тревога – гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством томительного ожидания грядущей беды, отчаянием, опасениями за судьбу родных.
156. Трискайдекфобия – навязчивый страх числа 13.
157. Тромбоэмболия легочной – синдром, обусловленный эмболией легочного ствола или его ветвей тромбом, характеризующийся резким нарушением кровообращения и внешнего дыхания, а при перекрытии небольших ветвей – симптомами образования гемморагических инфарктов легкого.
158. Урофобия – навязчивый страх неодолимого позыва к мочеиспусканию.
159. Фетишизм – получение полового удовлетворения при собирании предметов, принадлежащих лицам противоположного пола.
160. Фобофобия – навязчивый страх страха у человека, когда-либо пережившего эпизод навязчивого страха, это страх повторения фобии.
161. Фтизиофобия – страх заболеть туберкулезом легких, в том числе – чахоткой).
162. Хроматофобия – навязчивый страх ярких красок.

Репозиторий ВГУ

163. Чувство – одно из проявлений эмоциональных отношений, имеющее четко выраженный предметный характер, отражающее конкретную содержательную субъективную оценку человеком определенного субъекта или объекта.
164. Шизофрения – заболевание, характеризующееся непрерывно прогрессирующим течением и характерными изменениями личности, выражающимися в эмоциональном оскудении, снижении энергетического потенциала, утрате единства личности, потере связи с реальностью, характерными расстройствами мышления.
165. Шперрунг (закупоривать) – внезапная, обычно кратковременная остановка, обрыв мыслей, возникает «пустота в мыслях», «блокирование мыслей».
166. Эйфория – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, препятствует познавательным процессам.
167. Эксгибиционизм – непреодолимое желание неожиданно обнажать свои половые органы перед лицом противоположного пола (у мужчин при алкоголизме, умственно отсталых).
168. Эксплозивность – повышенная эмоциональная возбудимость и импульсивность в сочетании с инертностью и тугоподвижностью, доминирует злобно-тоскливое настроение.
169. Экстаз – гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до исступленного восхищения, чувства прозрения, озарения.
170. Экстероцепторы − располагаются на поверхности тела и отражают внешний мир.
171. Электроэнцефалография (ЭЭГ) − метод исследования, позволяющий оценить характер и динамику биоэлектрической активности головного мозга.
172. Эмоции – это физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека – от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения.
173. Эмоциональная неадекватность - качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу.
174. Эмоциональная, или аффективная, тупость – расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность.
175. Эмоциональное огрубение – проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность.

Репозиторий ВГУ

176. Эмоциональные реакции – эмоциональные ответы на биологически или социально значимые раздражители, они отличаются кратковременностью и большой интенсивностью.
177. Эмпатия – эмоциональная отзывчивость человека на переживания другого.
178. Эпилепсия – хроническое нервно-психическое заболевание, которое характеризуется внезапно возникающими расстройствами в виде различных судорожных припадков, а также рядом других нарушений психики.
179. Эритропсия – все окружающее в красном цвете
180. Эхолалия − стереотипное повторение услышанных фраз.
181. Эхомимия − непроизвольное повторение выражения лица собеседника.
182. Эхопраксия − повторение увиденных у окружающих движений.
183. Яктация – двигательное возбуждение «в пределах постели».

