

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. П.М. МАШЕРОВА»**

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

кафедра анатомии и физиологии

Е.П. Боброва

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

«Основы психопатологии»

для специальности 1-03 03 08-02 – «Олигофренопедагогика. Логопедия»

Витебск 2011

Составитель: **Е.П. Боброва**, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии человека
УО «ВГУ им. П.М. Машерова»

Рецензенты: **Г.А. Захарова**, к.б.н., доцент кафедры анатомии и физиологии человека
УО «ВГУ им. П.М. Машерова»

Предлагаемый курс раскрывает основные этапы развития и совершенствования психопатологии как науки, отражает физические и психологические основы психопатологии, формирует у студентов представление об этиологии и патогенезе психических расстройств, знакомит с основными клиническими формами и течением психических болезней, помогает в поиске адекватных методов компенсации, реабилитации и профилактики, определяет роль воспитателя-логопеда в системе медико-педагогической реабилитации детей с нарушениями психики.

В данном учебно-методическом комплексе приводятся необходимые параметры обучающего контроля усвоения студентами курса «Основы психопатологии»: программа курса, краткий курс лекций, примерные вопросы к зачету, вопросы для самостоятельной работы, литература.

Адресуется студентам педагогического факультета для специальности «Олигофренопедагогика. Логопедия».

**Карта электронного учебно-методического комплекса
«Профилактика венерических заболеваний»**

Содержание учебно-методического комплекса	Стр.
1. Организационно-методический раздел:.....	4-5
1.1. Цели и задачи дисциплины.....	4
1.2. Требования к уровню освоения содержания курса.....	4
1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов, усвоение которых необходимо для изучения курса «Основы психопатологии».....	5
2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины.....	5-13
2.1. Базовая учебная программа курса.....	5-10
2.2. Учебная программа курса.....	10-13
2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО.....	10-13
2.2.2. Объем дисциплины и виды учебной работы ЗО.....	13
3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Основы психопатологии».....	14-68
4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Основы психопатологии».....	69-84
4.1. Практические занятия.....	69-75
4.2. Лабораторные занятия.....	75-80
4.3. Вопросы к зачету.....	81
4.4. Темы самостоятельной работы.....	82-84
5. Тесты по дисциплине «Основы психопатологии» для студентов ДО.....	84-117
6. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....	118
7. Учебно-методическое обеспечение дисциплины.....	118

1. Организационно-методический раздел

1.1. Цели и задачи дисциплины:

Цель курса: ознакомление будущих воспитателей-логопедов с основными психопатологическими симптомами и синдромами, признаками психических и поведенческих расстройств, правилами оказания неотложной психиатрической помощи, необходимыми в практической деятельности.

Задачи курса:

- научение студентов распознаванию симптомов и синдромов психических нарушений;
- формирование представлений об этиологии, патогенезе, клиническом течении и дифференциации психических расстройств;
- обеспечение усвоения знаний различных возрастных уровней нервно-психического реагирования;
- обучение методам психогигиены и психопрофилактики;
- изучение современных методов психиатрического обследования;
- усвоение способов оказания неотложной психиатрической помощи;
- ознакомление с современными методами лечения психических нарушений;
- формирование навыков применения полученных знаний в практической работе.

1.2. Требования к уровню освоения содержания курса

При изучении курса «Основы психопатологии» студенты педагогического факультета *должны знать:*

- симптомы и синдромы нарушения ощущений и восприятий;
- клинические проявления расстройств памяти, мышления, внимания, инстинктов и влечений, двигательных-волевых нарушений, эмоций, речи, интеллекта и сознания;
- методы обследования, применяемые в психопатологии на современном этапе;
- этиологию, клинические формы и современные методы лечения шизофрении;
- формы аффективных расстройств настроения и меры предупреждения суицидальных поступков во время депрессии;
- клинику эпилепсии и её особенности у детей и подростков;
- особенности различных клинических форм олигофрении, особенности различных степеней олигофрении и степени её тяжести;
- признаки острых и подострых реактивных состояний, их особенности у детей;
- основные формы психопатий и акцентуации личности;
- клинические проявления и исходы неврозов, особенности неврозов у детей и подростков;
- особенности деменции, предстарческих и старческих психозов;
- психические нарушения при соматических и инфекционных заболеваниях, черепно-мозговых травмах;
- особенности психических расстройств при алкоголизме, наркомании, токсикомании;
- методы психогигиены и психопрофилактики;
- принципы оказания психиатрической помощи;
- медикаментозные методы лечения психически больных;
- виды психотерапевтической помощи.
- способы и этапы реабилитации в психиатрии.

Будущие воспитатели-логопеды должны *уметь:*

- отличить психическую норму от патологии;
- своевременно распознать начало психических заболеваний;
- адекватно оценить степень социальной опасности больных;
- оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях: эпилептический статус, психомоторное возбуждение, острое психотическое состояние;
- консультировать близких и родных семье психически больного о тактике поведения и общения с ним.

1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов (тем), усвоение которых студентами необходимо для изучения дисциплины

№ п/п	Наименование дисциплины	Раздел, тема
1	Анатомия человека	Анатомия нервной системы
2	Физиология человека	Физиология нервной системы
3	Гистология человека	Гистология нервной системы
4	Биохимия	Обмен веществ. Гормоны. Ферменты.
5	Генетика	Механизмы наследования
6	Философия	Основные понятия. Диалектика.

2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины

2.1. Базовая программа курса

Раздел 1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОПАТОЛОГИЮ

Тема №1. Предмет, задачи и методы психопатологии. Важнейшие этапы развития психиатрии.

Определение психопатологии как науки, ее цели и задачи. Объект исследования, предмет и методология психопатологии. Важнейшие этапы развития мировой и отечественной психиатрии. Развитие психиатрии в Беларуси. Основные теоретические направления в психиатрии: клинко-нозологическое, психоаналитическое и психодинамическое, биологическое, антипсихиатрическое. Связи психопатологии с другими медико-биологическими науками: дефектологией, психологией, физиологией, неврологией, генетикой и др.

Тема №2. Психическое здоровье. Психическая болезнь. Психиатрическая помощь.

Понятия психического здоровья, психической болезни, патологического состояния и дефекта. Распространенность и основные причины психических расстройств: биологические (генетические, врожденные, травматические, токсические, инфекционные) и социальные (психотравматические, депривация и др.). Психотический и невротический уровни поражения психики. Значение возрастного фактора и типа ВНД в этиопатогенезе психических расстройств. Компенсаторные возможности детского организма.

Основные принципы организации психиатрической помощи. Виды психиатрической помощи: неотложная, стационарная, внебольничная, телефон доверия. Реабилитация психически больных: принципы и основные этапы. Учреждения реабилитации. Организация психиатрической помощи детям и подросткам. Взаимодействие учреждений здравоохранения, образования и социальной службы в осуществлении помощи психически больным.

Тема №3. Психогигиена и психопрофилактика.

Психогигиена и психопрофилактика. Понятие первичной, вторичной и третичной психопрофилактики. Вопросы психопрофилактики в детском и подростковом возрасте. Повышение риска психических расстройств в позднем возрасте. Роль медико-генетических, семейных, психологических консультаций и кабинетов социальной помощи в системе профилактики психических заболеваний, расстройств и декомпенсаций психического здоровья.

Раздел 2. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Тема №4. Нарушения ощущений и восприятия

Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сенестопатии. Расстройства восприятия. Иллюзии: физиологические, физические, психические. Иллюзорные расстройства. Галлюцинации: простые и сложные; зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и тактильные. Рефлекторные галлюцинации. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Галлюцинозатормозный синдром.

Психосенсорные расстройства: деперсонализация, симптом двойника, дереализация. Особенности психосенсорных расстройств у детей.

Особенности нарушения ощущений и восприятия у взрослых и детей при нейроинфекциях, соматических заболеваниях и психических расстройствах.

Тема №5. Расстройства памяти

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. Компенсация дефектов памяти: Характеристика расстройства памяти при различных заболеваниях. Особенности данной патологии у детей.

Тема №6. Расстройства мышления

Нарушения ассоциативных процессов. Нарушения течения мыслительного процесса: ускоренное, замедленное, обстоятельное, разорванное мышление. Резонерство. Символическое мышление. Ментизмы. Аутизм. Персеверация. Формальное и паралогическое мышление.

Бредовые идеи: систематизированные и отрывочные. Разновидности отрывочных бредовых идей: бред отношения, бред преследования, бред физического воздействия, бред гипнотического воздействия, ипохондрический бред, нигилистический бред, бред самообвинения, бред материального ущерба, бред величия, бред ревности. Особенности бреда при различных заболеваниях. Эквиваленты бреда у детей.

Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо). Его варианты: идеаторный, сенестопатический и моторный.

Сверхценные и доминирующие идеи. Навязчивые состояния: мании, фобии. Отличительные признаки и динамика развития.

Критерии социальной опасности больных бредовыми идеями и синдромом психического автоматизма.

Методики исследования уровня и течения мыслительных процессов.

Тема №7. 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.

Тема №8. Расстройства инстинктов и влечений

Двигательно-волевые нарушения. Нарушения волевых функций: гипербулия, гипобулия, абулия, парабулии.

Синдромы двигательного-волевого нарушения. Кататонический синдром и его варианты: кататоническое возбуждение, кататонический ступор. Апатико-абулический синдром. Навязчивые

движения и влечения. Особенности двигательно-волевых нарушений при различных заболеваниях.

Психомоторное возбуждение: маниакальное, кататоническое, эпилептиформное.

Нарушения инстинктов: самосохранения, пищевого, полового.

Патологические влечения: пиромания, дромомания, клептомания, арифмомания, ономотомания.

Особенности расстройств инстинктов и влечений у детей.

Тема №9. Расстройства эмоций

Нарушения эмоционального состояния: эйфория, депрессия, дисфория, эмоциональная тупость, эмоциональная лабильность, физиологический и патологический аффекты, апатия, слабодушие, тревоги и страхи, неадекватность, амбивалентность. Навязчивые страхи (фобии). Характерные особенности эмоциональных расстройств у детей при различных заболеваниях.

Тема №10. Расстройства речи

Афазия, дизартрия, смазанная речь, заикание, алалия, мутизм, разорванность, эхолалия. Дизграфия и дизлексия у детей.

Тема №11. Расстройства интеллекта

Умственная отсталость: врождённая (олигофрения) и приобретённая (деменция). Степени умственной отсталости: умеренная (дебильность), выраженная (имбецильность) и глубокая (идиотия). Виды деменции, её особенности при разных заболеваниях.

Психометрические методы исследования интеллекта.

Тема №12. Расстройства сознания

Диагностические критерии нарушенного сознания.

Синдром оглушенного сознания: обнубиляция, сомнолентность, сопор, кома.

Синдром помрачённого сознания: делирий, онейроид, аменция.

Сумеречное расстройство сознания: транс, фуга, сомнабулизм. Особое расстройство сознания.

Сумеречные нарушения сознания с другими психическими расстройствами (галлюцинациями, бредом, автоматизмами). Особенности расстройства сознания у детей.

Раздел 3. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

При изучении отдельных психических заболеваний детально освещаются основные аспекты темы: определение, распространённость, этиология и патогенез, клинические формы, дифференциально-диагностические критерии, особенности у детей и подростков, реабилитация, профилактика и предупреждение социально-опасных действий.

Тема №13. Шизофрения

Определение понятия. Распространённость патологии, этиология и патогенез. Основные проявления шизофренического процесса: расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение личности, прогрессивность течения. Различные варианты начала заболевания: острое, подострое и постепенное. Основные клинические формы: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая, циркулярная. Типы течения: непрерывнотекущая, приступообразно-прогрессивная, периодическая. Диагностические критерии. Особенности шизофрении у детей и подростков. Прогнозирование исходов.

Современные методы лечения шизофрении: биологические методы, электросудорожная терапия, психофармакотерапия, психотерапия, трудотерапия, социальная реабилитация, культуротерапия. Мероприятия профилактики и предупреждение социально-опасных действий больных.

Тема №14. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения)

Монополярные и биполярные формы аффективных расстройств. Циклотимия.

Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Депрессивная и маниакальная фазы заболевания. Другие аффективные нарушения. Типы течения: альтернирующее, двухфазное, периодическое. Этиология, патогенез клиника болезни. Особенности циклофрении у детей и подростков.

Лечение маниакально-депрессивного психоза. Значение своевременного распознавания и предупреждения суицидальных поступков во время депрессии. Профилактическое лечение.

Тема №15. Эпилепсия

Понятие «эпилепсия» и ее формы: идиопатическая, симптоматическая. 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. Особенности эпилепсии у детей и подростков. Изменение личности и интеллектуальные нарушения у больных эпилепсией.

Диагностика эпилепсии. Первая помощь при судорожном приступе. Современные методы лечения больных эпилепсией.

Тема №16. Симптоматические психозы и психические нарушения при соматических и инфекционных заболеваниях

Экзогенный тип психической реакции. Основные клинические проявления, течение и исходы экзогенных психозов. Острые симптоматические психозы. Протрагированные (затяжные) соматогенные психозы. Психоорганический синдром.

Инфекционные интоксикационные психозы. Характеристика психических нарушений при гриппе, кори, малярии, сыпном тифе и туберкулезе легких. Особенности инфекционных интоксикационных психозов у детей.

Психические расстройства при сифилитическом поражении головного мозга. Ранние и поздние формы сифилитического поражения: сифилис (нейролюис), прогрессивный паралич. Врожденный сифилис мозга. Психопатологические, неврологические и соматические симптомы. Лечение, профилактика.

Психические нарушения при внутримозговых инфекциях. Проявления психических нарушений при энцефалитах, менингоэнцефалитах, нейроревматизме, токсоплазмозе и СПИДе.

Психические нарушения при радиационном воздействии (острая и хроническая лучевая болезнь). Психические последствия аварии на ЧАЭС.

Интоксикационные психозы. Характерные психические нарушения при отравлениях окисью углерода, барбитуратами, атропином, кортикостероидными гормонами, тетраэтилсвинцом и др.

Психические нарушения при соматических заболеваниях: инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, заболевания желудочно-кишечного тракта, патология печени и почек, ревматизм, злокачественные новообразования, церебральный атеросклероз и др.

Психические расстройства у больных с патологией эндокринной системы: тиреотоксикоз, микседема, акромегалия, болезнь Аддисона.

Психозы в послеродовом периоде.

Тема №17. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах

Психические расстройства в остром периоде травматического повреждения головного мозга: нарушения сознания (оглушение, сопор, кома), травматический делирий, сумеречное расстройство сознания, пугливость, онейроидное расстройство сознания, амнезии, астенические расстройства, локальная неврологическая симптоматика, вегетативные и вестибулярные расстройства. Транзиторные психозы с эпилептиформным возбуждением, делирием, острым галлюцинозом. Корсаковский амнестический синдром.

Психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы: посттравматическая церебрастения, травматическая болезнь мозга, травматическая энцефалопатия, посттравматическая эпилепсия, аффективные психозы, травматическое слабоумие. Возрастные особенности церебрастенической, невротоподобной, психопатоподобной симптоматики. Последствия родовой травмы у детей. Профилактика психических нарушений при черепно-мозговых травмах. Лечение психических расстройств при травматическом повреждении головного мозга. Реадаптация больных.

Тема №18. Олигофрения (умственная отсталость)

Степени умственной отсталости: легкая (дебильность); умеренная (имбецильность) и тяжелая (идиотия). Клинические проявления олигофрении.

Классификация олигофрении по этиологическому признаку.

Олигофрени, вызванные наследственными факторами. Генная олигофрения: истинная микроцефалия, энзимопатические формы с нарушением белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, синдром Марфана и др.). Олигофрени, обусловленные хромосомными аберрациями (болезнь Дауна, синдром Кляйнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера и др.) и мутагенным повреждением генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические агенты и др.). Умственная отсталость на фоне гипотиреоза (кретинизм).

Олигофрени, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода (эмбрио- и фетопатии) при резус-конflikте, алкоголизме родителей, краснухе, врожденном сифилисе, вирусных инфекциях матери, токсоплазмозе и других инфекционных заболеваниях.

Олигофрени, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3-х лет жизни (асфиксия новорожденного, родовая травма, тяжёлые инфекциями и черепно-мозговые травмы в раннем детстве).

Лечение и профилактика олигофрени, реабилитация и социальная адаптация. Психологические методы исследования.

Тема №19. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании)

Хронический алкоголизм. Стадии: неврастеническая, наркоманическая и энцефалопатическая. Отличие от бытового пьянства. Формы алкоголизма. Алкогольные (металкогольные) психозы: белая горячка, атипичные варианты (мусситирующий и профессиональный делири), алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, Корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич, энцефалопатия Гайе-Вернике. Особенности у женщин и подростков. Методы экстренного отрезвления и купирования абстинентного синдрома.

Наркомании. Клинические особенности морфинной, опиной, эфедроновой и кокаиновой наркомании.