Репозиторий ВГУ

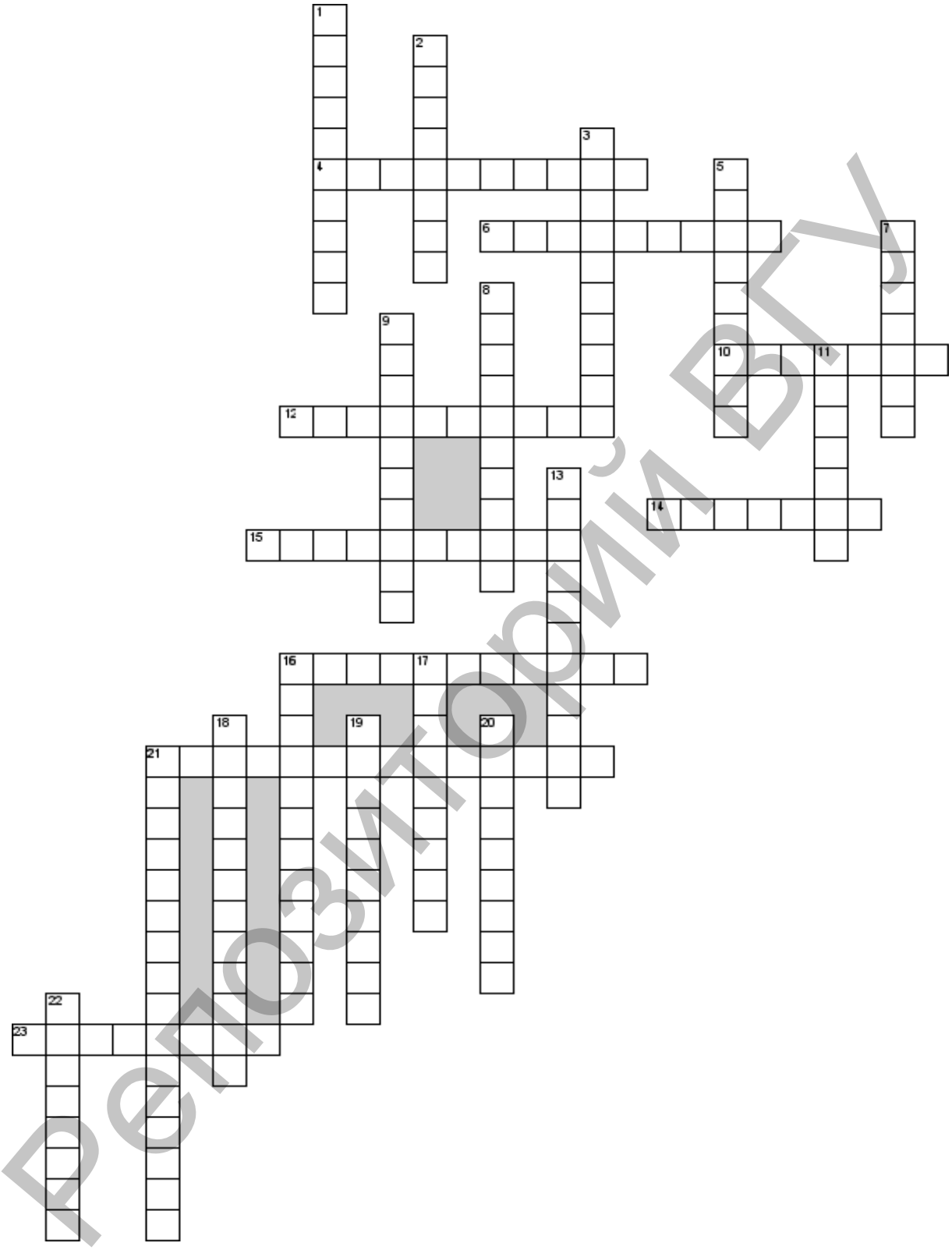
Приложения

Кроссворд по тему «Психопатология»

По вертикали

1. Психическое состояние, характеризующееся сильными отрицательными переживаниями, возникающими при невозможности удовлетворить какие-либо потребности
2. Патологическое отклонение от нормы в функциях организма и его частей
3. Психическая болезнь, проявляющаяся изменениями личности и различными симптомами (бред, галлюцинации и др.)
5. Нервно-психическое заболевание, выражающееся в периодически повторяющихся судорожных припадках
7. Понижение слуха, при котором восприятие речи даже в специальных условиях невозможно
8. Преувеличение больным какого-либо симптома или болезненного состояния
9. Сложная анатомо-физиологическая система, осуществляющая восприятие, анализ и синтез раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды организма
11. Констатация изучаемого процесса, состояния, явления в медицине - заключение о наличии заболевания, его причинах, степени выраженности, форме течения и сохранности защитных сил организма
13. Замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма
16. Отклонение в психическом развитии
17. Наука о закономерностях развития, воспитания, обучения, социальной адаптации и интеграции в общество детей с нарушениями речи при сохранном слухе
18. Сознательное стремление скрыть болезнь и ее симптомы
19. Соответствие теста измеряемому психическому свойству или процессу
20. Система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей
21. Признак, характеризующий развитие, нарастание (часто неуклонное) психического заболевания
22. Тип течения болезни, характеризующийся временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики

Репозиторий ВГУ



Репозиторий ВГУ

По горизонтали

4. Состояние покоя, расслабленности, наступающее, например, при отходе ко сну или после сильных переживаний, физических усилий

6. Наука о причинах болезней (патологических состояний)

10. Это система взаимосвязанных в патогенезе симптомов (признаков) болезни

12. Применяется к детям раннего возраста и речь идет не о возвращении чего-то утерянного, а о первоначальном формировании

14. Признак болезни

15. Поведение ребенка, когда он не хочет что-нибудь сделать только потому, что его об этом попросили

16. Легкая степень умственной отсталости

21. Раздел науки, изучающий методы определения психологических особенностей человека с целью наиболее полного раскрытия его внутреннего потенциала во всех сферах жизни.