Токсикомании, связанные с привыканием к средствам бытовой химии и некоторым лекарственным препаратам.

Методы антиалкогольной и антинаркоманической пропаганды.

Тема №20. Реактивные состояния

Психогенные заболевания: реактивные психозы и неврозы. Этиология и патогенез.

Психозы. Аффективно-шоковые (острые) реакции: гипокINETическая и гиперкинетическая формы. Патологический аффект. Подострые реактивные состояния: реактивная депрессия, реактивный параноид, галлюциноз. Реактивно-истерические психозы: псевдодеменция, псуризм. Затяжные реактивные психозы с переходом в постреактивное патологическое развитие личности: синдром регресса психики, истерический ступор.

Особенности реактивных состояний у детей.

Неврозы: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. Клинические проявления и исходы. Особенности неврозов у детей и подростков, Патохарактерологические реакции у детей и подростков. Психологические методы исследования.

Комплексное лечение психогенных заболеваний, Психотерапия: индивидуальная, групповая, рациональная. Аутогенная тренировка. Медикаментозная терапия: психотропные средства. Физиотерапевтическое лечение. Вопросы реабилитации.

Тема №21. Психопатии. Расстройства личности и поведения

Основные клинические формы психопатий: астеническая, психастеническая, гипотимная, гипертимная, паранойяльная, шизоидная, истерическая, психастеническая, аффективно-возбудимая (импульсивная), сексуальная. Динамика психопатий. Представление о лечении.

Понятие об акцентуации личности (характера). Варианты акцентуированных черт личности: демонстративные, педантичные, застревающие, возбудимые, гипертимические, дистимические, аффективно-лабильные, экстравертированные, интровертированные.

Методики исследования личностных особенностей.

2.2. Учебная программа курса

2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	74	II-III
Количество аудиторных часов	38	
Лекции	16	
Практические	12	
Лабораторные	10	
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты		
Вид итогового контроля		Зачет II-III семестр

Содержание учебного материала ДО

Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Введение в психопатологию	Предмет и задачи психопатологии. Важнейшие этапы в развитии мировой и отечественной психопатологии. Развитие психопатологии в Беларуси. Организация психиатрической помощи населению. Методы изучения психических заболеваний (клинический, нейрофизиологический, психологический, генетический). Методика проведения клинко-психопатологического обследования и его построения.	2
2	Расстройства ощущений и восприятий	Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сенестопатии. Их встречаемость при соматических заболеваниях и психических расстройствах. Расстройства восприятия: иллюзии, истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Психосенсорные расстройства. Особенности нарушений ощущений и восприятий при различных заболеваниях.	2
3	Расстройства мышления	Мышление – как высшая форма отражения окружающей действительности. Виды нарушений мышления: нарушения типа мышления, нарушения логического строя мышления, разорванность, резонёрство, амбивалентность, обстоятельность, бредовые идеи, сверхценные идеи. Патологические механизмы расстройств мышления. Взаимосвязь нарушений мышления и речи. Нарушения речи: мутизм, неологизм, эхолалия, персеверация. Виды нарушений мышления и речи при различных психических заболеваниях.	4
4	Расстройства памяти и внимания	Общая характеристика памяти (виды памяти, процессы памяти). Виды нарушений памяти:	2

		гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия. Особенности нарушений памяти при психических заболеваниях. Патофизиологические механизмы расстройств памяти. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания). Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.	
5	Расстройства эмоциональной сферы	Общая характеристика эмоций. Виды нарушений эмоций: апатия, эйфория, депрессия, дисфория, неадекватность, лабильность, недержание эмоций, эмоциональная тупость, патологический эффект. Характер эмоциональных расстройств при различных психических заболеваниях.	2
6	Нарушения двигательной-волевой деятельности и влечений	Воля – как высшая психическая функция и ее значение в деятельности человека. Виды нарушений волевой сферы: гипербулия, парабулии (ступор, негативизм, каталепсия, автоматическая подчиняемость, эхопраксия). Особенности нарушений двигательной-волевой сферы при различных психических заболеваниях. Патофизиологические механизмы двигательных-волевых расстройств. Влечения и их виды. Нарушения инстинктов: самосохранения, пищевого, полового. Патологические влечения: пиромания, дромомания, клептомания. Особенности нарушений влечений при различных психических заболеваниях.	2
7	Расстройства интеллекта и сознания	Врожденная умственная отсталость (олигофрения) и приобретенная (деменция). Определение степени умственной отсталости: дебильность (умеренная), имбецильность (выраженная), идиотия (глубокая). Виды деменции и её особенности при разных заболеваниях. Критерии определения нарушенного сознания. Синдром оглушенного сознания: обнубиляция, сомноленция, сопор, кома. Синдром помраченного сознания: делирий, онейроид, аменция. Сумеречное нарушение сознания: транс, фуга, сомнабулизм, сумеречные нарушения сознания с другими психическими расстройствами (галлюцинациями, бредом, автоматизмами). Особенности у детей.	2

Практические и семинарские занятия, их содержание и объем в часах

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Расстройства ощущений и восприятий	Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сенестопатии. Их встречаемость при соматических заболеваниях и психических расстройствах.	2

		Расстройства восприятия: иллюзии, истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Психосенсорные расстройства. Особенности нарушений ощущений и восприятий при различных заболеваниях.	
2	Расстройства мышления	Мышление – как высшая форма отражения окружающей действительности. Виды нарушений мышления: нарушения типа мышления, нарушения логического строя мышления, разорванность, резонёрство, амбивалентность, обстоятельность, бредовые идеи, сверхценные идеи. Патологические механизмы расстройств мышления. Взаимосвязь нарушений мышления и речи. Нарушения речи: мутизм, неологизм, эхолоалия, персеверация. Виды нарушений мышления и речи при различных психических заболеваниях.	2
3	Расстройства памяти и внимания	Общая характеристика памяти (виды памяти, процессы памяти). Виды нарушений памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия. Особенности нарушений памяти при психических заболеваниях. Патологические механизмы расстройств памяти. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания). Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.	2
4	Расстройства эмоциональной сферы	Общая характеристика эмоций. Виды нарушений эмоций: апатия, эйфория, депрессия, дисфория, неадекватность, лабильность, недержание эмоций, эмоциональная тупость, патологический эффект. Характер эмоциональных расстройств при различных психических заболеваниях.	2
5	Нарушения двигательной волевой деятельности и влечений	Воля – как высшая психическая функция и ее значение в деятельности человека. Виды нарушений волевой сферы: гипербулия, парабулии (ступор, негативизм, каталепсия, автоматическая подчиняемость, эхопраксия). Особенности нарушений двигательной волевой сферы при различных психических заболеваниях. Патологические механизмы двигательных расстройств. Влечения и их виды. Нарушения инстинктов: самосохранения, пищевого, полового. Патологические влечения: пиромания, дромомания, клептомания. Особенности нарушений влечений при различных психических заболеваниях.	2

6	Маниакально-депрессивный психоз (аффективные расстройства настроения)	Монополярные и биполярные формы. Циклотимия. Раннее распознавание, предупреждение суицидальных поступков во время депрессии, профилактическое лечение. Маниакальный эпизод, биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, другие аффективные нарушения. Лечение маниакально-депрессивного психоза.	2
---	---	--	---

Лабораторные занятия, их наименование и объем в часах

№ п/п	Наименование	Объем в часах
1	Психофизиологические методы исследования	2
2	Методики исследования памяти и внимания	2
3	Методики исследования эмоциональной сферы.	2
4	Методики исследования уровня и течения мыслительных процессов	2
5	Изучение подвижности нервных процессов	2

2.2.2 Объем дисциплины и виды учебной работы, 30

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине		
Количество аудиторных часов		
Лекции		
Практические		
Лабораторные		
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты		
Вид итогового контроля		

Содержание учебного материала 30

Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах

Практические и семинарские занятия, их содержание и объем в часах

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах

Курс «Основы психопатологии» рассматривает этиологию, патогенез, диагностику, принципы лечения и профилактику психических заболеваний. Основные задачи психопатологии заключаются в определении объективных закономерностей нарушений психической деятельности, разнообразных проявлений душевной патологии, терапевтических мероприятий, прогноза и профилактики психических болезней. Психопатология разрабатывает вопросы становления и развития отдельных психопатологических феноменов психических заболеваний в целом в связи с течением биологических процессов в организме и в частности механизмов высшей нервной

деятельности. Особое внимание уделяется анализу возникновения и течения психических расстройств в связи с объективными условиями жизни и деятельности человека, разработке системы реабилитационных мероприятий.

3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Основы психопатологии»

ЛЕКЦИЯ № 1

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОПАТОЛОГИЮ

Психиатрия как наука

Психиатрия (от гр. *psyche* — душа, *iatreia* — лечение) представляет собой самостоятельную науку, изучающую вопросы клиники, этиологии, патогенеза, лечения и профилактики психических заболеваний. Как и другие клинические дисциплины, она подразделяется на общую психопатологию и частную. В задачу первой входит описание отдельных признаков (симптомов), механизмов их возникновения и развития психических нарушений. Частная психиатрия рассматривает клиническую характеристику, особенности течения, дифференциальную диагностику, механизмы возникновения, лечение и профилактику отдельных нозологических форм психических расстройств.

Общая психопатология изучает общие закономерности формирования симптомов, синдромов психических расстройств, их динамику и лежащие в их основе патогенетические механизмы. Она включает психопатологию и отчасти патопсихологию, особенно когда речь идет об оценке когнитивных нарушений. *Частная психопатология* описывает этиологию, патогенез, клинику отдельных заболеваний, их варианты и лечение больных с соответствующими психическими расстройствами.

Основные задачи психиатрии заключаются в определении объективных закономерностей нарушений психической деятельности, разнообразных проявлений душевной патологии, терапевтических мероприятий, прогноза и профилактики психических болезней. Психиатрия разрабатывает вопросы становления и развития отдельных психопатологических феноменов психических заболеваний в целом в связи с течением биологических процессов в организме и в частности механизмов высшей нервной деятельности. Особое внимание в психиатрии уделяется анализу возникновения и течения психических расстройств в связи с объективными условиями жизни и деятельности человека, разработке системы реабилитационных мероприятий. Психиатрия также призвана исполнять целый ряд социальных функций, среди которых одна из наиболее важных — проведение экспертиз (трудовой, военной и судебной). Трудовая экспертиза устанавливает степень потери трудоспособности у психически больных; военная экспертиза определяет возможность пребывания призываемого в Вооруженных силах и выполнения им военных обязанностей; судебно-психиатрическая экспертиза оценивает способность испытуемых, психически больных осуществлять гражданские права и пользоваться ими в полной мере, а в случаях совершения правонарушений нести предусмотренную законом ответственность.

В процессе исторического развития психиатрии из нее выделилось несколько более узких разделов.

В последние десятилетия широкое развитие получила *психофармакология* (изучает лекарственные вещества, влияющие на психические функции и поведение человека), *детская психиатрия* (выявляет особенности психических нарушений у детей), *психогигиена* и *психопрофилактика* (разрабатывают мероприятия по сохранению и укреплению нормальной психики человека, по предупреждению психических болезней). Сравнительно недавно выделилась *наркология*. В ее задачи входит выявление и учет больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, проведение санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике и лечению этих заболеваний, а также выяснение биологических и медико-социальных причин их возникновения. Поскольку большое влияние на развитие, клинику и прогноз психических

расстройств оказывает возрастной фактор, в психиатрии выделяют такие области, как *детская, подростковая психиатрия* и *геронтопсихиатрия* (психиатрия позднего возраста).

Современная психиатрия тесно связана со многими смежными науками. В первую очередь следует отметить нейрофизиологию, дающую возможность объяснять многие психопатологические явления. Выдающиеся отечественные ученые С. П. Боткин, И. М. Сеченов, В. М. Бехтерев и многие другие главную роль в жизнедеятельности организма отводят нервной системе. Развивая известное положение И. М. Сеченова о том, что в основе психических процессов человека лежит рефлекторная деятельность, И. П. Павлов экспериментально изучил механизмы образования в коре больших полушарий временной условной связи и создал рефлекторную теорию. Согласно этой теории, в основе психических процессов лежит система условных рефлексов, возникающих под влиянием различных факторов внешней и внутренней среды организма.

Используя результаты исследований условно-рефлекторной деятельности животных применительно к человеку с учетом качественных особенностей его психики, Павлов создал учение о двух сигнальных системах. Он пришел к выводу, что наши ощущения и представления окружающего мира являются первыми сигналами действительности, а речь — вторыми, т. е. сигналами сигналов. Взаимодействия сигнальных систем определяют тип высшей нервной деятельности. И. П. Павлов выделял художественный, мыслительный и средний типы. Для человека с художественным типом характерно конкретно-синтетическое, эмоционально-образное мышление; он за каждым словом видит факты. В данном случае первая сигнальная система преобладает над второй. Для мыслительного типа нервной деятельности характерно абстрактно-аналитическое, отвлеченно-словесное мышление. При этом типе мышления доминирует вторая сигнальная система. При среднем типе, который свойствен большинству людей, обе сигнальные системы функционально уравновешены.

Из истории психиатрии

Несмотря на то что уже в V веке до н. а. Гиппократ объяснил происхождение психических явлений с естественно-научных позиции, указав, что психические болезни должен лечить врач, все же психиатрия многие столетия была оторвана от медицины. В городах Европы больных помещали в специальные убежища с решетками на окнах, в здания бывших тюрем, где они существовали в течение десятилетий под надзором отставных солдат без всякой медицинской помощи. Основным источником их жизни были доходы от посетителей, которым за небольшую плату разрешалось с целью развлечения посмотреть на больных. Возбужденных больных заковывали в цепи, надевали на них смирительные рубашки, погружали в холодную воду или обливали водой их головы. Применялись также различные вращательные механизмы, приносящие физические страдания больным. Вполне понятно, что в результате таких «лечебных» мероприятий больные быстро уставали, становились покорными или же впадали в состояние дикого отчаяния. Люди, попавшие в «сумасшедшие дома», пользовавшиеся, как правило, дурной славой, считались безнадежно больными. Это было недалеко от истины, так как подобные методы лечения и ухода способствовали лишь усугублению болезненного состояния.

В период Французской буржуазной революции под влиянием существовавших в то время прогрессивных взглядов парижский врач Пинель в 1793 г. отметил тюремный режим для психически больных, снял с них цепи и превратил «сумасшедшие дома» в учреждения больничного типа. Такая «система нестеснения» душевнобольных совершенствовалась и распространилась в других странах западной Европы, Англии, Америки.

В этом отношении большая заслуга принадлежит англичанину Конолли, который, развивая принцип Пинеля «не презрение, а лечение», положил начало организационной терапии душевнобольных.

В России на всем протяжении истории развития психиатрии к психически больным относились более гуманно. Чаще всего их, помещали в монастыри, и монахам предписывалось относиться к ним мягко, доброжелательно.

Первые учреждения для психически больных в России были открыты в Новгороде, Москве и Санкт-Петербурге в конце XVIII столетия и предназначались главным образом для содержания больных, но уже делались попытки оказать им и лечебную помощь.

Психиатрия во многих странах, в том числе и в России, преподавалась сначала вместе с неврологией, и разделение их началось только во II половине XIX в. Это хорошо видно на примере России: здесь с открытием ряда психиатрических больниц в различных городах психиатрия стала выделяться в самостоятельную специальность. Но лишь в 1867 г. была учреждена первая кафедра психиатрии на базе психиатрической клиники Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге (заведующим кафедрой был профессор И.М. Балинский). В 1885 г. профессором психиатрии был назначен В.М.Бехтерев. В Московском университете курс неврологии и психиатрии было поручено читать в 1869 г. доценту А.Я. Кожевникову. В 1887 г. при Московском университете была открыта клиника психиатрии, директором которой назначили проф. А.Я. Кожевникова. Неврологическая клиника, на базе которой до этого велось преподавание, находилась в отдалении от вновь открывшейся психиатрической клиники. По предложению А.Я. Кожевникова преподавание психиатрии было поручено молодому приват-доценту С.С. Корсакову (1854—1900), который с 1893 г. стал официальным директором психиатрической клиники, и после его смерти за ней закрепилось название «корсаковская клиника».

С.С. Корсаков, один из выдающихся отечественных психиатров, в 1887 г. описал полиневритический алкогольный психоз, вошедший в мировую психиатрию как «корсаковский психоз». В оценке происхождения психических расстройств ученый особое значение придавал биохимическим процессам и лечебным механизмам, действующим по принципу сложного рефлекторного акта. С.С. Корсаков — основоположник школы московских психиатров. Он активно осуществлял идеи гуманистического отношения к психически больным. Его работы о постельном содержании душевнобольных, об организации режима и лечения больных получили мировую известность.