23. Воспаление оболочек головного и (или) спинного мозга

Кроссворд на тему «Эмоции»

По горизонтали

3. Болезненное равнодушие вследствие слабости эмоциональных реакций, которые вызываются с большим трудом, сочетается с потерей инициативы

4. Эмоциональная слабость, истощаемость, слезливость, затруднение в сдерживании эмоций

8. Болезненное состояние, наступающее у зависимых вскоре после полного прекращения употребления алкоголя или наркотиков

12. Сниженное настроение

15. Высшая степень раздражительности, встречается при дисфорическом синдроме

18. Сосуществование противоположных чувств

23. Мнимое слабоумие, демонстративное снижение когнитивных функций

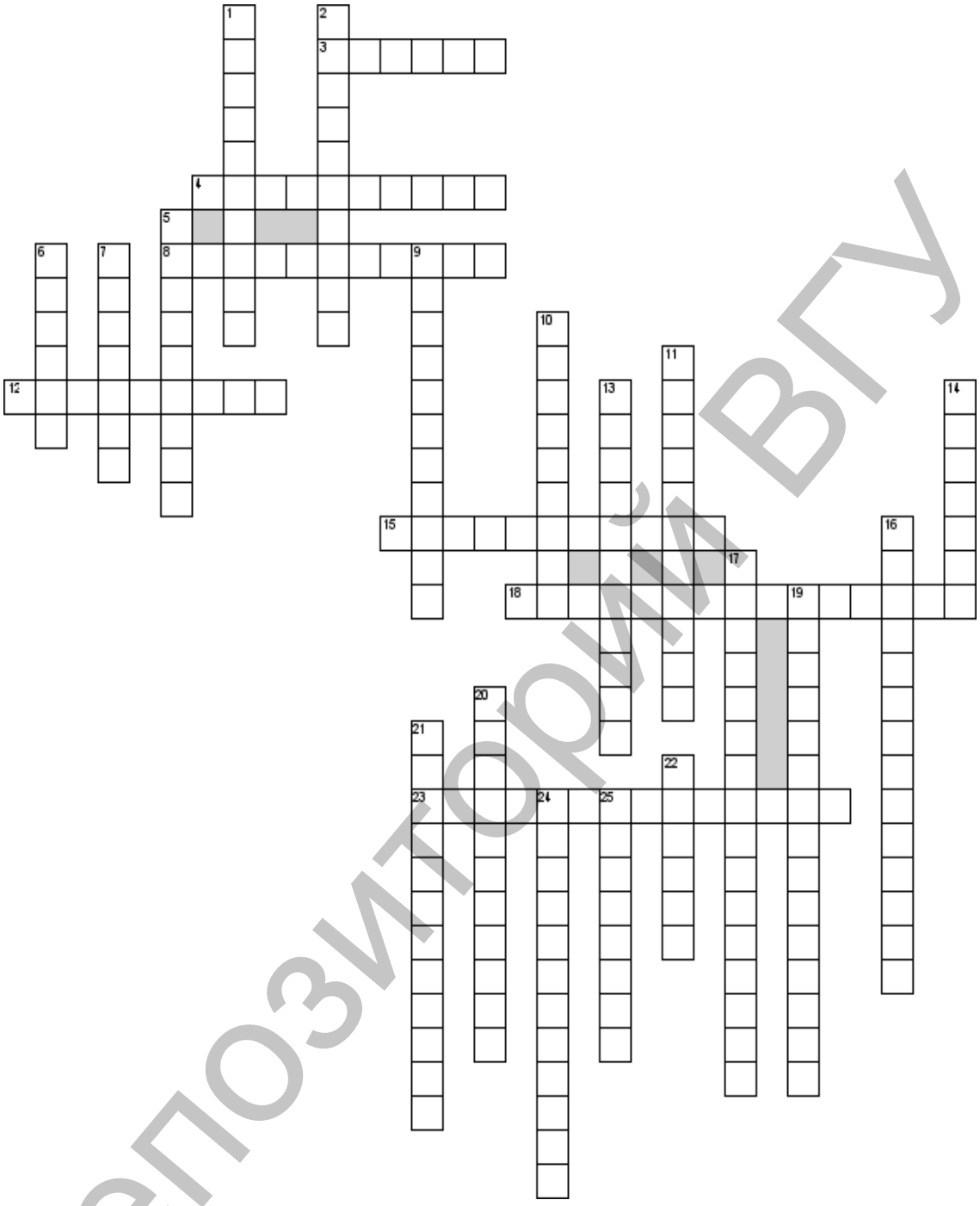
По вертикали

1. Навязчивые поведенческие акты, которые человек вынужден производить, чтобы предотвратить или снизить тревогу

2. Сравнительно продолжительные, устойчивые эмоциональные состояния умеренной или слабой интенсивности, проявляющиеся в качестве общего фона психической жизни, обеспечивают преобладание эмоций определенной модальности

5. Несоответствие аффективных проявлений вызвавшей их причине, ситуации

Репозиторий ВГУ



6. Реакция человека в виде субъективно окрашенного переживания, отражающая значимость для него воздействующего раздражителя или результатов собственного действия

7. Эмоциональное переживание, характеризующееся дискомфортом от неопределенности перспективы

9. Тип течения биполярного аффективного расстройства при «правильном» чередовании фаз без интермиссии (состояние между двумя приступами психоза.)

Репозиторий ВГУ

10. Истерическое расстройство, проявляющееся сужением сознания и демонстративной детскостью поведения у взрослых пациентов
11. Вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды.
13. Группа психотропных препаратов, основным свойством которых является способность стабилизировать настроение
14. Эмоциональная.. . - полная утрата эмоционального резонанса
16. Склонность к бурным проявлениям эмоций, неадекватная по силе реакция
17. Нарушение самосознания, чувство изменения своего я, отчуждение от своих мыслей, аффектов, действий
19. Препараты, обладающие седативным, психорелаксирующим эффектом для устранения тревоги и эмоционального напряжения
20. «Светлые» промежутки психического здоровья при биполярном аффективном расстройстве
21. Болезненная чувствительность, ранимость к психогенным раздражителям обычной жизни
22. Обеднение мимики, характерной для депрессивных состояний
24. Синдром, сопровождающийся гипотимией, брадипсихией (замедление всех видов психической деятельности) и двигательной заторможенностью
25. Расстройство настроения, при котором преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение

Кроссворд на тему «Шизофрения»

По горизонтали
3. Симптом психического расстройства, при котором больные бессмысленно сопротивляются внешним воздействиям, отказываются выполнять любые просьбы или делают все наоборот
6.Болезненное состояние, проявляющееся психическими (подавленное настроение, замедление психических процессов) и физическими (снижение общего тонуса, замедленность движений, нарушения пищеварения) расстройствами
8. Отсутствие или ослабление выразительности лицевой мускулатуры

По вертикали
1. Симптом, выражающийся в безразличии, безучастности, в отрешенном отношении к происходящему вокруг, в отсутствии стремления к какой либо деятельности
2. Психическое заболевание, которое характеризуется разнообразными проявлениями и имеет тенденцию к хроническому течению