В зарубежной клинической психиатрии конца XIX — начала XX в. выделяются имена немецких психиатров Э. Крепелина и Е. Блейлера, внесших огромный вклад в изучение эндогенных психозов, в первую очередь шизофрении, и оказавших огромное влияние на развитие всей мировой психиатрии. Именно Е. Блейлер ввел понятие «схизис», а в 1911 г. опубликовал широко известную монографию, в которой раннее слабоумие именовалось «схизофренией» (шизофрения). Э. Крепелин установил общие закономерности возникновения, течения и исходов шизофрении, маниакально-депрессивного и других психозов, и его исследования в этой области до сих пор считаются эталонными для многих современных исследований. Э. Крепелину принадлежат и высказывания о вероятных причинах возникновения выделенного им раннего слабоумия (*dementia praecox*).

В XX столетии клиническая психиатрия продолжала развиваться. Сформировались и новые направления, среди которых важнейшее место занимает биологическая психиатрия, представленная комплексом исследований (биохимических, генетических, иммунологических и др.), направленных на изучение этиологии и патогенеза психических заболеваний. Одновременно значительного прогресса достигло и психологическое направление.

Важнейшими достижениями, предоставившими совершенно новые возможности современной психиатрии, были введение в практику методов шоковой терапии психозов (инсулиновыми комами), электросудорожной терапии и особенно открытие в 1952 г. антипсихотических свойств аминазина, ставшего первым из психотропных средств. Психофармакотерапия решительно преобразила всю систему обслуживания душевнобольных. Именно с широким введением в практику новых лечебных методик психиатрия из описательной и наблюдающей дисциплины превратилась в полноправную медицинскую науку. Применение психотропных средств позволило найти совершенно иные подходы к изучению работы мозга, дало толчок к новым достижениям как в биологических, так и в психологических исследованиях.

Особенности развития психиатрии и организации психиатрической помощи в Беларуси исторически обусловлены вхождением Беларуси в состав Киевской Руси (IX-XI вв.), Полоцкого, Туровского и Смоленского феодальных княжеств (X-XII вв.), Великого княжества Литовского (XIV в.), Речи Посполитой (XVI в.), воссоединением с Россией (с конца XVIII в.), введением общерусской медицинской администрации.

Первые мероприятия по организации оказания помощи психически больным на территории Беларуси известны с конца XV - начала XVI в., когда в крупных городах стали открываться шпитали, где вместе с «увечными» и другими пациентами помещались больные с хроническими формами психических расстройств. С XVII в. помощь душевнобольным оказывалась монашеским орденом бонифратов в специально учрежденных шпиталях для призрения умалишенных в Вильно, Гродно и Минске, где к больным, как и на Западе, применялись меры физического стеснения. В соответствии с законодательными актами Великого княжества Литовского (XVI в.) предусматривалась ответственность родных за действия опекаемых ими умалишенных. В дальнейшем под влиянием католической церкви появились упоминания о бесоодержимых и ведьмах, что повлекло преследование психически больных, предание их суду вплоть до сжигания. Однако массового характера подобные явления не имели.

С конца XVIII в. на территории Беларуси с введением российского законодательства о душевнобольных их стали изолировать и лечить в больницах приказов общественного призрения. Первая лечебница, где оказывалась помощь душевнобольным, была организована в Могилеве при Печорском монастыре более 200 лет назад (о ней имеются упоминания в документах, касающихся войны 1812 г.). При больницах, которые открывались в губернских городах, создавались специальные «камеры» для беспокойных больных, а в дальнейшем с середины XIX в. - специальные отделения, «дома скорбящих», где наблюдение осуществлялось врачами и фельдшерами общей практики. К концу XIX в. психиатрическая помощь сосредоточилась в губернских центрах при общих больницах приказов (в Гродно, Витебске, Минске и Могилеве). На территории Беларуси до начала XX в. психиатрическая помощь оставалась в ведении приказов общественного призрения и благотворительных обществ, в то время как в центральной России в рамках земской медицины она развивалась более прогрессивно.

С начала XX в. в Беларуси стали функционировать земские губернские психиатрические лечебницы (или расширенные психиатрические отделения). В 1903 г. в Новой Вилейке (под Вильно) была открыта межгубернская окружная психиатрическая больница на 1000 коек.

Развитию психиатрии как науки с разработкой отдельных аспектов детской психиатрии в Беларуси способствовало открытие кафедр психиатрии в Минске (1925) и Витебске (1935), Гродно (1962) педиатрических факультетов при медицинских институтах (университетах), введение курса детской психиатрии и психотерапии при кафедре психотерапии и медицинской психологии Белорусской медицинской академии последипломного образования в Минске.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ) была создана в 1925 г. на базе медицинского факультета Белорусского государственного университета. Первым заведующим кафедрой психиатрии медицинского факультета БГУ, затем Белорусского медицинского института (1925-1934) был Александр Карлович Ленц (1882-1952), ученик академиков И.П. Павлова, В.М. Бехтерева, профессора В.П. Осипова.

Многогранность А.К. Ленца отражалась в его деятельности: помощник директора психиатрической клиники, заведующий кабинетом по изучению преступности, председатель антропологической комиссии Института белорусской культуры, заведующий кафедрой антропологии, руководитель лаборатории высшей нервной деятельности АН БССР. В 1930 г. А.К. Ленц возглавил Институт психоневрологии при АН БССР. А.К. Ленц занимался изучением патогенеза психозов с позиций физиологии, исследованием эффективности гипнотического воздействия, вопросами организации и «реконструкции» психиатрической помощи в Беларуси. Его докторская диссертация и монография посвящены высшей рефлекторной деятельности при прогрессивном параличе.

А.К. Ленц способствовал становлению целого поколения психиатров. Трое сотрудников кафедры, возглавляемой им, стали профессорами и заведовали в последующем кафедрами психиатрии в Томске (Г.О. Гольдблат), Воронеже (С.Г. Жислин), Витебске (А.А. Смирнов).

Методология психопатологии

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.*

Клинический метод

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

Опрос больного и наблюдение

Вопреки представлениям обывателей о сложности ведения логически построенной беседы с душевнобольным, следует подчеркнуть, что 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 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?»), 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. В последние годы все реже встречаются татуировки, но при их наличии можно узнать о антисоциальном прошлом пациента. 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 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 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 абсанса. 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 локализации. 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 для определения частоты резонанса составляющих химического элемента в различных тканях тела. Компьютерная обработка радиочастотных сигналов, излучаемых структурами мозга при воздействии на них магнитного поля, позволяет реконструировать структурное изображение мозга.

Большое значение данное 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, дополнительно 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.

Психологические методы

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 употребимой 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 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 звуко сочетаний (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* (Л.С.Выгодский) 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 экстравертов — 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 определены и предполагают явное ущемление интересов испытуемого (фрустрацию) — таким образом, возможна оценка поведения человека в состоянии стресса.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ

Основой чувственного познания является получение объективной информации об окружающем мире и внутреннем состоянии организма человека посредством работы анализаторов — зрительного, слухового, вкусового, обонятельного, тактильного и проприоцептивного. Однако анализаторы позволяют получить доступные нам в *ощущениях* (тепла, холода, цвета, формы, размеров, качества поверхности, тяжести, вкуса и запаха) сведения лишь об отдельных качествах предмета. Окончательное заключение о сути воспринимаемых предметов и явлений — это не просто результат суммации ощущений, а сложный процесс анализа признаков, выделение основных (смыслообразующих) качеств и второстепенных (случайных) феноменов, сопоставление полученной информации с *представлениями*, отражающими в памяти наш прежний жизненный опыт. Мы, например, имеем представление о том, что такое стул», «платье», «кошелек», и узнаем эти предметы независимо от их цвета, размеров, замысловатой формы. Врачи, имея представление о симптомах заболеваний, узнают их в потоке несущественных сведений о состоянии больного. Отсутствие опыта делает восприятие неполным: так, без необходимого обучения невозможно обнаружить аускультативные признаки воспаления легких даже при наличии тонкого слуха.

Нарушение мышления также существенно влияет на результат восприятия: например, слабоумный больной может хорошо рассмотреть белый халат врача, окружающую обстановку палаты, но не в состоянии ответить на вопрос, где он находится, какова профессия его собеседника. Психика здорового человека воссоздает целостную картину явления даже в том случае, если нарушения в работе органов чувств не позволяют ему получить полную информацию. Так, человек со сниженным слухом может догадаться о смысле сказанного, даже не расслышав одно из сказанных слов. При слабоумии и человек с хорошим слухом нередко производит впечатление слабослышащего, потому что он не понимает смысла услышанных слов, может перепутать слова, сходные по звучанию, несмотря на их неуместность, несоответствие ситуации. Описанный выше процесс чувственного познания мира, представляющий собой результат целостной работы всей психики, можно определить как *восприятие*.

Расстройства ощущений

Ощущение — это элементарный акт познавательного процесса, функция отражения отдельных качеств и свойств окружающей действительности. Фило- и онтогенетически ощущение является одной из наиболее ранних функций центральной нервной системы.

При ощущении человек осознает цвет, звук, запах, консистенцию предмета, но не предмет в целом. Например, про ручку он может сказать лишь, что это что-то плотное, черное, удлиненное.

Выделяют следующие нарушения ощущений.

Гиперестезия - усиление чувствительности к обычным звукам (гиперакузия), запахам (гиперосмия), прикосновениям (гипертактильность), свету (обычная свеча светит как яркое солнце) и т. д. Встречается при гиперстеническом варианте неврастении, маниакальном состоянии и при некоторых интоксикационных психозах. Гиперестезия — одно из наиболее характерных проявлений астенического синдрома, в составе которого она наблюдается при многих психических и соматических заболеваниях. Это нозологически неспецифичный симптом, указывающий на общее состояние истощения психической деятельности.

Гипестезия — это снижение чувствительности к внешним раздражителям: яркий свет ощущается как слабое едва светящееся пятно, громкие звуки — как еле слышимые. Отмечается при тяжелой астении и при депрессии. Больные отмечают, что перестают различать оттенки цвета, вкус пищи, звуки кажутся им приглушенными, неинтересными, доносящимися как будто изда- лека.

Истерическая анестезия — функциональное расстройство, возникающее у личностей с демонстративными чертами характера непосредственно после действия психотравмы. При истерии возможна как утрата кожной (болевой, тактильной) чувствительности, так и потеря слуха или

зрения. При истерическом неврозе анестезия может наблюдаться относительно продолжительное время, однако чаще она возникает у демонстративной личности как преходящая реакция на конкретное психотравмирующее событие.

Болевые ощущения в различных частях тела — *алгии* — встречаются в виде *гипералгий* (ключевой признак синдрома Мюнхгаузена) или *гипоалгий*, временами трудно отличимых от сенестопатий. Алгии характерны для депрессии, истерических состояний и связаны со многими психическими заболеваниями, особенно в пожилом и старческом возрасте.

Практически любое психическое заболевание в той или иной степени сопровождают *сенестопатии* — разнообразные неприятные, тягостные патологические ощущения покалывания, сдавливания, жжения, перекручивания, бульканья, не связанные с соматическими заболеваниями и возникающие в различных частях тела. Они имеют крайне необычный, часто вычурный характер. При тщательном исследовании современными методами не удается выявить соматическое заболевание, которое могло бы вызвать эти разнообразные и необычные ощущения.

У каждого больного оно совершенно уникальное, не схожее с ощущениями других больных: одни сравнивают его с шевелением, трепетом, бурлением, вытягиванием, сжиманием; другие не находят в языке слов, адекватно отражающих их чувства, и выдумывают собственные определения («хвыкает в селезенке», «шурундит в затылке», «свинтит под ребрами»). Иногда сенестопатии напоминают соматические жалобы, однако при уточнении больные нередко сами подчеркивают психологический, неорганический характер расстройств («чувствую, что слипается анус», «кажется, что отрывается голова»). При сравнении с физическим чувством боли пациенты четко указывают на значительное отличие («лучше, уж, чтоб просто болело, а то ведь прямо наизнанку выворачивает»).

Нередко сенестопатии сопровождаются мыслями о наличии какой-либо соматической болезни. Сенестопатии не являются нозологически специфичным симптомом: они могут встретиться при мягких неврозоподобных формах шизофрении и различных органических поражениях головного мозга.

К патологии ощущений с известной долей условности относится *агнозия* (неузнавание), которая проявляется в неспособности человека узнать и объяснить значение тех или иных сенсорных ощущений. Агнозия может быть зрительной, слуховой, обонятельной, тактильной. Этот вид патологии встречается главным образом при органическом поражении головного мозга, однако нередко агнозия бывает и функциональной (чаще всего истерической, когда больной после стресса перестает чувствовать запахи, вкус пищи, «не слышит» неприятную для него информацию).

Расстройства восприятия

Восприятие — это целостное отражение нашим «Я» предмета или явления. К расстройствам восприятия относят иллюзии и галлюцинации.

Иллюзии

Иллюзиями называют ошибочное, измененное восприятие реально существующих предметов или явлений. Иллюзии могут быть как у психически больных, так и у совершенно здоровых людей. У здоровых могут возникать физические, физиологические иллюзии, а также иллюзии невнимания.

Физические иллюзии основаны на законах физики. Например, восприятие преломления предмета на границе различных прозрачных сред (ложка в стакане воды кажется преломленной, по этому поводу еще Декарт говорил: «Мой глаз ее преломляет, а мой разум выпрямляет»). Подобной иллюзией является мираж.

Физиологические иллюзии связаны с особенностями функционирования анализаторов. Если человек долго смотрит на движущийся поезд, у него появляется ощущение, что состав стоит на месте, а он как бы мчится в противоположную сторону. При внезапной остановке вращающейся качели у сидящих в ней людей несколько секунд сохраняется ощущение кругового вращения

окружающего. По той же причине маленькая комната, оклеенная светлыми обоями, кажется большей по объему. Или полный человек, одетый в черное платье, кажется более стройным, чем в реальности.

Иллюзии невнимания отмечаются в тех случаях, когда при чрезмерной заинтересованности фабулой литературного произведения психически здоровый человек не замечает очевидных грамматических ошибок и опечаток в тексте.

Иллюзии, связанные с патологией психической сферы, обычно разделяют на аффективные (аффектогенные), вербальные и парейдолические.

Аффективные иллюзии возникают в ситуации аффекта или необычного эмоционального состояния (сильный страх, чрезмерное желание, напряженное ожидание и т.д.), в ситуации недостаточной освещенности окружающего пространства. Например, висящий на кресле галстук в полумраке может восприниматься как готовая к прыжку кобра. Аффективные иллюзии иногда отмечаются и у здоровых людей, ибо это искаженное восприятие связано с необычным эмоциональным состоянием.

Вербальные, или слуховые, иллюзии появляются также на фоне какого-либо аффекта и выражаются в ошибочном восприятии смысла разговоров окружающих людей, когда нейтральная речь воспринимается больным как угроза его жизни, ругательства, оскорбления, обвинения.

Парейдолические (околообразные) иллюзии связаны с деятельностью воображения при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию. При этом расстройстве восприятие носит причудливо-фантастический характер. Например, в калейдоскопе вечно движущихся облаков человек может увидеть божественные картины, в рисунке обоев — миллионы мелких животных, в узорах ковра — свой жизненный путь. Парейдолические иллюзии всегда возникают при сниженном тоне сознания на фоне различных интоксикаций и являются важным диагностическим признаком. В частности, этот вариант иллюзий может быть одним из первых симптомов начинающегося алкогольного делирия.

Галлюцинации

Галлюцинации — это расстройства восприятия, когда пациент видит, слышит и ощущает то, чего на самом деле в данной ситуации не существует. Это так называемое восприятие без объекта. Выделяют галлюцинации по органам чувств: *зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, общего чувства (висцеральные и мышечные)*.

Галлюцинации бывают простыми и сложными. Простые галлюцинации обычно локализируются в пределах одного анализатора (например, только слуховые или только обонятельные и пр.). Сложные (комбинированные, комплексные) галлюцинации — это сочетание двух и более простых галлюцинаций.

Например, пациент видит лежащего у него на груди огромного удава (зрительные обманы восприятия), который «угрожающе шипит» (слуховые), чувствует его холодное тело и огромную тяжесть (тактильные галлюцинации).

Кроме того, галлюцинации бывают истинными, более характерными для экзогенных психических заболеваний, при которых пациент видит отсутствующие в данный момент картины или слышит несуществующие звуки, и ложными (псевдогаллюцинации), чаще отмечаемыми при эндогенных расстройствах, в частности шизофрении. По существу псевдогаллюцинации включают в себя не только расстройства восприятия, но и патологию ассоциативного процесса, т.е. мышления.

Слуховые галлюцинации могут быть элементарными в виде шумов, отдельных звуков (*акоазмы*), а также в виде слов, речей, разговоров (*фонемы*). Кроме того, слуховые галлюцинации подразделяются на так называемые *оклики* (больной постоянно слышит, как его окликают по имени), императивные, комментирующие, угрожающие, контрастирующие (контрастные), речедвигательные и т.д.

Больная С, страдающая шубообразной шизофренией, так описала свои слуховые галлюцинации: «В ночь с 4 на 5 марта я очень плохо спала от страха, так как всю ночь слышала разные голоса. Самый неприятный голос принадлежал дьяволу. Он сказал, что пришел за мной, ибо при моем рождении он наложил на меня заклятие — проклятие. При исполнении мне 36 лет я должна уйти в другой мир — ад. И вот наступил этот день — 5 марта. Страшный голос дьявола рычал, что мне пора собираться, что сейчас он вывернет наизнанку все мои внутренности — это пропуск в ад. А в аду он выколет голубые мои глаза, проколет спину насквозь, сорвет с меня все ногти. Он добавил, что так делают со всеми вновь поступившими в ад. Другой голос, мягкий и нежный, появился для того, чтобы я смогла замолить все свои грехи и спасти мир от поганых чертей. Этот голос сказал, что если в данный момент я смогу побороть эту нечистую силу, жизнь моя изменится и я стану через пять лет всемирной целительницей».

Императивные (приказывающие, повелительные) вербальные галлюцинации выражаются в том, что больной слышит приказы, противиться которым он почти не может. Эти галлюцинации несут значительную угрозу для окружающих и самого больного, так как «приказывают» обычно убить, ударить, уничтожить, взорвать, выбросить ребенка с балкона, отрубить себе ногу и т.д.

Больной Х. в день смерти матери услышал «приказ с небес», запрещающий ее хоронить, так как «она, как Иисус Христос, через три дня воскреснет». Чтобы предотвратить тление, больной обмотал труп матери пленкой и поместил в холодильник, где она и пролежала не три дня, а три года.

Больная под действием императивных голосов выпрыгнула с шестого этажа и, угодив в сугроб, чудом осталась жива. В последующем то, что она осталась жива, ее мать расценила как факт психического здоровья («если бы она была больна, то разбилась бы, а раз она смогла спланировать в сугроб, значит она психически здорова»). Это лишнее подтверждает мудрость народной пословицы — «Яблоко от яблони недалеко падает».

Комментирующие вербальные галлюцинации также весьма неприятны для больного и выражаются в том, что голоса постоянно как бы обсуждают все поступки больного, его мысли и желания. Иногда они настолько тягостны, что единственный способ избавиться от них больной находит в самоубийстве.

Больной Н. постоянно слышал, как голоса комментируют все его действия в туалете и телодвижения в постели, и, по его словам, это же слышали все жильцы дома. Чтобы избавиться от «этих комментариев», больной предпринял попытку саможжения.

Угрожающие вербальные галлюцинации выражаются в том, что больные постоянно слышат словесные угрозы в свой адрес: их собираются зарубить, четвертовать, кастрировать, заставить выпить медленно действующий яд и т.д.

Больной К., злоупотребляющий алкоголем, поздно ночью услышал из близлежащей поликлиники голос лечащего врача, угрожающего «разобрать его на запасные части», в частности «забрать сердце для пересадки президенту». Испугавшись, он побежал в отделение милиции, но по дороге слышал со стороны голоса других людей, грозивших сжечь его заживо, если только он посмеет пожаловаться.

Контрастирующие (антагонистические) вербальные галлюцинации носят характер группового диалога — одна группа голосов гневно осуждает больного, требует изощренно пытать и предать смерти, а другая — робко, неуверенно его защищает, просит отсрочки казни, уверяет, что больной исправится, перестанет пить, станет лучше, добрее. Характерно, что голоса не обращаются непосредственно к больному, а дискутируют между собой. Иногда, впрочем, они дают ему прямо противоположные распоряжения, например засыпать и одновременно петь. Этот вариант слуховых обманов восприятия является императивной разновидностью антагонистических галлюцинаций. К контрастирующим расстройствам относятся также клинические случаи, когда больной одним ухом слышит угрожающие, враждебно настроенные к нему голоса, а другим — доброжелательные, одобряющие его действия.

Тот же больной К., находившийся один в квартире, поздно вечером услышал группу голосов, из которых большинство очень активно и настойчиво требовали его четвертования или

утопления в ванне с водкой как недостойного человека, развалившего семью, потерявшего из-за алкоголя работу, пропившего все вещи, включая одежду ребенка. Другая группа голосов — как бы его адвокаты — весьма робко и с большими сомнениями предлагали дать больному последний шанс исправиться, закодироваться, вернуть семью. К. слышал «это собрание» всю ночь, пытался оправдываться, но его никто не слушал, голоса были заняты дискуссией между собой о его «несчастной жизни или уже предрешенной смерти».

Речедвигательные галлюцинации Сегла характеризуются уверенностью больного в том, что кто-то говорит его речевым аппаратом, воздействуя на мышцы рта и языка. Иногда речедвигательный аппарат произносит не слышимые окружающими голоса. Многие исследователи относят галлюцинации Сегла к разновидности псевдогаллюцинаторных расстройств.

Больной Г. по время беседы с врачом вдруг неожиданно начал говорить по-татарски, на удивленный вопрос врача ответил, что это говорил не он, его ртом управлял староста деревни, который плохо понимает и говорит по-русски.

Зрительные галлюцинации по своей представленности в психопатологии занимают второе место после слуховых. Они колеблются от элементарных (*фотопсии*) в виде дыма, тумана, искр до *панорамических*, когда больной видит динамические батальные сцены со множеством людей. Выделяют *зоопсии*, или зоологические зрительные обманы в виде различных агрессивных диких животных, нападающих на больного (чаще они отмечаются при алкогольном делирии).

Больной Я. видел множество зловонных маленьких крокодилов, которые с раскрытой пастью заползли к нему под одеяло и понемногу откусывали его половой орган и мошонку.

Демонические галлюцинации — больной видит образы мистических и мифологических существ (черти, ангелы, русалки, оборотни, вампиры и т.д.).

Больной С. был убежден в том, что его теща является родственницей Вия, он периодически видел, как она превращается в вампира и высасывает его кровь. Иногда она устраивала «кровавые пиры» с самим Дракулой, при этом больного всегда оставляли на десерт, ибо его кровь — «это и выпивка, и закуска одновременно».

Аутоскопические, или галлюцинаций двойника — пациент наблюдает одного или нескольких двойников, которые полностью копируют его поведение и манеры. Выделяют отрицательные аутоскопические галлюцинации, когда больной не видит своего отражения в зеркале. Аутокопии описаны при алкоголизме, при органических поражениях височных и теменных отделов головного мозга, при явлениях гипоксии после операции на сердце, а также на фоне выраженной психотравмирующей ситуации. Аутоскопические галлюцинации, по-видимому, испытывали Гейне и Гёте.

Микроскопические (лилипутные) галлюцинации — обманы восприятия носят уменьшенные размеры (множество гномиков, одетых в чрезвычайно яркие одежды, как в кукольном театре). Эти галлюцинации чаще встречаются при инфекционных психозах, алкоголизме и при интоксикации хлороформом и эфиром.

Больной М. видел множество маленьких, но крайне озлобленных и агрессивно настроенных к нему крыс, которые гонялись за ним по всей квартире.

Макроскопические обманы восприятия — перед больным предстают великаны, жирафоподобные животные, огромные фантастические птицы.

Больная Ц. внезапно увидела себя в окружении огромных летающих, ползающих и плавающих, но одинаково устрашающих ящеров, которые охотились за ней. Больная с ужасом поняла, что ее «перенесли в "Парк юрского периода"».

Полиоптические галлюцинации — множество одинаковых галлюцинаторных образов, как бы созданных под копирку, отмечаются при некоторых формах алкогольных психозов, например при белой горячке.

Больной Н. в белой горячке видел в своей комнате поздно вечером множество совершенно одинаковых обнаженных девушек с абсолютно одинаковыми бутылками водки и совершенно одинаковыми солеными огурцами (закуска).

Аделоморфные галлюцинации — это зрительные обманы, лишенные четкости форм, объемности и яркости красок, бестелесные контуры людей, летающих в конкретном замкнутом пространстве. Многие исследователи относят аделоморфные галлюцинации к особой форме псевдогаллюцинаций, характерны для шизофренического процесса.

Эстракампинные галлюцинации — больной видит уголком глаза позади себя вне поля обычного зрения какие-то явления или людей. Когда он поворачивает голову, эти видения мгновенно исчезают. Галлюцинации встречаются при шизофрении.

Больной С. видел уголком глаза, как стоящий позади него человек заносит руку с молотком для удара по его голове. Чтобы избежать удара, больной постоянно оборачивался, но ни разу так и не увидел нападающего.

Отрицательные, т.е. внушенные зрительные галлюцинации. Больному в состоянии гипноза внушают, что после выхода из гипнотического состояния он, например, не увидит на столе, заваленном книгами и блокнотами, абсолютно ничего. Действительно, после выхода из гипноза человек в течение нескольких секунд видит совершенно чистый и пустой стол. Эти галлюцинации, как правило, недолговечны. Они не являются патологией, а скорее свидетельствуют о степени гипнабельности человека.

В диагностике психического заболевания большое значение придается тематике зрительных галлюцинаций (как, впрочем, и слуховых). Так, религиозные темы галлюцинаций характерны для эпилепсии, образы погибших родственников и близких — для реактивных состояний, видения алкогольных сцен — для белой горячки.

Обонятельные галлюцинации представляют собой мнимое восприятие крайне неприятных, порой отвратительных запахов разлагающегося трупа, тления, горелого человеческого тела, испражнений, зловония, необычного яда с удушливым запахом. Нередко обонятельные галлюцинации невозможно отличить от обонятельных иллюзий. Иногда у одного и того же пациента существуют синхронно оба расстройства. Такие больные нередко стойко отказываются от приема пищи.

Больная С. в течение длительного времени отказывалась от завтрака, так как именно утренняя порция пищи имела запах больной женщины, выписанной ранее, которую «в подвале провернули на котлеты всему отделению».

Обонятельные галлюцинации могут возникать при различных психических заболеваниях, но прежде всего они характерны для органического поражения головного мозга с височной локализацией.

Вкусовые галлюцинации часто сочетаются с обонятельными и выражаются в ощущении наличия в ротовой полости гнили, «мертвечины», гноя, испражнений и т.д. Эти расстройства с одинаковой частотой встречаются как при экзогенных, так и эндогенных психических заболеваниях. Сочетание обонятельных и вкусовых галлюцинаций и иллюзий, например при шизофрении, указывает на злокачественность течения последней и плохой прогноз.

Больная Х. длительное время отказывалась от еды, так как попавшая ей в рот пища была всегда «со вкусом несвежего трупного человеческого мяса».

Тактильные галлюцинации представляют собой ощущение прикосновения к телу чего-то горячего или холодного (термические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические), схватывания туловища со спины (гаптические), ползания по коже насекомых и мелких животных (наружная зоопатия), наличия под кожей «как бы насекомых и мелких животных» (внутренняя зоопатия).

Некоторые исследователи относят к тактильным галлюцинациям также симптом постороннего тела во рту в виде ниток, волос, тонкой проволоки, описанный при тетраэтилсвинцовом делирии. Этот симптом по существу является проявлением так называемых *рото-глоточных галлюцинаций*.

Тактильные галлюцинации весьма характерны для кокаиновых психозов, делириозного помрачения сознания различной этиологии, шизофрении. При последней тактильные

галлюцинации нередко локализуются в области половых органов, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Больной У., страдавший алкоголизмом, неожиданно ночью проснулся от сильной боли в спине и к своему ужасу понял, что его собутыльники пытаются его включенным в сеть электрическим утюгом, требуя признания о том, где он спрятал недопитую накануне бутылку водки.

Висцеральные галлюцинации выражаются в ощущении в полостях тела каких-то мелких животных или предметов (в желудке живут зеленые лягушки, в мочевом пузыре они разводят головастика).

Больная Ц., жившая в сельской местности, была убеждена в том, что вместе с болотной водой она проглотила икринку лягушки, икринка превратилась в головастика, а затем и во взрослую лягушку. Около года больная ходила к единственному в поселке врачу с просьбой удалить лягушку оперативным путем. В конце концов уставший от ее визитов неопытный врач симитировал операцию: больной дали наркоз, сделали разрез кожи по средней линии живота. Пока больная находилась под наркозом реальную лягушку посадили в банку и предъявили ее пришедшей в себя пациентке. Больная была счастлива несколько дней, но через неделю пришла к тому же врачу с заявлением о том, что жившая в ней ранее лягушка успела до операции выметать икру, и теперь больная вся «нафарширована» головастиками.

Функциональные галлюцинации возникают на фоне реального раздражителя и существуют до тех пор, пока действует этот раздражитель. Например, на фоне скрипичной мелодии пациент слышит одновременно и скрипку, и «голос». Как только смолкает музыка, прекращается и слуховое галлюцинирование. Другими словами, больной воспринимает параллельно и реальный раздражитель (скрипку), и голос императивного характера (что и отличает функциональные галлюцинации от иллюзий, так как здесь не происходит трансформации музыки в голоса). Выделяют зрительный, обонятельно-вкусовой, вербальный, тактильный и прочие варианты функциональных галлюцинаций.

Больной Ж. при шуме падающей воды в ванной комнате или при открытом кране на кухне слышал отборный мат соседа из квартиры этажом выше, направленный на больного. Эта «беседа» мгновенно прекращалась при выключении воды. Больной, весьма недалекий человек, решил, что сосед-физик научился передавать свои мысли через воду.

Близки к функциональным **рефлекторные галлюцинации**, которые выражаются в том, что при воздействии на один анализатор они возникают с других, но существуют лишь во время раздражения первого анализатора.

Например, при взгляде на определенную картину больной испытывает прикосновение чего-то холодного и мокрого к пяткам (рефлекторные гигрические и термические галлюцинации). Но как только он отводит взгляд от этой картины, эти ощущения мгновенно исчезают.

Кинестетические (психомоторные) галлюцинации проявляются в том, что у больных возникает ощущение движения некоторых частей тела помимо их воли, хотя на самом деле движений нет. Встречаются при шизофрении в рамках синдрома психического автоматизма.

Больной Н. почувствовал, как на его первом в жизни свидании его бедра, помимо воли, стали привольно вращаться.

Гипногические и гипнопомпические галлюцинации появляются у больного перед засыпанием: на фоне закрытых глаз возникают различные видения, картины действия с включением других анализаторов (слухового, обонятельного и т.д.). Как только глаза открываются, видения мгновенно исчезают. Такие же картины могут появиться и в момент пробуждения, также на фоне закрытых глаз. Это так называемые *просоночные*, или *гипнопомпические*, галлюцинации.

Больная М. на фоне закрытых глаз в бодрствующем состоянии видела неподвижный портрет погибшего сына и умершего дяди, которые крутили пальцы у виска, намекая больной на ее психическое нездоровье.

Гипногогические и гипнопомпические галлюцинации часто бывают первым признаком начинающегося интоксикационного психоза, в частности алкогольного делирия.

Галлюциноз — психопатологический синдром, который характеризуется выраженными обильными галлюцинациями на фоне ясного сознания. При острых галлюцинозах критического отношения к болезни у пациентов нет. При хроническом течении галлюциноза может появиться критика к галлюцинаторным переживаниям. Если периоды галлюциноза чередуются со светлыми промежутками (когда галлюцинации полностью отсутствуют), говорят о *психической диплопии*.

При *алкогольном* галлюцинозе отмечается обилие слуховых галлюцинаций, иногда сопровождаемых вторичными бредовыми идеями преследования. Наступает при хроническом алкоголизме, может проявляться в острой и хронической форме.

Больной Г. после длительного запоя вынужден был прекратить пить водку из-за выраженной сердечной слабости. На второй день абстиненции вечером услышал скребущие звуки за дверью, подумал, что это мыши. Через некоторое время отчетливо услышал доносящийся из того же места мужской голос: «Это не мыши, а Миши, они приглашают тебя выпить на троих за то, что ты бросил пить». Больной с радостью согласился, сбегал на кухню за стаканом, открыл дверь в коридор, но никого там не обнаружил. Тот же голос довольно ехидно добавил: «Привык пить на халяву, гад». Далее следовала целая тирада ненормативной лексики. Разочарованный больной вернулся в комнату и снова услышал, как «Миши» зовут его выпить, слышал звук разливаемой по стаканам водки, как она булькает в горле одного из приятелей, даже почувствовал запах разливаемого напитка. Мгновенно выскочил в коридор, не забыв прихватить стакан побольше, но никого не обнаружил. Подобная беготня из комнаты в коридор длилась по существу целую неделю. В конце концов разозленный больной понял, что это «глюки», он купил бутылку водки и, когда «Миши» приглашали его выпить, говорил: «Вы пейте там, а я буду пить здесь». Он уже посмеивался над голосами, дерзил, говорил им, что на самом деле их нет, что они плод его «утомленного водкой» мозга.

Основные признаки истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций

Истинные галлюцинации

Наделены всеми свойствами реальных предметов: телесностью, весомостью, ярким звучанием.