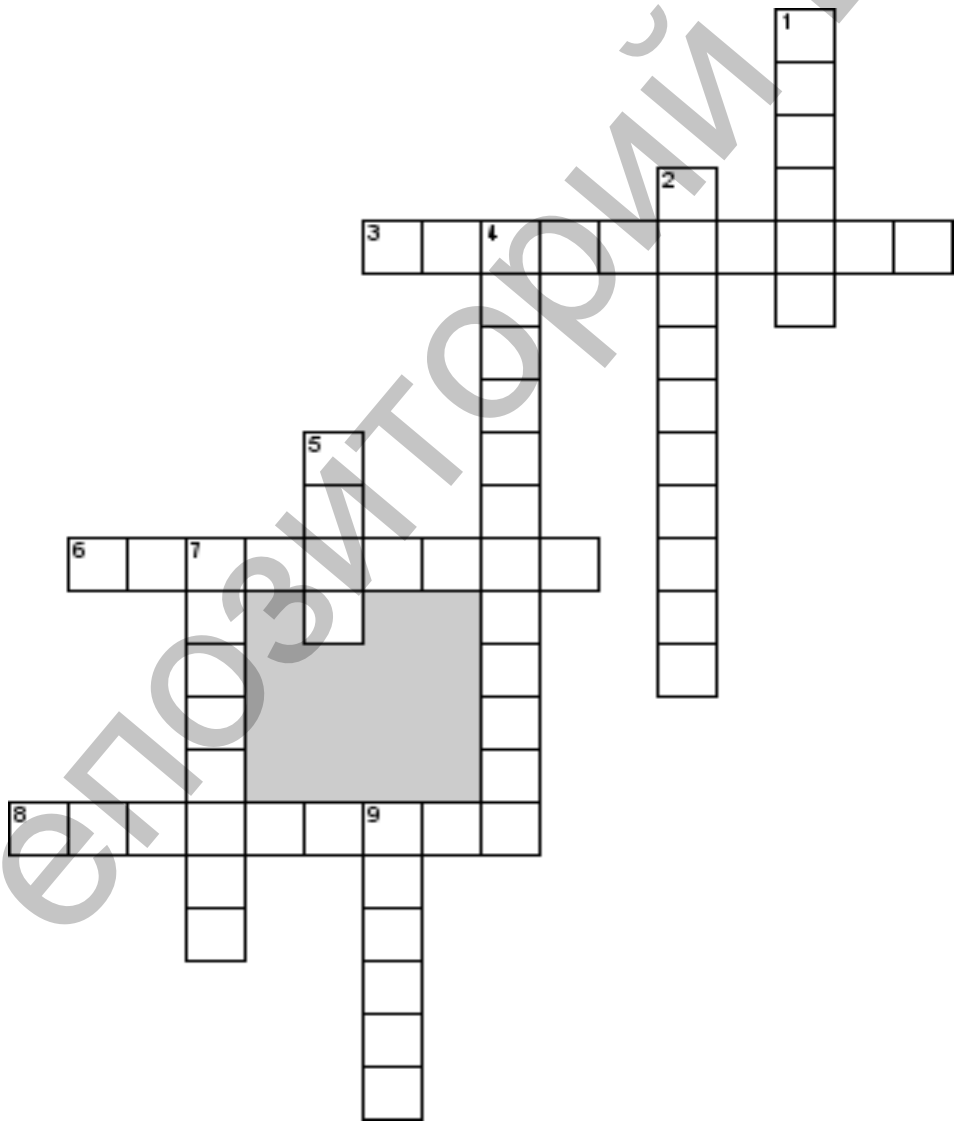
Репозиторий ВГУ

4. Восприятие (зрительное, слуховое, обонятельное и т. п.) несуществующих объектов в качестве реальных вследствие нарушения деятельности мозга

5. Совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне

7. Редкий хронический психоз, при котором логически построенный систематизированный бред развивается постепенно, не сопровождаясь галлюцинациями или расстройством мышления шизофренического типа.

9. Отказ от речевого общения при отсутствии органических поражений речевого аппарата



Кроссворд на тему «Симптомы и синдромы»