Проецируются в реальное пространство, непосредственно окружающее больного, тесно связаны с конкретными предметами обстановки, взаимодействуют с ними.

Существует уверенность в естественном способе получения информации о воображаемых предметах и явлениях через анализаторы.

Больной уверен, что все окружающие воспринимают те же самые предметы точно так же, как он.

Больной поступает с воображаемыми предметами, как с реальными; пытается взять их в руки, убегает от преследователей, нападает на врагов.

Воспринимаются как угрожающие жизни и физическому здоровью пациента.

Как правило, нестойки, остро возникают, нередко усиливаются в вечернее время.

Псевдогаллюцинации

Лишены чувственной живости, естественного тембра, бестелесны, прозрачны, необъемны.

Проецируются в воображаемое пространство, исходят либо из тела больного (интрапроекция), либо из областей, недоступных его анализаторам, не соприкасаются с предметами реальной обстановки и не заслоняют их собой.

Производят впечатление насильственно вызванных, сделанных, вложенных в голову с помощью специальных аппаратов или психологического воздействия.

Больной считает, что образы передаются ему специально и недоступны органам чувств окружающих.

Больной не может убежать от галлюцинаций, поскольку уверен, что они достигнут его на любом расстоянии, зато иногда пытается «экранировать» свое тело от воздействия.

Воспринимаются как попытка психического насилия, стремление поработить волю, заставить поступать против желаний, свести с ума.

Чаще возникают при хронических психозах, довольно резистентны к терапии, не зависят от времени суток, ночью во время сна могут исчезать совсем.

Выявление галлюцинаций обычно не представляет большого труда, поскольку в психотическом состоянии больные не могут скрыть от врача значимых для них переживаний. После лечения, а также у больных в подостром состоянии постепенно формируется критическое отношение к галлюцинациям. Сознавая необычность своих переживаний, пациенты могут скрывать то, что галлюцинации продолжают беспокоить их. В этом случае на наличие галлюцинаций врачу укажут особенности поведения. Так, человек со слуховыми галлюцинациями часто отвлекается от разговора, замолкает, углубляется в себя; иногда, прохаживаясь по отделению, он прикрывает уши руками, чтобы звуки в отделении не заглушали внутренние голоса.

Следует учитывать, что с помощью психологического внушения можно вызвать галлюцинации и у здорового человека (например, при гипнозе), поэтому в сложных экспертных случаях нужно особенно осторожно строить беседу с больным, не провоцируя его на излишнюю подозрительность. Если пациент, не производящий впечатления душевнобольного упоминает, что испытывает галлюцинации, нужно попросить его самостоятельно, без наводящих вопросов подробно рассказать о переживаниях. Как правило, пациент, симулирующий галлюцинации, не может описать их детально, поскольку не имеет чувственного опыта. Однако врач, уверенный в наличии у больного галлюцинаций (например, при очередном обострении хронического психоза), может преодолеть нежелание собеседника рассказывать об испытанном категоричными вопросами: «Что вам говорят голоса?», «О чем говорили голоса вчера вечером?», «Что вы видите?». На методике внушения основаны и отдельные симптомы, позволяющие своевременно выявить у больного готовность к возникновению галлюцинаций (например, в дебюте алкогольного делирия). Если при опросе врач подозревает начало острого психоза, а галлюцинации отсутствуют, то их возникновение можно спровоцировать, если слегка надавить на глазные яблоки поверх закрытых век и попросить рассказать, что видит больной (*симптом Липманна*). Другие возможные приемы — предложить пациенту поговорить по телефону, отключенному от сети, при этом больной беседует с воображаемым собеседником (*симптом Ашаффенбурга*), можно попросить больного «прочитать», что «написано» на чистом листе бумаги (*симптом Рейхардта*).

Необходимым условием, позволяющим достоверно выявить галлюцинации, является и доверительное отношение больного к собеседнику. Иногда он делится со своими родными или, наоборот, случайными людьми переживаниями, о которых не рассказывает врачу. Эротические переживания, циничные оскорбления, жестокие образы больной, возможно, скроет в беседе с группой докторов, но охотно доверит их своему лечащему врачу.

Психосенсорные расстройства (расстройства сенсорного синтеза)

Наряду с обманами восприятия встречаются расстройства, при которых не нарушено узнавание предметов, однако болезненным образом преобразуются отдельные их качества — размер, форма, цвет, положение в пространстве, угол наклона к горизонту, тяжесть. Такие явления называются *психосенсорными расстройствами*, или *расстройствами сенсорного синтеза*, примерами которых могут быть изменения цвета всех окружающих предметов (красное окрашивание — *эритропсия*, желтое окрашивание — *ксантопсия*), их размеров (увеличение — *мак-ропсия*, уменьшение — *микропсия*), формы и поверхности (*метаморфопсия*), удвоение, чувство их неустойчивости, падения. В эту группу входят нарушения восприятия собственного тела, пространственных отношений и формы окружающей действительности. Они весьма близки к иллюзиям, но отличаются от последних наличием критики.

В группу нарушений сенсорного синтеза входят деперсонализация, дереализация, нарушения схемы тела, симптом уже виденного (пережитого) или никогда не виденного и т.д.

Деперсонализация — это убеждение больного в том, что его физическое и психическое «Я» каким-то образом изменились, но объяснить конкретно, что и как изменилось, он не может. Выделяют разновидности деперсонализации.

Соматопсихическая деперсонализация — больной утверждает, что изменилась его телесная оболочка, его физическое тело (кожа какая-то несвежая, мышцы стали желеобразными, ноги потеряли прежнюю энергичность и т.д.). Эта разновидность деперсонализации чаще встречается при органических поражениях головного мозга, а также при некоторых соматических заболеваниях.

Аутопсихическая деперсонализация — пациент ощущает измененность психического «Я»: стал черствым, индифферентным, равнодушным или, наоборот, гиперчувствительным, «душа плачет по незначительному поводу». Нередко он даже не может словесно объяснить свое состояние, просто констатирует, что «душа стала совершенно другой». Аутопсихическая деперсонализация весьма характерна для шизофрении.

Амопсихическая деперсонализация — следствие аутопсихической деперсонализации, изменение отношения к окружающей действительности «уже измененной души». Больной ощущает себя как бы другим человеком, изменилось его мироощущение, отношение к близким, он утратил чувство любви, сострадания, сопереживания, долга, способность соучастия к прежде любимым друзьям. Очень часто аллопсихическая деперсонализация сочетается с аутопсихической, образуя единый симптомокомплекс, характерный для шизофренического спектра заболеваний.

К особому варианту деперсонализации относится так называемая *потеря массы тела*. Больные ощущают, как масса их тела неуклонно приближается к нулю, на них перестает действовать закон всемирного тяготения, вследствие чего их может унести в космос (на улице) или же они могут взмыться под потолок (в здании). Понимая разумом нелепость подобных переживаний, больные тем не менее «для спокойствия души» постоянно носят с собой в карманах или портфеле какие-либо тяжести, не расставаясь с ними даже в туалете.

Дереализация - это искаженное восприятие окружающего мира, ощущение его отчуждения, неестественности, безжизненности, нереальности. Окружающее видится как нарисованное, лишённое жизненных красок, однообразно-серое и одномерное. Меняются размеры предметов, они становятся маленькими или громадными, чрезвычайно ярко освещёнными (галеропия) вплоть до появления ореола вокруг, окружающее окрашено в желтый или багрово-красный цвет, изменяется чувство перспективы (порропсия), форма и пропорции предметов, они кажутся как бы отраженными в кривом зеркале, перекрученными вокруг своей оси (дисмегалопсия), предметы удваиваются (полиопия), при этом один предмет воспринимается как множество его ксерокопий. Иногда отмечается бурное перемещение окружающих предметов вокруг больного (оптическая буря).

От галлюцинаций дереализационные расстройства отличаются тем, что здесь налицо реальный объект, а от иллюзий — тем, что, несмотря на искажение формы, цвета и размера, больной воспринимает этот объект как именно этот, а не какой-либо другой. Дереализация часто сочетается с деперсонализацией, образуя единый деперсонализационно-дереализационный синдром.

С известной долей условности к особой форме дереализации-деперсонализации можно отнести симптомы «уже виденного» (*deja*), «уже пережитого» (*deja vecu*), «уже слышанного» (*deja entendu*), «уже испытанного» (*deja eprouve*), «никогда не виденного» (*jamais vu*). Симптом «уже виденного», «уже пережитого» заключается в том, что больной, впервые попавший в незнакомую обстановку, незнакомый город, абсолютно уверен, что уже переживал именно эту ситуацию в этом же месте, хотя разумом понимает в действительности он здесь впервые и никогда раньше этого не видел. Симптом «никогда не виденного» выражается в том, что в совершенно

знакомой обстановке, например в своей квартире, больной испытывает ощущение, что он здесь впервые и никогда ранее этого не видел.

Симптомы типа «уже виденного» или «никогда не виденного» кратковременны, длятся несколько секунд и нередко встречаются у здоровых людей в связи с переутомлением, недосыпанием, умственным перенапряжением.

Близок к симптому «никогда не виденного» симптом «*поворота объекта*», встречающийся относительно редко. Он проявляется в том, что хорошо знакомая местность кажется перевернутой на 180 или более градусов, при этом у больного может наступить кратковременная дезориентировка в окружающей действительности.

Симптом «*нарушения чувства времени*» выражается в ощущении ускорения или замедления течения времени. Он не является чистым дереализационным, так как включает в себя и элементы деперсонализации.

Дереализационные расстройства, как правило, отмечаются при органическом поражении головного мозга с локализацией патологического процесса в области левой межпарьетальной борозды. В кратковременных вариантах они отмечаются и у здоровых людей, особенно перенесших в детстве «*минимальную дисфункцию мозга*» — *minimal brain damage*. В ряде случаев дереализационные расстройства носят пароксизмальный характер и свидетельствуют об эпилептическом процессе органического генеза. Дерееализация может отмечаться также при интоксикации психотропными препаратами и наркотическими средствами.

Нарушение схемы тела (синдром Алисы в стране чудес, аутометаморфопсия) — это искаженное восприятие величины и пропорций своего тела или отдельных его частей. Больной чувствует, как начинают удлиняться его конечности, растет шея, голова увеличивается до размеров комнаты, туловище то укорачивается, то удлиняется. Иногда отмечается ощущение выраженной диспропорции частей тела. Например, голова уменьшается до размеров мелкого яблока, туловище же достигает 100 м, а ноги простираются до центра Земли. Ощущения изменения схемы тела могут выступать изолированно или в комплексе с другими психопатологическими проявлениями, но они всегда крайне тягостны для больных. Характерной особенностью нарушений схемы тела является их коррекция зрением. Посмотрев на свои ноги, больной убеждается, что они обычных размеров, а не многометровые; посмотрев на себя в зеркало, он обнаруживает нормальные параметры своей головы, хотя и испытывает ощущение, что голова в диаметре достигает 10 м. Коррекция зрением обеспечивает критическое отношение больных к указанным расстройствам. Однако при прекращении контроля зрением пациент вновь начинает испытывать мучительное чувство измененности параметров своего тела. Нарушение схемы тела часто отмечается при органической патологии головного мозга.

ЛЕКЦИЯ № 3-4

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Мышление — это высшая форма психической деятельности человека, включающая в себя активную переработку чувственных ощущений и восприятия, т.е. это опосредованное отражение связей и отношений между предметами и явлениями объективного мира. В основе процесса мышления лежат такие операции, как анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение, классификация признаков. В результате этих операций образуются понятия и умозаключения. Понятие является отражением в сознании человека общих закономерностей и качеств предметов и явлений. В понятие включается познание реальной внутренней сущности того или иного явления или предмета.

В зависимости от степени абстрагирования и обобщения понятия носят конкретный или абстрактный характер. Поэтому и выделяют конкретно-образное и абстрактное мышление.

Наглядно-образное, чувственное или конкретное мышление связано со словесными образами конкретных предметов, непосредственно познаваемых при помощи органов чувств. При абстрактном мышлении мы обобщаем, т.е. улавливаем совокупность существенных признаков, которые характерны для данного явления, отбрасывая всякие для него несущественные, частные признаки. Таким образом, возникают абстрактные понятия, например «животные», «деревья», «подводный мир». Они отличаются от конкретных понятий, например «носорог», «береза», «акула».

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

Физиологической основой мышления является, как известно, вторая сигнальная система (И.П.Павлов), отражающая на более высоком уровне не только прошлое и настоящее, но и предстоящее путем образования временных связей — ассоциаций. Мышление материализуется в речь. Именно поэтому путем анализа речевой продукции человека можно судить о наличии или отсутствии у него патологии мышления.

Расстройства мышления разделяются на патологию ассоциативного процесса и патологию суждения.

Патология ассоциативного процесса

Ускорение мышления выражается в том, что условно за единицу времени образуется больше ассоциаций, чем в норме, при этом страдает их качество. Быстро сменяющие друг друга образы, представления, суждения, умозаключения крайне поверхностны. Обилие и легкость новых ассоциаций, спонтанно возникающих от любого зрительного, звукового, обонятельного и других раздражителей, отражается в речевой продукции, которая может напоминать так называемую пулеметную речь. От непрерывного говорения больные иногда даже теряют голос или же он становится хриплым, шепотным.

Для этого варианта нарушения мышления характерна повышенная отвлекаемость, мешающая больному довести до конца любое начинание. В голове так много мыслей, что они нередко принимают характер *скачки идей*. При этом мыслительный процесс и речевая продукция как бы имитируют бессвязность. Однако если эту речь записать на магнитофон и воспроизвести в медленном темпе, то можно определить в ней некий смысл, цель, чего никогда не бывает при бессвязности мышления.

Другим вариантом ускорения темпа мышления является *ментизм* (мантизм), который представляет собой возникающий помимо воли больного наплыв мыслей. Поток образов, представлений, воспоминаний обрушивается на больного в таком стремительном темпе, что он не может справиться с ними, теряется от их обилия, чувствует себя беспомощным. Некоторые исследователи считают ментизм вариантом идеаторного автоматизма синдрома Кандинского — Клерамбо при шизофрении или при органических психозах.

Ускорение ассоциативного процесса является обязательной производной маниакального синдрома различного генеза (аффективные расстройства, шизофрения, наркомания и т.д.).

Замедление мышления проявляется в заторможенности и бедности ассоциаций. Наиболее выражено замедление ассоциативного процесса в абсолютно «пустой голове, в которой мысли вообще не появляются». На вопросы больные отвечают односложно и после длительной паузы (латентный период речевых реакций возрастает по сравнению с нормой в 7—10 раз). Подобное нарушение обычно характерно для депрессивного синдрома, но может отмечаться при апатических и астенических состояниях, а также при легких степенях помрачения сознания.

Полная остановка течения мыслей - *иперунг* (термин немецких авторов, *блокировка мыслей* — англоговорящих) происходит, когда на фоне ясного сознания и при отсутствии галлюцинаций больной на какое-то время теряет нить беседы, при этом в голове возникает ощущение пустоты, он перестает говорить и как бы приходит в себя лишь через некоторое время. Это расстройство весьма характерно для шизофрении.

Насильственное мышление характеризуется тем, что в сознании больного помимо воли и желания возникают случайные, малозначимые для него мысли или поток мыслей, от которого он избавиться не может. В таком случае говорят о *«наплыве мыслей»*, или ментизме.

Патологическая обстоятельность мышления — это чрезмерная вязкость, тугоподвижность ассоциативного процесса, застревание на несущественных признаках, трудность переключения с одной темы на другую. Речь больных изобилует множеством ненужных деталей, так как они не в состоянии отличить главное от второстепенного, им кажется важной каждая мелочь или оттенок обсуждаемой проблемы. Кроме того, нередко речь приобретает особые интонации, растягиваются слова, используются уменьшительно-ласкательные суффиксы.

Патологическая обстоятельность особенно характерна для эпилепсии (так называемое *лабиринтное мышление*), однако возможна при травмах головного мозга, сосудистых психозах и других видах психической патологии.

Персеверация мышления — застревание на одних и тех же представлениях, выражается в постоянном повторении какого-то слова или группы слов. Обычно это — правильный ответ на первый заданный больному вопрос. На все последующие вопросы он дает тот же первичный ответ. Так, на вопрос: «Сколько вам лет?», больной правильно отвечает: «65». И далее: «Как вас зовут?» — «65», «Где вы живете» — «65» и т.д.

Это состояние (так называемые стоячие симптомы) весьма характерно для атрофических процессов головного мозга (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера), но может отмечаться при травматических и сосудистых психозах.

Вербигерация — спонтанное и стереотипное повторение каких-то слов, звуков или простых предложений. Возникает произвольно, чаще отмечается при шизофрении.

Парциализация мышления — характерна только для шизофрении. Выражается в том, что, по мнению больных, мыслить могут абсолютно все части тела.

Больной Б. научился распределять мыслительный процесс по всему телу, «чтобы мозг отдыхал». Когда он встречался с неприятным для себя человеком, он думал только ягодицами, когда ему нравилась какая-нибудь девушка, он начинал думать половым членом, когда занимался физическим трудом, думали руки, спина и живот, при чтении думали глаза и мышцы шеи и т.д.

Резонерство — склонность к пустому, бесплодному рассуждательству с отсутствием конкретных идей. Крайнюю бессодержательность и бедность суждений больной облакает в грамматически правильную, но пространную, порой витиеватую словесную форму с использованием высокопарных выражений и обилием научных и философских терминов.

В качестве примера приведем высказывание больной С, математика по образованию, проходившей лечение по поводу приступа шизофрении:

Например, больной на вопрос врача о самочувствии отвечает: «Смотря что вы имеете в виду под самочувствием. Оно зависит не только от магнитного возмущения земной коры, но и от солнечной активности, которая подчиняется более общим космическим законам, и количества "черных дыр" в нашем участке Млечного пути. Кроме того, мое самочувствие напрямую зависит от эмоционального состояния микроорганизмов, обитающих в моем кишечнике».

В норме нечто, формально напоминающее резонерство, называется демагогией. Наличие в мышлении резонерства обычно свидетельствует о несвежем шизофреническом процессе.

Символическое мышление присуще всем людям — и здоровым, и больным. Есть символы, которые понятны если не всем, то большинству. Например, белый халат — символ врача, черная одежда — символ траура. При патологии ассоциативного процесса в виде символического мышления символы всегда сугубо индивидуальны и понятны только самому больному.

Нет двух больных с одинаковой символикой. Источником символического мышления может быть любой предмет, сказанная кем-то нейтральная фраза, любой цвет одежды, явление природы.

Больной Ж. в состоянии психоза с особым пристрастием смотрел на номера телефонов во время телевизионной рекламы. Если в телефонном номере была цифра 8, это сулило ему счастье в

настоящем и будущем. Цифра 2 предвещала горе, несчастье, тяжелую болезнь и неверность жены. Чтобы это не сбылось, нужно было в течение 5 с выключить «виновный» канал и не включать его ровно 5 ч.

Паралогическое мышление развивается по законам кривой логики и понятно только самому больному. В мышлении отсутствует логическая связь, выводы, к которым приходит больной, нелепы и неадекватны. Чаще всего отмечается при шизофрении.

Например, больной заявляет: «Я плохо вижу, так как за окном глубокая осень». Далее разъясняет: «Осень — это предтеча зимы, увядания и гибели растительного мира. У меня снизилось зрение, это признак старости. Значит, я скоро умру вместе со всеми растениями страны». Другой больной заявил, что он маленького роста, так как его росту помешали военные действия в Индонезии.

Разорванность мышления — это утрата логической связи между представлениями, понятиями и идеями, хотя мысль при этом иногда облекается в правильную грамматическую форму.

Например: «Богемность космической фантазмагии мешает замедлению учения Мичурина». Или: «Мечта сформировалась из остаточных продуктов полей орошения с завтрашним распределением крайней облачности над всей Испанией». Крайним вариантом разорванности является шизофазия или «словесная крошка», когда речевая продукция выражается в не связанных между собой отдельных словах или простых предложениях с обилием неологизмов (новые слова, составленные из приставки одного и корня, суффикса или окончания другого слова). Разорванность мышления типична для шизофрении.

Бессвязность мышления характеризуется полной хаотичностью и бессмысленностью ассоциативного процесса, речь состоит из отдельных, не связанных между собой слов. Несколько напоминая шизофазию, бессвязность отличается от нее тем, что всегда, возникает на фоне нарушенного сознания, в частности при аменции любого генеза.

Патология суждения

К патологии суждения относятся навязчивые состояния, сверхценные, бредаподобные и бредовые идеи.

Навязчивые состояния (обсессии)

Так называют разнообразные мысли, влечения, страхи, сомнения, представления, произвольно вторгающиеся в сознание больного, который прекрасно понимает всю их нелепость и в то же время не может с ними бороться. Обсессии как бы навязываются человеку, избавиться от них усилием воли он не может.

Навязчивые мысли могут эпизодически появляться и у психически здоровых. Они часто связаны с переутомлением, иногда возникают после бессонной ночи и обычно носят характер навязчивых воспоминаний (какой-либо мелодии, строчки из стихотворения, числа, имени и т.д.).

Навязчивые явления условно разделяются на две группы: *отвлеченные*, или *аффективно-нейтральные*, т.е. протекающие без аффективных реакций навязчивости — навязчивый счет, бесплодное мудрствование, навязчивые действия; *образные*, или *чувственные навязчивости*, протекающие с выраженным аффектом — контрастные представления (хульные мысли, навязчивые чувства антипатии к близким людям, навязчивые влечения, навязчивые сомнения, навязчивые страхи (фобии) и т.д.).

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

Навязчивые мысли (бесплодное мудрствование) 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.

Навязчивые действия выражаются в произвольном, автоматическом выполнении каких-либо движений. Например, во время чтения человек механически накручивает на палец прясть

волос или покусывает карандаш, или автоматически поедает одну за другой лежащие на столе конфеты.

Отвлеченные навязчивости, особенно навязчивые действия, часто встречаются не только у больных, но и у психически совершенно здоровых людей.

Навязчивые воспоминания проявляются в постоянном произвольном воспоминании какого-то неприятного, компрометирующего факта из жизни больного. Эта актуализация всегда сопровождается отрицательно окрашенными эмоциями.

Контрастные навязчивости включают в себя, как уже указывалось, хульные мысли, чувство антипатии и навязчивые влечения.

Хульные мысли — это навязчивые, циничные, оскорбительные представления в отношении определенных лиц, религиозных и политических деятелей, других людей, к которым больной в действительности относится с большим уважением. Например, во время церковной службы у глубоко религиозного человека возникает непреодолимое желание выкрикнуть оскорбление в адрес Бога или ангелов. Или во время встречи первокурсников с ректором института у одного студента возникает непреодолимое желание крикнуть, что ректор — дурак. Это желание было столь интенсивным, что студент, зажав себе рот, пулей выскочил из актового зала. Хульные мысли всегда сопровождаются выраженным аффектом, они чрезвычайно тягостны для больных. Следует подчеркнуть, однако, что хульные мысли, как и все контрастные навязчивости, никогда не реализуются.

Навязчивое чувство антипатии заключается в том, что у больного помимо его желания возникает мучительно-непреодолимое чувство острой неприязни и ненависти к наиболее близким и любимым людям, например к матери или собственному ребенку. Эти навязчивости протекают с особенно выраженным аффектом страха.

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.

Больной всегда понимает нелепость и болезненность этих влечений и всегда активно борется с их реализацией. Эти навязчивости протекают с выраженным страхом и тревожными опасениями.

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.д. Несмотря на многочисленные проверки напряженность сомнений не снижается.

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. Фобий достаточно много. Наиболее часто встречаются:

Агорафобия — навязчивый страх открытых пространств (площадей, улиц).

Акрофобия (гипсофобия) — навязчивый страх высоты, глубины.

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.

Вомитофобия — навязчивый страх рвоты.

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 и т.д.).
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 сердечнососудистого 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 общества.
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 повторении фобии.
Хроматофобия — навязчивый страх ярких красок.

Существует множество других, менее известных фобий (всего их более 350 видов).

Фобии всегда сопровождаются выраженными вегетативными реакциями вплоть до возникновения панических состояний. Тогда же, на высоте страха может на некоторое время исчезать критическое отношение к фобиям, что усложняет дифференциальную диагностику навязчивостей от бредовых идей.

Больной И., 34 лет, страдающий синдромом раздраженной толстой кишки (психогенный понос + психогенная боль в толстой кишке), длительное время подозревал, что его проблемы со стулом обусловлены раком толстой кишки (канцерофобия) или сифилитическим поражением (сифилофобия), или СПИДом (спидофобия). По поводу подозреваемых заболеваний неоднократно обследовался в соответствующих медицинских учреждениях, несмотря на негативные результаты анализов, врачам не верил. Лечился у ясновидящих, знахарок, которые охотно подтверждали его подозрения, пока он был в состоянии платить. Попав в санаторное отделение психиатрической больницы, он каждый день просил, чтобы лекарство набирали в одноразовый шприц при его присутствии, так как панически боялся заразиться СПИДом через шприц.

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

Например, при агорофобии больной перед выходом из дома совершает какое-то одно действие — в определенном порядке переставляет книги на столе или несколько раз поворачивается вокруг оси, или совершает несколько прыжков. При чтении человек регулярно пропускает десятую страницу, ибо это возраст его ребенка, пропуск же соответствующей страницы «предохраняет» ребенка от болезней и смерти.

Ритуалы могут выражаться в воспроизведении больным вслух, шепотом или даже мысленно какой-либо мелодии, известной поговорки или стихотворения и т.д. Характерно, что после совершения подобного обязательного обряда (ритуала) наступает относительное спокойствие, и больной может на время преодолеть доминантную навязчивость. Другими

словами, ритуал — это второстепенная навязчивость, сознательно вырабатываемая больным как метод борьбы с основными obsессиями. Поскольку ритуалы являются по своему содержанию навязчивым действием, больной обычно не в состоянии преодолеть потребность в его совершении. Иногда ритуалы приобретают характер сделанности (явления психического автоматизма) или кататонических стереотипий.

Навязчивые состояния нельзя отнести только к патологии мышления, так как при них, особенно при образных obsессиях, значительно выражены и эмоциональные расстройства в виде страха тревожных опасений. В связи с этим вспомним, что в свое время С.С.Корсаков, а до него Ж.Морель, утверждали, что при навязчивых состояниях страдает как интеллектуальная, так и эмоциональная сфера.

Навязчивые состояния отличаются от сверхценных и бредовых идей тем, что больной критически относится к своим навязчивостям, расценивая их как нечто чуждое его личности. Кроме того, и это чрезвычайно важно, он всегда пытается бороться со своими obsессиями.

Навязчивые идеи иногда могут перерасти в бредовые представления или по крайней мере — быть источником последних (В.П.Осипов). В отличие от бреда навязчивости обычно имеют непостоянный характер, возникают эпизодически, как бы приступами.

Навязчивые состояния часто встречаются при неврозах (особенно при неврозе навязчивых состояний), психопатиях *тормозимого* круга, аффективных расстройствах (главным образом при депрессиях) и при некоторых психозах (например, при невротоподобной шизофрении).

Сверхценные идеи

Сверхценными (доминирующими, гиперквантивалентными) считаются чрезвычайно эмоционально заряженные и правдоподобные идеи, не носящие нелепый характер, но имеющие по каким-то причинам огромное значение для пациента. Это ошибочные либо односторонние суждения или группа суждений, которые вследствие своей резкой аффективной окраски получают перевес над всеми остальными идеями и доминируют в течение длительного времени.

Они вытекают обычно из реальных событий, и им придается гиперзначимость. Весь строй мыслей и чувств подчинен одной сугубо субъективной идее. Творческие увлечения (особенно в грубо утрированной форме) людей с художественным складом личности несколько напоминают сверхценные идеи.

Примером сверхценных идей может быть открытие или изобретение, которому автор придает неоправданно большое значение. Он в категорической форме настаивает на немедленном внедрении его в практику не только в предполагаемой сфере, но и в смежных областях. Несправедливое, по убеждению больного, отношение к его творчеству вызывает ответную реакцию, которая превалирует в его сознании; внутренняя переработка больным ситуации не уменьшает, а, наоборот, усиливает переживания. Как правило, это ведет к кверулянтной борьбе (сутяжничеству), предпринимаемой больным с целью восстановления «справедливости».

Пациент, в детстве писавший стихи, одно из которых даже опубликовали в районной газете, начинает считать себя незаурядным, самобытным поэтом, вторым Есениным, которого игнорируют и не печатают из-за зависти и «окружающего недоброжелательства». Вся его жизнь по существу превратилась в цепь последовательных доказательств своей поэтической одаренности. Больной постоянно говорит не о поэзии, а о своем месте в ней, носит как доказательство свое когда-то опубликованное стихотворение и не к месту его декламирует, легко отбрасывает все контраргументы собеседников. Будучи фанатиком своей поэзии, он во всех остальных аспектах жизни выявляет совершенно адекватный стиль существования.

Сверхценными могут быть не только идеи собственной значимости, но и ревности, физического недостатка, сутяжничества, недоброжелательного отношения, материального ущерба, ипохондрической фиксации и т.д.

При благоприятной для пациента ситуации сверхценные идеи постепенно тускнеют, теряют эмоциональную насыщенность (напряженность) и дезактуализируются. Но при неблагоприятном развитии событий, в частности при хронической стрессовой ситуации, сверхценные идеи могут превращаться в бред.

От obsessions сверхценные идеи отличаются отсутствием чувства навязчивости и чуждости, от бреда — тем, что при сверхценной идее происходит запоздалое патологическое преобразование естественной реакции на реальные события. Сверхценные идеи часто встречаются при психопатиях (особенно при паранойяльной форме), но они могут формироваться и в структуре психотических состояний.

Бредовые идеи

Бред — это неправильное, ложное умозаключение, имеющее колоссальное значение для больного, пронизывающее всю его жизнь, всегда развивающееся на патологической почве (на фоне психического заболевания) и не поддающееся психологической коррекции извне.

Содержание бредовых высказываний душевно больных, как правило, отражает идеологическое учение эпохи, социальные отношения, уровень культуры, научные и технические достижения общества.

По тематике переживаний или по содержанию бред делится на три группы: персекуторный бред, бредовые идеи величия, бредовые идеи самоуничтожения (или группа депрессивного бреда).

В группу персекуторного бреда входит собственно *бред преследования* - больной стойко убежден в том, что его постоянно преследуют люди из «определенных организаций». С целью избежать слежки, «избавиться от хвоста» они мгновенно меняют один вид транспорта на другой, на полном ходу выскакивают из трамвая или автобуса, в последнюю секунду перед автоматическим закрытием дверей покидают вагон в метро, «квалифицированно замечают следы», но тем не менее постоянно чувствуют себя жертвой охоты, «его постоянно ведут».

Больной X. в течение полугода исколесил всю страну (так называемая бредовая миграция), пытаясь избавиться от «слежки», постоянно менял поезда и направления, высаживался на первой попавшейся станции, но по голосу диктора вокзала, по выражению лица дежурного милиционера или случайного прохожего понимал, что его «сдали одни и приняли другие преследователи». В круг преследователей входят не только сотрудники по работе, родственники, но и совершенно посторонние, незнакомые люди, а иногда даже домашние животные и птицы (синдром Дудитла).

Бред отношения выражается в том, что больной убежден в плохом к нему отношении со стороны окружающих, которые осуждают его, презрительно посмеиваются, особым образом «перемигиваются», насмешливо улыбаются. По этой причине он начинает уединяться, перестает посещать общественные места, не пользуется транспортом, так как именно в обществе людей особенно остро чувствует недоброжелательное к себе отношение.

Бред отравления — стойкое убеждение больного в том, что его хотят отравить, с этой целью в пищу постоянно подсыпают яд или дают смертельные таблетки (уколы) под видом лекарств, подмешивают цианистый калий в кефир или молоко уже в магазине. По этой причине больные отказываются от еды, приема лекарств, активно сопротивляются проведению инъекций. В домашних условиях они питаются тем, что приготовят сами, или консервами в металлической упаковке.

Больная К. отказывалась от еды, так как медсестры, по ее словам, травят больных, подсыпая яд в пищу, чтобы освободить места для следующей партии больных.

Бред сутяжничества (кверулянтский бред) проявляется в упорной борьбе по отстаиванию своих якобы поправленных прав. Больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества документов. Этот вид бреда характерен для шизофрении и некоторых форм психопатий.

Бред материального ущерба связан со стойкой убежденностью больного в том, что его постоянно обворовывают соседи по лестничной площадке или подъезду. «Кражи» обычно маломасштабны, они касаются мелких предметов (чайная ложка или старая полуразбитая чашка), старой одежды (ветхий халат, используемый в качестве половой тряпки), продуктов (исчезло три

кусочка сахара или несколько глотков пива из бутылки). У больных с подобным бредом в квартире, как правило, двойные металлические двери с несколькими сложными замками, а нередко и с мощным засовом. Тем не менее, стоит им отлучиться из квартиры на несколько минут, как при возвращении они обнаруживают следы «воровства» — то украли кусок хлеба, то «откусили» яблоко или унесли старую половую тряпку.

Больные, как правило, обращаются за помощью в милицию, пишут многочисленные жалобы на «соседей-воров» в органы правопорядка, товарищеские суды, депутатам. Иногда бред материального ущерба логически вытекает из бреда отравления — травят, чтобы завладеть имуществом, квартирой, дачей. Бред материального ущерба особенно характерен для пресенильных и сенильных психозов.