Репозиторий ВГУ

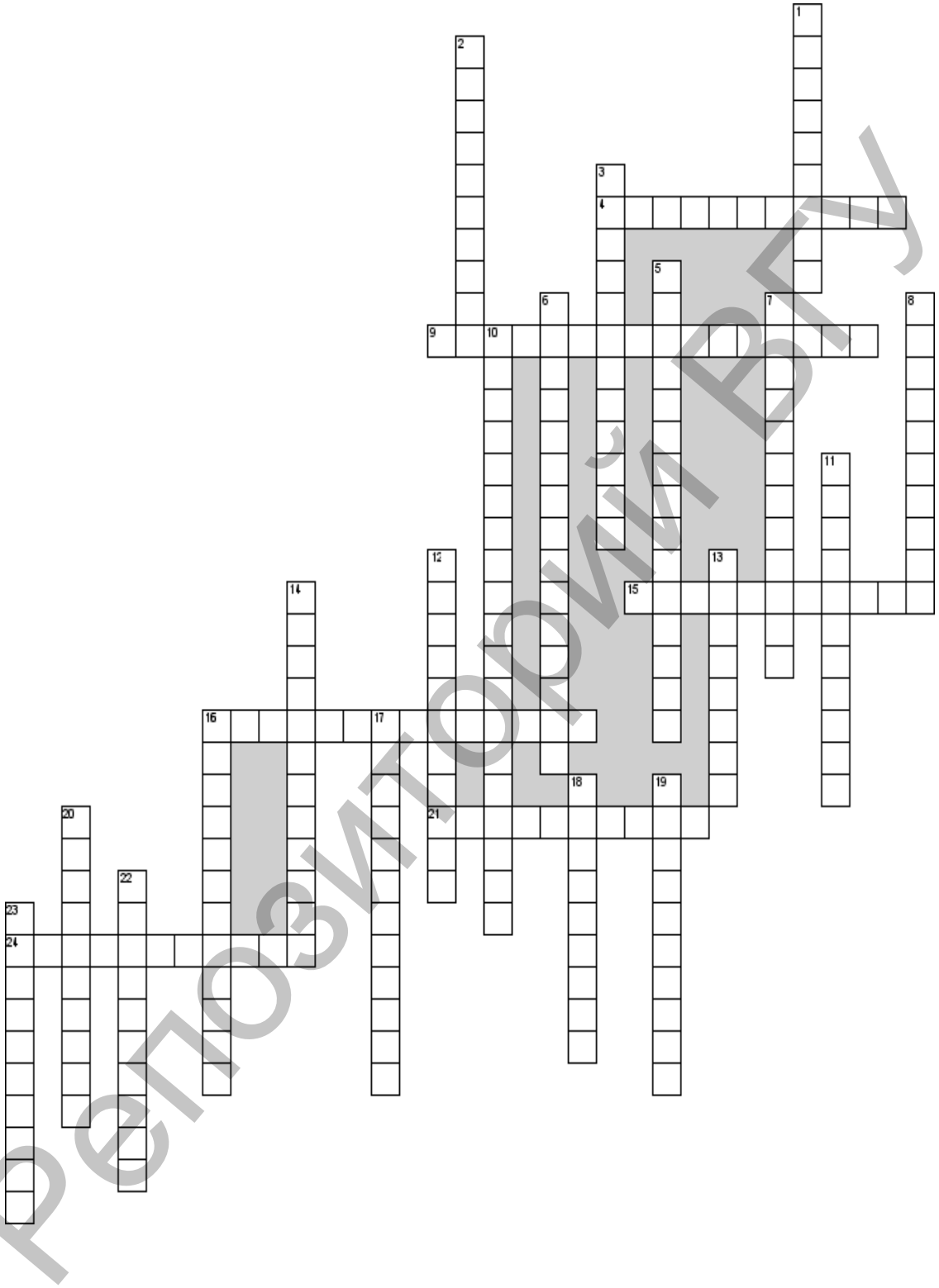
По горизонтали

4. Биологическая составляющая психической индивидуальности
9. Переживание измененности своей психической деятельности
15. Состояния, клиническая картина которых практически полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций
16. Психопатологический синдром (группа синдромов), основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства
21. Патология ощущений
24. Синдром физических и/или психических расстройств, развивающийся у больных наркоманией и алкоголизмом спустя некоторое время после прекращения приема наркотика, алкогольных напитков или уменьшения их дозы

По вертикали

1. Снижение настроения
2. Отражение действительности в ее внешних (формальных) связях
3. Является малоинвазивным методом хирургического вмешательства, когда доступ осуществляется к целевой точке внутри тела или толщи тканей какого-либо органа с использованием пространственной схемы по заранее рассчитанным координатам по трехмерной декартовой системе координат
5. Анксиолитики (средства, способные устранять страх, тревогу, эмоциональное напряжение)
6. Синдром, характеризующийся сочетанием симптомов психического расстройства: возбуждение и нелепое дурашливое поведение
7. Мнимое восприятие
8. Препараты, повышающие резистентность организма
10. Перенос реально имевших место событий во времени
11. Находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера
12. Характеристика высокой работоспособности индивида, устойчивости к различным помехам, способности к длительной непрерывной деятельности, даже при лишении сна в течение нескольких суток
13. Неосознанное стремление к удовлетворению потребностей
14. Ложное воспоминание
16. Стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел
17. Препараты с резко выраженным депримирующим (угнетающим) эффектом
18. Хроническое заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмальными расстройствами и типичными изменениями личности

Репозиторий ВГУ



Репозиторий ВГУ

19. Прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся типичными изменениями личности и ее своеобразным эффектом
20. Разнообразный трудно формализуемые неприятные тактильные ощущения
22. Патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности
23. Наиболее тяжелая форма бредового синдрома, характеризуется сочетанием бреда величия и бреда воздействия

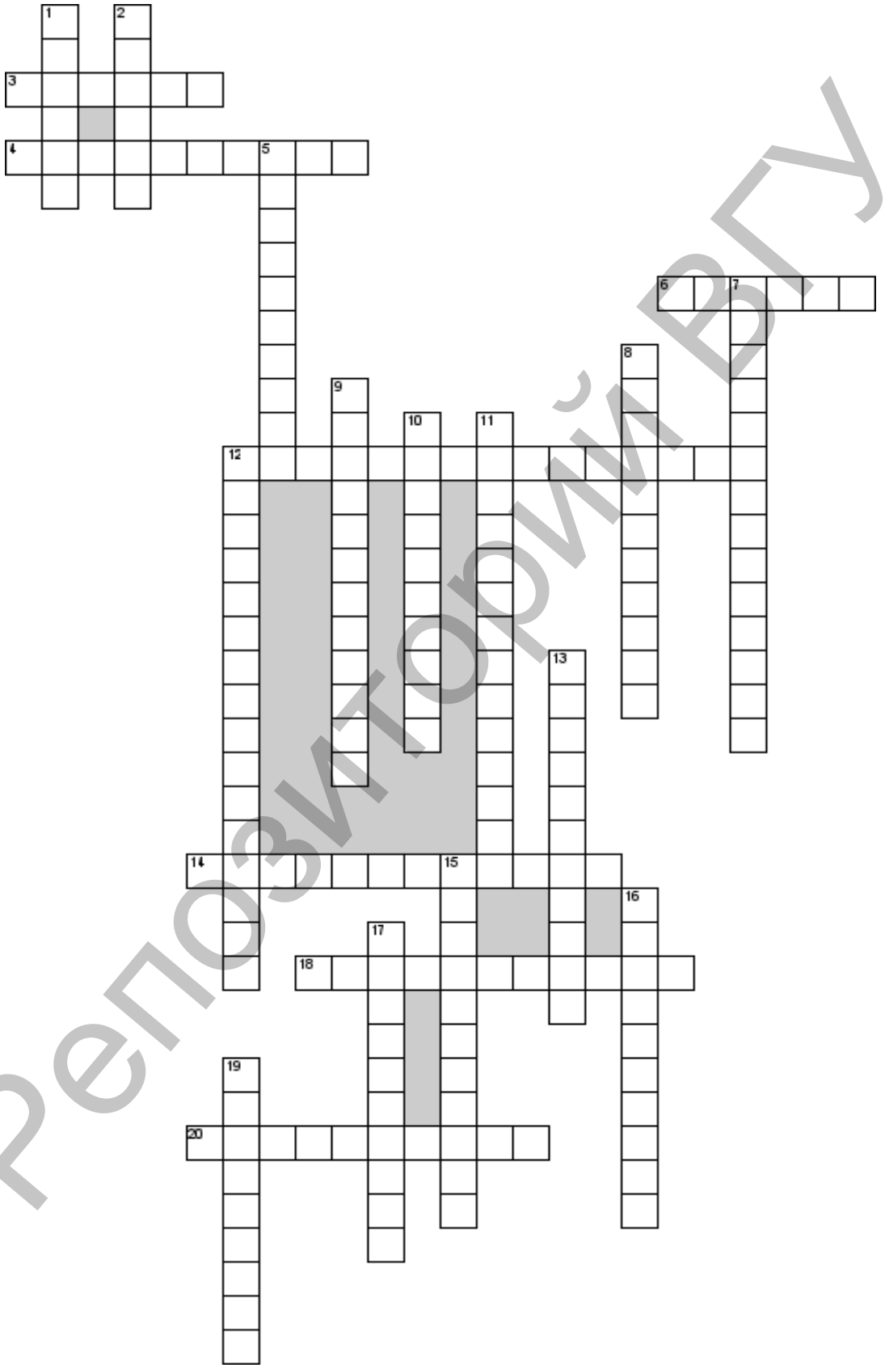
Кроссворд на тему «Психиатрические синдромы»