Бред воздействия — это ложная убежденность больного в том, что на него на расстоянии действуют гипнозом, телепатией, лазерными лучами, электрической или ядерной энергией, компьютером и т.д. с целью управления его интеллектом, эмоциями, движениями для выработки «нужных поступков». Особенно часто встречается бред психического и физического воздействия, входящие в структуру так называемых психических автоматизмов при шизофрении.

Больная Т. была убеждена в том, что на нее в течение 20 лет воздействуют «восточные мудрецы». Они читают ее мысли, заставляют работать ее мозги и пользуются результатами ее «духовной интеллектуальной рая боты», потому что «они хотя и мудрецы, но круглые идиоты и сами ни на что не способны». Они и мудрость черпают у больной. Кроме того, на нее воздействуют все люди неславянской внешности, они по собственному желанию изменяют стиль ее мышления, путают в голове мысли, управляют ее движениями, устраивают ей неприятные сновидения, насильственно заставляют вспоминать самые неприятные моменты ее жизни, устраивают болевые ощущения в сердце, желудке, кишечнике устроили ей «стойкий запор», они же «устраивают ей разную степень красоты, делая ее то красавицей, то уродиной».

Отмечается также бред положительного воздействия: на больного влияют ангелы, они улучшают или исправляют его судьбу, чтобы после смерти он предстал перед Богом в более выгодном свете. Иногда больные сами могут воздействовать на окружающих людей или предметы.

Бред инсценировки — восприятие реальной обстановки как «ненастоящей», подстроенной специально, при этом вокруг пациента разыгрывается спектакль, лежащие вместе с ним больные — это переодетые сотрудники спецслужб, других карательных организаций или же «подрабатывающие из-за бедности актеры».

Больная Ц., будучи в психозе и находясь в остром отделении психиатрической больницы, считала, что она находится «в застенках КГБ», больные и врачи вокруг на самом деле являются переодетыми актерами, которые специально для нее разыгрывают какой-то непонятный спектакль, любой вопрос врачей воспринимала как допрос, а инъекции лекарств как пытку с пристрастием.

Бред обвинения — болезненная убежденность больного в том, что окружающие люди постоянно обвиняют его в различных преступлениях, авариях, катастрофах и трагических происшествиях. Пациент вынужден все время оправдываться, доказывать свою невиновность и непричастность к тем или иным преступлениям.

Бред ревности — больному начинает казаться, что его жена без всякой на то причины становится безразличной к нему, что она получает подозрительные письма, заводит в тайне от него новые знакомства с большим количеством мужчин, приглашает их в гости в его отсутствие. Страдающие этим бредом во всем видят следы измены, постоянно и пристрастно проверяют постельное и нижнее белье супруги (супруга). Находя какие-либо пятна на белье, расценивают это как абсолютное доказательство измены. Для них характерна крайняя подозрительность, тривиальные поступки супруги (супруга) интерпретируются как признак развращенности, похотливости. Бред ревности типичен для хронического алкоголизма и некоторых алкогольных психозов, он подкрепляется снижением потенции. Впрочем эта патология может отмечаться и при других психических расстройствах. Иногда бред ревности носит весьма нелепый характер.

86-летний больной, страдавший сенильным психозом, ревновал свою супругу примерно того же возраста к четырехлетнему мальчику из соседней квартиры. Бред ревности (супружеской неверности) у него достигал такой степени, что он зашивал жену на ночь в мешок из простыней. Тем не менее, по утрам он находил, что супруга (кстати, еле передвигавшая ноги) ночью «расшилась, сбегала к любовнику и снова зашилась». Доказательство он видел в другом оттенке белых ниток.

Иногда в бред ревности включаются не супруги, а любовники, любовницы. При этом варианте расстройств больной ревнует любовницу к ее мужу, совершенно не обращая внимание на реальную измену собственной жены. Бред ревности, особенно при хроническом алкоголизме, нередко приводит к правонарушениям в виде убийства жены (мужа), мнимых любовников (любовниц) или кастрации.

Бред колдовства, порчи — болезненная убежденность больного в том, что его околдовали, навели порчу, сглазили, занесли какую-то тяжелую болезнь, отняли здоровье, заменили «здоровое биополе на болезненное», «навели черную ауру». Такой бред следует отличать от обычного заблуждения суеверных людей и культуральных особенностей различных групп населения.

Больная С. вспомнила, что ежедневно покупала хлеб в булочной, где продавцом была хмурая женщина с поразительно острым взглядом. Больная внезапно поняла, что ее сглазила и отняла все здоровье эта продавщица. Не зря она стала в последние дни здороваться с С. и «подобрела», «вероятно, мое здоровье, которое она у меня отняла, ей очень хорошо подошло».

Бред одержимости выражается в убежденности больного, что в него вселилось какое-то другое живое существо («нечистая сила черт, оборотень, вампир, бес, божество, ангел, другой человек. При этом больной не теряет своего «Я», хотя может утрачивать власть над собственным телом, в любом случае в его теле сосуществуют (мирно или немирно) два разных создания. Этот вид бреда относится к архаическим бредовым расстройствам и нередко комбинируется с иллюзиями и галлюцинациями.

Больная Л. утверждала, что в нее вселился Кристи (уменьшительно-ласкательное от слова Иисус Христос в английском варианте). Он находился внутри ее тела и управлял ее движениями, по возможности контролировал ее мысли и потребности. Совместная мирная жизнь длилась недели две, после чего он стал выходить из больной по ночам и изменял ей с другими женщинами. С этим больная смириться не могла и ежедневно, дождавшись его возвращения, устраивала ему скандалы, не особенно стесняясь в выражениях. Вскоре Кристи это надоело и он предложил, больной улететь с ним в рай, «где не принято ревновать и ругаться». Для этого ей надо было выйти на балкон девятого этажа и прыгнуть вниз. Крися должен был подхватить ее на свои крылья на уровне восьмого этажа вознестись. Больная пыталась выброситься с балкона, но была задержана соседкой. В психиатрической больнице она, естественно, находилась в женском отделении и постоянно страдала от невероятной ревности, потому что Кристи стал выходить из нее не только ночью и изменял ей со всеми более менее симпатичными больными, которым пациентка предъявляла претензии, обзывала их, пыталась бить. Больная всегда четко отделяя себя от Кристи, знала, когда он в ней, а когда выходил «распутничать».

Бред метаморфозы проявляется у больного, который полагает, что он превратился в какое-то одушевленное живое существо (зооантропия), например в волка, медведя, лису, лебедя, журавля или в другую птицу. При этом больной теряет свое «Я», не помнит себя человеком и, как животное, в которое он превратился, воеет, рычит, угрожающе скалит зубы, кусается, визжит, бегаёт на четвереньках, «летает», воркует, клюёт окружающих, лакает пищу и т.д. В последнее время в связи с появлением большого количества фильмов и книг о Дракуле и его сообщниках стал весьма актуальным *бред вампиризма*, когда больной убежден, что он по каким-то причинам превратился в вампира и начинает вести себя как вампир. Однако в отличие от своего литературного или кинематографического брата он никогда не нападает на других людей и тем более не убивает их. Больной с соответствующим бредом достает кровь или в медицинских учреждениях, или, подвизавшись около бойни, пьет кровь только что забитых животных.

Значительно реже превращение осуществляется в неодушевленный предмет.

Больной К., «ставший электровозом», пытался подзарядиться энергией из электророзетки и только чудом остался жив. Другой больной, превратившийся в паровоз, грыз каменный уголь и пытался передвигаться на четвереньках по рельсам, издавая паровозные гудки (он жил недалеко от железнодорожной станции).

Бред интерметаморфозы часто сочетается с бредом инсценировки и проявляется убежденностью в том, что окружающие люди подверглись значительным внешним и внутренним изменениям.

Бред положительного двойника отмечается, когда больной совершенно незнакомых ему людей считает своими родственниками или друзьями, а внешнее несходство объясняет удачным гримом. Так, больная Д. считала, что ее сына и мужа «похитили чеченцы», а чтобы она не переживала, «подсунули» ей их профессионально загримированных двойников.

Бред отрицательного двойника проявляется в том, что своих родственников и друзей больной считает совершенно незнакомыми, чужими людьми, специально загримированными под его близких.

Так, больной Х., жену которого якобы убили бандиты и взамен «внедрили» в семью ее копию, относился к последней с сочувствием, жалел ее, каждый вечер ласково уговаривал пойти в милицию и «во всем признаться».

Бред тугоухих и *бред иноязычного окружения* — частные разновидности бреда отношения. Первый отмечается при дефиците вербальной информации при снижении слуха, когда больной убежден, что окружающие постоянно говорят о нем, критикуют и осуждают его. Второй встречается достаточно редко, он может проявиться у человека в иноязычном окружении в виде убежденности, что окружающие негативно о нем отзываються.

Бред чужих родителей выражается в том, что биологические родители, по мнению больного, являются подставными или просто воспитателями или двойниками родителей. «Действительные» же родители занимают важные посты в государстве или являются выдающимися, но законспирированными шпионами, скрывающими до поры до времени свои родственные связи с больным.

Больной Ч. считал, что в возрасте двух месяцев его похитили «советские подданные», которые и стали формально его родителями. Подлинными же его родители — ближайшие родственники королевы Великобритании. К советским родителям относится пренебрежительно, как к людям, которые обязаны его обслуживать. В школе учился плохо, с трудом окончил шесть классов. Однако в больнице утверждал, что он окончил Кембриджский университет, официально работает советником американского президента Картера по кремлевским вопросам. Часто «путем геоперехода» (неологизм) бывает в США, ему не нужны никакие самолеты. Несколько раз реально пытался проникнуть на территорию английского посольства с идеями о своих близких родственных связях с королевой Великобритании. Во всех своих неудачах обвиняет «советских воспитателей» (т.е. родителей), отношение к которым со временем становится все более негативным. «Высокомерная снисходительность» к ним в начале болезни сменилась откровенной агрессией.

Бредовыми идеями величия называют группу расстройств, в которую входит бред высокого происхождения, бред богатства, бред изобретательства, реформаторский бред, любовный, или эротический, бред, а также альтруистический и манихейский бред.

Бред высокого происхождения заключается в том, что больной непоколебимо убежден в своей принадлежности к знатному роду, известному если не всему миру, то всей стране, что он сын важного государственного деятеля, популярной кинозвезды или имеет внеземное космическое происхождение.

Больная, родившаяся в Крыму, была уверена в том, что она является последней из рода Данте, так как один из родственников поэта в свое время жил там же. Другой больной утверждал, что он — плод насильственной любви инопланетянина и земной женщины, происходящей, в свою очередь, от Иисуса Христа. Еще один больной утверждал, что он потомок внебрачного сына Николая II и на этом основании претендовал на российский престол. Уже неоднократно

упоминавшийся больной Ж. был убежден, что по мужской линии он потомок пророка Мухаммеда, более того — самый гениальный за всю историю человечества. Он способен продуцировать великие идеи по переустройству экономической и политической жизни России. Специально, чтобы улавливать эти неосознанные еще им самим гениальные идеи, в космос отправляются русские космонавты, ибо эти идеи становятся понятными только вне Земли. Американские же астронавты летают для того, чтобы «заглушить» эти мысли, сами же понять и тем более реализовать их они не в состоянии.

Бред богатства — это ложная убежденность человека в том, что он богат. Этот бред может быть правдоподобным, когда объективно нищий утверждает, что на его счету в банке 5 тыс. рублей, и нелепым, когда больной уверен, что все алмазы мира принадлежат ему, что у него несколько сделанных из золота и платины домов в разных странах, которые также являются его собственностью.

Бред изобретательства — больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, нашел лекарство от всех неизлечимых болезней, вывел формулу счастья и вечной молодости (средство Макропулоса), открыл все недостающие химические элементы в таблице Менделеева.

Больной Ф., проведя два часа в очереди за мясом, изобрел формулу искусственного мяса. Формула состояла из химических элементов (C_38H_2), находящихся в воздухе, поэтому он предлагал «штамповать мясо прямо из атмосферы», «чтобы навсегда решить проблему голода на Земле». С этой идеей он начал ходить по разным инстанциям, пока не угодил в психиатрическую больницу.

Реформаторский бред связан с уверенностью больного в своей способности преобразовать существующий мир путем, например, изменения скорости вращения Земли вокруг своей оси и общего изменения климата в благоприятную сторону. Реформаторство нередко имеет политическую подоплеку.

Больная Ц. утверждала, что на южном и северном полюсах нашей планеты нужно одновременно взорвать по водородной бомбе. В результате изменится скорость вращения Земли вокруг своей оси, в Сибири (больная из Сибири) будет тропический климат и станут произрастать ананасы и персики. То, что от таяния ледников многие страны будут затоплены, больную совершенно не волновало. Главное — что в ее любимой Сибири наступит жара. С этой идеей она неоднократно обращалась в Сибирское отделение Академии наук, а когда ее «не поняли», приехала в Москву.

Любовный, эротический бред проявляется в патологической убежденности больного в том, что его на расстоянии любит известный человек, который выражает свои чувства цветом одежды, многозначительными паузами во время теледебатов, тембром голоса, жестикующей. Больные обычно преследуют предмет своего обожания, вторгаются в его личную жизнь, тщательно изучают распорядок дня и часто устраивают «неожиданные встречи». Нередко любовный бред сопровождается бредом ревности, что может привести к определенным правонарушениям. Иногда эротический бред принимает откровенно нелепые формы. Так, больной Ц., страдающий прогрессивным параличом, утверждал, что все женщины мира принадлежали ему, что от него родилось все население Москвы.

Альтруистический бред (или бред мессианства) содержит идею возложенной на больного высокой миссии политического или религиозного характера. Так, больной Л. считал, что в него вселился святой дух, после чего он стал новым Мессией и должен объединить в одно целое добро и зло, создать на основе христианства новую, единую религию.

Некоторые исследователи относят к группе бреда величия и так называемый *манихейский бред* (манихейство — мистическое, религиозное учение о вечной и непримиримой борьбе добра и зла, света и тьмы). Больной с таким бредом уверен, что он находится в центре этой борьбы, которая ведется за его душу и проходит через его тело. Этот бред сопровождается экстатическим настроением и одновременно выраженным страхом.

Нередко бред величия бывает комплексным и сочетается с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами.

Бред самоуничижения (депрессивный бред) заключается в умалении больным своего достоинства, способностей, возможностей, физических данных. Больные убеждены в своей ничтожности, убожестве, никчемности, недостойности даже называться людьми, по этой причине они сознательно лишают себя всех человеческих удобств — не слушают радио и не смотрят телевизор, не пользуются электричеством и газом, спят на голом полу, питаются объедками из мусорного бака, даже в мороз носят минимум одежды. Некоторые пытаются, как Рахметов, спать (лежать, сидеть) на гвоздях.

Эта группа психических расстройств включает в себя бред самообвинения (греховности, виновности), ипохондрический бред во всех его вариантах и бред физического недостатка.

Бред самоуничижения в чистом виде почти не встречается, он всегда тесно связан с бредом самообвинения, составляя единый бредовой конгломерат в рамках депрессивных, инволюционных и старческих психозов.

Бред самообвинения (греховности, виновности) выражается в том, что больной постоянно обвиняет себя в мнимых проступках, непростительных ошибках, грехах и преступлениях против отдельных личностей или группы людей. Ретроспективно он оценивает всю свою жизнь как цепь «черных деяний и преступлений», он обвиняет себя в болезнях и смерти близких друзей, родственников, соседей, считает, что за свои проступки заслуживает пожизненного заключения или медленной казни «четвертованием». Иногда больные с подобной патологией прибегают к самонаказанию членовредительством или даже самоубийству. В основе самооговоров также может быть данный вид патологии (вспомним самооговор Сальери, который якобы отравил Моцарта). Бред самообвинения возникает чаще всего на фоне депрессии и, следовательно, отмечается при аффективно-бредовой патологии (маниакально-депрессивный психоз, пресенильные и старческие психозы и т.д.).

Так, больная Н., в прошлом партийный функционер сельского масштаба, в возрасте 70 лет стала обвинять себя в том, что только по ее вине распался Советский Союз, ибо она «отвлекалась на семью и работала на партийной должности не с полной отдачей».

Бред физического недостатка (бред Квазимоды), называют также дисморфофобическим. Больные убеждены в том, что их внешность уродует какой-либо дефект (оттопыренные уши, некрасивый нос, микроскопические глаза, лошадиные зубы и т.д.). Этот дефект, как правило, касается видимой, нередко практически идеальной или обычной части тела. Бред физического недостатка встречается при психозах, дебютирующих в подростковом или юношеском возрасте (в частности, при шизофрении).

Больная Г., считавшая свой нос уродливо широким, старалась сузить его самостоятельно, ибо врачи отказались проводить пластическую операцию. С этой целью она ежедневно надевала на нос бельевую прищепку на 6 часов.