По горизонтали
3. Фактическая сторона повествования, те события, случаи, действия, состояния в их причинно-хронологической последовательности, которые компонуются и оформляются Автором в сюжете на основе закономерностей, усматриваемых автором в развитии изображаемых явлений
4. Полиморфное психическое расстройство или группа психических расстройств, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций
6. Явно выраженное нарушение психической деятельности, при котором психические реакции грубо противоречат реальной ситуации, что отражается в расстройстве восприятия реального мира и дезорганизации поведения
12. Двойственность переживания, восприятия содержания изображения, выраженного в нем добра и зла, радости и печали, симпатии и антипатии
14. Вид парамнезий, заключающийся в том, что больной сообщает о вымышленных событиях, никогда не имевших места в его жизни
18. Одно из свойств нормальной психической деятельности, способность осознавать свои ошибки, умение оценивать свои мысли, взвешивать доводы за и против выдвигающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке
20. Неспособность фиксировать внимание на каком-либо предмете в силу плохого зрения, слуха или умственной отсталости

По вертикали
1. Болезненное состояние, выражающееся в безразличии, в безучастном отношении к происходящему
2. Состояние обездвиженности и молчания
5. Лишенное разумных оснований сопротивление субъекта оказываемым на него воздействиям
7. Особенность поведения человека, заключающаяся в склонности действовать по первому побуждению, под влиянием внешних обстоятельств или эмоций
8. Один из видов нарушений мышления, характеризующийся пустым, бесплодным многословием

Репозиторий ВГУ

9. Такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие



Репозиторий ВГУ

10. Психотическое расстройство, основным проявлением которого является галлюцинаторный синдром, наличие у больного галлюцинаций
11. Астения, обусловленная мозговыми причинами
12. Психомоторное расстройство, характеризующееся двойственностью в сфере произвольных действий, что приводит к неадекватному поведению
13. Повышенное потоотделение
15. Функциональная подвижность, скорость протекания элементарных циклов возбуждения в нервной и мышечной тканях
16. В физиологии способность органа или отдельных клеток к ритмической, периодической или апериодической деятельности, вне очевидной связи с внешними побудительными причинами
17. Ослабление памяти, является наиболее частым вариантом расстройств памяти при психических заболеваниях, травмах головы или пищевых отравления
19. Психическое расстройство, характеризующееся триадой: снижением настроения и утратой способности переживать радость

Головоломка на тему «Введение в психопатологию»

Найти и отметить слова в таблице, например:

п	р	п	в	о	з	р	а	с	т	п	у	у	п	с	ь
р	а	с	к	т	о	р	э	х	о	с	к	о	п	и	я
п	с	и	х	о	т	е	р	а	п	и	я	р	о	м	г
т	с	х	д	м	с	о	г	ш	о	х	у	т	в	п	в
л	т	о	п	о	т	э	о	н	л	о	р	о	е	т	ы
и	р	з	о	г	а	н	т	а	и	п	ш	п	д	о	е
ч	о	ы	д	р	л	ц	е	р	с	а	и	с	е	м	г
н	й	о	х	а	о	е	р	у	о	т	з	и	н	м	а
о	с	и	о	ф	с	ф	а	ш	м	о	о	х	и	е	л
с	т	к	д	и	т	а	п	е	н	л	ф	и	е	д	л
т	в	р	э	я	ь	л	и	н	о	о	р	а	ф	и	ю
ь	о	а	б	ч	р	о	я	и	г	г	е	т	о	ц	ц
н	о	з	о	л	о	г	и	я	р	и	н	р	б	и	и
а	с	в	л	я	б	р	е	д	а	я	и	и	и	н	н
у	ы	и	е	й	о	а	ц	ц	ф	ф	я	я	я	а	а
к	е	т	з	я	т	ф	п	с	и	н	д	р	о	м	ц
а	р	и	н	с	а	и	б	в	я	м	е	т	о	д	и
е	е	е	ь	п	к	я	з	д	о	р	о	в	ь	е	я

Репозиторий ВГУ

Симптом, синдром, нозология, ортопсихиатрия, психозы, эхоскопия, полисомнография, реоэнцефалография, эрготерапия, психотерапия, поведение, болезнь, здоровье, психопатология, наука, расстройство, метод, подход, шизофрения, личность, бред, отсталость, развитие, нарушения, возраст, галлюцинация, фобия, медицина, томография.

Головоломка на тему «Терминология в психопатологии»

Найти и отметить слова в таблице:

Тахифазия, мутизм, неологизм, афония, заикание, афазия, дизартрия, экстаз, эйфория, мория, абулия, парабулия, гипокинезии, гиперэротизм, парафагия, анорексия, булимия, самоистязание, самоубийство, перверзии, транссексуализм, фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм, садомазохизм, фроттеризм, гипоксифилия, дромомания, дипсомания, гомицидомания.

а	е	н	г	ш	и	г	г	и	п	е	р	э	р	о	т	и	з	м	а
п	в	п	а	р	а	б	у	л	и	я	э	к	с	т	а	з	а	д	п
р	а	п	р	о	г	с	с	а	м	о	и	с	т	я	з	а	н	и	е
о	э	т	с	ь	а	ы	в	к	у	д	ш	г	э	х	и	н	о	з	р
л	т	р	а	н	с	е	к	с	у	а	л	и	з	м	а	е	р	а	в
д	у	и	д	а	к	е	п	р	н	л	ь	б	я	ф	ы	о	е	р	е
ж	ф	р	о	т	т	е	р	и	з	м	ч	и	ы	е	т	л	к	т	р
у	с	п	м	а	с	п	р	о	ц	е	т	ц	ы	я	н	о	с	р	з
в	а	е	а	х	а	в	у	а	й	е	р	и	з	м	а	г	и	и	и
с	м	т	з	и	г	о	м	и	ц	и	д	о	м	а	н	и	я	я	и
м	о	л	о	ф	и	н	ц	а	м	ф	р	н	а	ф	а	з	и	я	ц
п	у	ы	х	а	п	г	т	е	х	э	о	и	у	ф	в	м	з	х	я
р	б	р	и	з	о	о	ц	о	т	р	м	з	а	и	к	а	н	и	е
о	и	д	з	и	к	у	д	и	п	с	о	м	а	н	и	я	в	а	ю
г	й	ю	м	я	с	в	у	а	з	х	м	у	ф	а	б	у	л	и	я
ш	с	б	у	л	и	м	и	я	ц	я	а	т	о	в	п	и	т	м	о
л	т	е	э	й	ф	о	р	и	я	ш	н	и	н	й	т	о	з	а	к
д	в	ф	е	т	и	ш	и	з	м	ь	и	з	и	а	т	р	н	о	л
щ	о	я	у	п	л	т	к	р	н	л	я	м	я	л	б	ю	ц	ф	с
г	и	п	о	к	и	н	е	з	и	я	п	а	р	а	ф	а	г	и	я
ф	а	п	н	г	я	о	л	д	з	х	т	в	а	у	к	ф	ы	ц	т

Репозиторий ВГУ

Учебное издание

ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА И ФАКУЛЬТЕТА СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

Учебно-методический комплекс по учебной дисциплине

Составители:
ЕФРЕМЕНКО Инна Ивановна
НАУМОВА Галина Ивановна

Технический редактор *Г.В. Разбоева*
Компьютерный дизайн *И.В. Волкова*

Подписано в печать 11.05.2018. Формат 60x84 $^{1}/_{16}$. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 14,12. Уч.-изд. л. 12,41. Тираж 50 экз. Заказ 72.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№ 1/255 от 31.03.2014 г.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».
210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.

Репозиторий ВГУ