Ипохондрический бред — это патологическая убежденность в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания или дисфункции какого-либо внутреннего органа. Больные проходят многочисленные анализы на СПИД, рак, проказу, сифилис, требуют от врача все новых и новых «солидных» консультаций, но любая консультация оставляет у них острое чувство неудовлетворенности и твердую убежденность в наличии неизлечимого заболевания.

Если в основе ипохондрического бредового переживания лежат сенестопатии или какие-то ощущения, исходящие из внутренних органов, такой бред называется *катастезическим*. Нередки разновидностью ипохондрического бреда является так называемый *нигилистический бред*, или *бред отрицания*. Больные говорят о том, что у них атрофировалась печень, кровь «затвердела», сердца нет вообще, так как «в груди ничего не бьется», мочевыводящий канал растворился, поэтому моча не выделяется, а всасывается обратно в организм, отравляя его. Бред отрицания — важная составная часть синдрома Котара, встречается при инволюционных и старческих психозах, шизофрении и тяжелых органических заболеваниях головного мозга.

Больная К. утверждала, что у нее уже три года нет стула, потому что весь кишечник сгнил. Другая объясняла свое плохое самочувствие и слабость тем, что у нее в организме осталось всего три эритроцита и все они работают с перегрузкой — один обслуживает голову, другой грудь, тре-

тий — живот. Для рук и ног эритроцитов нет, поэтому они постепенно высыхают, «мумифицируются».

Кроме вышеописанных трех групп бредовых переживаний, выделяют индуцированный и конформный бред.

Индуцированный (привитой, наведенный) бред заключается в том, что бредовые идеи больного начинают разделять психически здоровый член его семьи. Индуцирование имеет следующие причины: а) тесная, порой симбиотическая связь индуктора и индуцируемого; б) индуктор — непререкаемый авторитетом для индуцируемого; в) наличие повышенной внушаемости, более низкий интеллект индуцируемого по сравнению с индуктором; г) правдоподобие и отсутствие нелепости в бредовых идеях индуктора.

По своему содержанию индуцированный бред может быть любого содержания (бредом преследования, отношения, изобретательства, эротическим и др.).

Индуцированный бред встречается редко, он всегда подпитывается близким контактом с индуктором. Однако стоит отделить индуцируемого от индуктора, как этот бред может исчезнуть без всякого лечения.

Больной И. высказывал идеи отношения и преследования, вскоре эти же идеи начала переживать и его жена, а через месяц и его 10-летняя дочь. Все трое были помещены в разные отделения психиатрической больницы. Через две недели дочь больного перестала чувствовать за собой слезку, поняла, что окружающие относятся к ней без предубеждения, еще через две недели то же произошло с его женой. Сам больной (индуктор) смог избавиться от этого бреда лишь после интенсивного лечения в течение двух месяцев.

Еще реже встречается так называемый конформный бред, когда два близких психически больных родственника начинают высказывать идентичные бредовые идеи. Здесь также происходит индуцирование. Например, больной, страдающий параноидной шизофренией, высказывает определенные бредовые идеи преследования. Его сестра, страдающая простой формой шизофрении, для которой, как известно, бред вообще не характерен, вдруг начинает высказывать применимо к себе и брату точно такие же идеи преследования. В таком случае у сестры больного бред носит конформный характер.

Бредовые синдромы

Паранойяльный синдром представляет собой лишенный нелепости правдоподобный систематизированный бред монотематического характера. Другой составной частью синдрома является слегка повышенное настроение и самодовольство, убежденность в собственном превосходстве перед 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.

Больной К., обладавший несколько крупноватыми зубами, но считавший, что у него уродливые лошадиные длинные желтые зубы, после отказа нескольких стоматологов их удалить прибегнул к мучительной самооперации (подпилил напильником все свои зубы на 2 мм).

Больной Ц., 42 лет от роду, специально приехал в Москву с Дальнего Востока, чтобы объяснить правительству, как неправильно, нерационально мы расходим дары моря, в частности, как неразумно ловим рыбу и ее утилизируем. Он привез с собой схему новой методики ловли рыбы «с учетом расположения звезд». Первое время жил в гостинице, ежедневно наносил визиты чиновникам, яростно пытался доказать свою правоту, при этом был так эмоционально возбужден, что из министерств его часто выставляли с милицией. Так прошло 2 года, давно кончились Деньги, он уже не мог жить в гостиницах, ночевал на вокзалах зимой и в скверах летом, но каждый день с завидным постоянством «пробивал» свою идею ловли рыбы по-новому. Больного совершенно не волновало, что во Владивостоке остались жена, двое маленьких детей и

престарелые Родители. Он был охвачен своей идеей, которая, по его мнению, достойна сравнения только с французской буржуазной революцией.

Параноидный синдром 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. Выделяют несколько вариантов психического автоматизма:

а) двигательный, или моторный, сопровождается убежденностью больного в том, что кто-то действует на его мышцы, заставляя против желания совершать какие-то движения, которые он не может прекратить усилием воли;

б) сенестопатический автоматизм проявляется в убежденности, что кто-то насильственно вызывает в теле больного различные неприятные ощущения жжения, покалывания, скручивания, сжимания, сдавливания, раздавливания (сенестопатии);

в) самый распространенный вариант психического автоматизма — *ассоциативный*, или *идеаторный* (мыслительный). Больной ощущает воздействие непосредственно на процесс мышления, кто-то отнимает его мысли и считывает их, вкладывает в голову чуждые ему мысли, создает «эхо мысли» (не успеет больной о чем-либо подумать, как его мысль озвучивает кто-то из окружения), превращает его процесс мышления «во внутреннюю речь». Больной чувствует «шелест мысли» — тихое и неотчетливое их звучание. Он испытывает так называемое разматывание воспоминаний (его насильственно заставляют постоянно вспоминать самые неприятные моменты из собственной жизни) или «сделанные сновидения» (каждую ночь больной видит один и тот же крайне неприятный сон с кошмарными персонажами, которые его пытаются или подвергают различным изощренным оскорблениям, преследователи устраивают больному во сне пышные похороны). Больные мысленно общаются со своими преследователями, ведут с ними длительные дискуссии, получают ответы в виде беззвучной или громкой «шепотной речи» или в виде «голосов из головы». Иногда больной заявляет, что его настроение, чувства, симпатии и антипатии управляются кем-то извне.

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 извне; что больны не они, а их родственники или, по крайней мере, врачи.

В наиболее полном виде синдром Кандинского — Клерамбо отмечается лишь при шизофрении. Однако в редуцированном виде он отмечается также при экзогенных, 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.

Парафренный синдром 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 парафреническая система теряет четкую систематизированность и несколько разрыхляется.

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 бессмертия 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.

Больной С. отказывается от еды, считая, что если он съест даже небольшой кусочек хлеба, то все дети мира погибнут от голодной смерти. Или больной старается задержать дыхание, так как, по его мнению, при каждом выдохе он выделяет миллиарды бактерий, которые поразят все население нашей планеты.

Бред гибели мира (апокалиптический бред) выражается в том, что больной уверен в наступающем конце света, при этом земная кора раскалывается пополам, жидкая магма заливают поверхность всей планеты, уничтожая все живое. Больной находится в жидкой лаве, чувствует, как горит его тело, испытывает тягчайшие муки, но умереть не может из-за своего бессмертия.

Синдром Котара в основном характерен для инволюционных и старческих психозов, однако он описан и при периодической шизофрении, и при некоторых других психических заболеваниях.

Больная Ц. утверждала, что у нее длительное время болел желудок, но врачи его не лечили. В результате желудок от боли «скукожился» и «рассосался», пища попадает сразу под кожу и в легкие, вызывая «невыносимые болевые ощущения». По этой причине больная старается вообще не есть, кормить ее приходится через зонд. При осмотре настроение резко снижено, на лице так называемая депрессивная маска — тусклые волосы, безжизненные глаза, опущены уголки рта, не может улыбаться, «разучилась» радоваться и получать удовольствие от чего-либо.

Синдром дисморфофобии-дисморфомании — это бредовая или сверхценная идея физического недостатка, бред отношения и пониженное настроение вплоть до тяжелой депрессии с суицидальными тенденциями. Больные испытывают активное недовольство какой-то частью своей внешности, постоянно обращаются к хирургам с требованием проведения косметической операции для исправления «дефекта внешности». Характерно, что «дефект», как правило, касается идеальной части тела (при бреде), при этом на реальный дефект другой части тела больные не реагируют. Например, страдая от «лопоухости» и требуя оперативного вмешательства на ушных раковинах (кстати говоря, совершенно нормальных), больная абсолютно игнорирует имеющуюся у нее реальную «заячью губу». Тенденция к коррекции внешности (дисморфомания) иногда реализуется самостоятельно, подручными средствами, особенно при отказе хирургов провести пластическую операцию.

Больная 20 лет с объективно маленькой грудью, убежденная в наличии у нее «безобразно больших» молочных желез, после многочисленных отказов от проведения ей пластической операции нанесла себе по два глубоких пореза с латеральной части молочных желез, «чтобы вытащить жир», и едва не погибла от кровотечения.

Бред отношения при этом синдроме выражается в том, что окружающие якобы видят уродство больного, посмеиваются над ним, осуждают и сторонятся его как прокаженного. Больной все свои жизненные неудачи объясняет наличием «дефекта внешности». Он не поступил в институт, потому что преподаватели не хотели иметь студента «с таким уродливым носом». Или

больная долго не могла выйти замуж, объясняя это наличием у себя «безобразно толстых губ» (объективно губы надменно тонкие, что впрочем, внешность больной совершенно не портит).

При отказе хирургов от проведения пластической операции и при невозможности самостоятельной коррекции «имеющегося недостатка внешности» больные нередко прибегают к самоубийству, ибо «жизнь с уродством хуже смерти».

Бредовой вариант дисморфофобии-дисморфомании встречается в юношеском возрасте при шизофрении. Сверхценный вариант более характерен для так называемых пограничных психически заболеваний.

ЛЕКЦИЯ № 5

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ

Патология памяти

Память — особый вид психической деятельности, связанный с восприятием (рецепцией), удержанием (ретенцией) и воспроизведением (репродукцией) информации. Память является интегральной частью процессов мышления и обучения. В механизмах памяти главенствующее значение отводится рибонуклеиновой кислоте (РНК), в молекуле которой кодируется, шифруется и хранится информация.

Патология памяти, называемая общим термином дисмнезия, в психиатрической практике выражается в гипермнезии, гипомнезии, амнезии и парамнезии.

Гипермнезия — кратковременное усиление, обострение памяти. Больной, к своему удивлению, вспоминает давно забытые достаточно крупные эпизоды своего детства или юности в мельчайших подробностях, воспроизводит наизусть целые страницы когда-то прочитанных, но давно забытых произведений. Состояние гипермнезии отмечается при маниакальном синдроме, при некоторых бредовых состояниях, наркоманиях и при исключительных состояниях, например перед смертью, когда вся жизнь человека мгновенно проносится перед глазами. По миновании болезненного состояния гипермнезия проходит.

Гипомнезия — снижение памяти — удел всех людей в пожилом возрасте. Развитие гипомнезии подчиняется закону Рибо-Джексона (обратный ход памяти), когда накопленная за всю жизнь информация постепенно теряется в порядке, обратном пропорциональному приобретению ее, т. е. от настоящего к прошлому. В первую очередь при этом страдает механическая память на имена, номера телефонов, точные даты, важные жизненные события.

Особенно характерна гипомнезия для сосудистых, травматических и атрофических процессов головного мозга.

Амнезия — отсутствие памяти — занимает более значительное место, чем гипер- и гипомнезия в клинике психических заболеваний. Амнезия бывает общей, распространяющейся на достаточно большой временной период, или частичной, когда она касается лишь каких-то определенных воспоминаний (например, переводчик восточных языков после травмы черепа напрочь забыл на полгода японский язык, которым свободно владел ранее, но который откровенно не любил. Его же любимый корейский язык совершенно не пострадал). В данном случае можно говорить лишь о частичной амнезии. Амнезии могут подвергнуться также приобретенные специальные знания и умения, например способность, рисовать или водить машину.

Выделяют несколько разновидностей амнезии.

Ретроградная амнезия — отсутствие памяти на период до начала заболевания. Например, больной, получивший травму черепа, может забыть все, что происходило с ним в течение недели до получения травмы.

Антероградная амнезия — потеря памяти на период после возникновения заболевания. Продолжительность как ретро-, так и антероградной амнезии может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев.

Ретроантероградная амнезия охватывает более или менее длительный период выпадения памяти до и после, например, травмы черепа.

Фиксационная амнезия заключается в неспособности больного удержать и зафиксировать поступающую информацию. Все, что ему говорят, что происходит вокруг него, воспринимается адекватно, но не удерживается в памяти (отсутствует фиксация поступающей информации) и спустя несколько минут, а то и секунд больной полностью забывает об этом.

Прогрессирующая амнезия характеризуется, как и гипомнезия, постепенным ослаблением памяти по закону Рибо-Джексона от настоящего к прошлому.

Тотальная амнезия — это выпадение из памяти всей информации, которая только была у больного, включая даже сведения о себе. Такой больной не знает, как его зовут, сколько ему лет, где он живет, есть ли у него родители, другими словами, он не помнит ничего. Тотальная амнезия может быть при выраженной травме черепа, особенно в военных условиях, реже она встречается и при функциональных заболеваниях (при выраженных стрессовых ситуациях).

Палимпсест — выпадение из памяти отдельных событий в состоянии алкогольного опьянения.

Истерическая амнезия — провалы в памяти, касающиеся неприятных, невыгодных для больного фактов и событий. Развивается по типу вытеснения не только у больных, но и у здоровых, у акцентуированных по истерическому типу личностей. Если провалы памяти по истерическому типу возникают у субъекта, не имеющего в преморбиде истерических черт, такая дисмнезия называется *скотомизацией*.

Парамнезия — это провал памяти, который заполняется различной информацией, определяющей вид парамнезий. Выделяют четыре вида этой патологии: конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии и эхомнезии.

Самым распространенным вариантом парамнезии являются *конфабуляции* — это замещение провалов памяти вымыслами фантастического характера, в которые больной верит абсолютно.

Например, больной 80 лет, страдающий выраженным церебросклерозом, сообщает, что его только что допрашивали одновременно Малюта Скуратов и Иван Грозный. Попытки доказать ему, что оба вышеуказанных персонажа давно мертвы, оказались тщетными.

Псевдореминисценции — это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени. Например, больной со старческим слабоумием, находящийся в больнице около шести месяцев, бывший до болезни прекрасным преподавателем математики, утверждает, что он только что проводил занятия по тригонометрии в X классе. Иногда в литературе вместо этого термина используют понятие «замещающие конфабуляции».

Криptomнезии (присвоенные воспоминания) — провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает: он не помнит, наяву или во сне произошло то или иное событие, а вычитанные в книгах или услышанные от кого-то мысли считает своими собственными.

Больной с радостью сообщает врачу, что сочинил стихи: «Я помню чудное мгновенье...» и был искренне огорчен тем, что это стихотворение задолго до него написал А.С.Пушкин. Прекрасное описание криптомнезии приведено в «Дядюшкином сне» Ф.М.Достоевского, где старый князь не знает, то ли он действительно сделал предложение молодой девушке, то ли он видел это во сне.

К криптомнезиям относится и так называемое *отчужденное воспоминание*, состоящее в том, что события, произошедшие в жизни больного, он в последующем воспринимает не как реальные, а как прочитанные в книге, увиденные в кино или театре, услышанные по радио, от собеседников или пережитые в сновидениях.

Некоторые исследователи относят к парамнезиям и *эхомнезии* (редублицирующие воспоминания). Это особый вид обмана памяти, при котором события, происходящие в настоящее время, кажутся уже происходившими раньше.

С известной долей условности в эту группу расстройств относят и *экмнезии*, при которых далекое прошлое переживается как настоящее. При экмнезии весьма пожилые люди считают себя

юнцами и начинают готовиться к свадьбе. Концентрированное комплексное нарушение памяти особенно выражено при так называемом Корсаковском синдроме.

Синдром Корсакова включает в себя триаду симптомов: фиксационную амнезию, парамнезию и амнестическую дезориентировку во времени или месте. Этот синдром описан С. С. Корсаковым в 1887 г. при алкогольном. Он получил название своего первооткрывателя и был выявлен при очень многих психических заболеваниях, кроме шизофрении.

Расстройства внимания

Внимание представляет собой направленность психической деятельности на явления окружающей действительности и на процессы, происходящие в организме. Различают пассивное и активное внимание.

В основе **пассивного (непроизвольного)** внимания лежит ориентировочная (безусловная) реакция организма на сигналы окружающей среды.

Активное (произвольное) внимание сводится к сосредоточению психической деятельности человека на решении той или иной задачи либо на достижении какой-то цели. В основе активного внимания лежит приобретенный и закрепленный в процессе индивидуальной жизни практический опыт человека.

Внимание может быть устойчивым или неустойчивым, переключаемым либо отвлекаемым. Высокая устойчивость внимания, большой его объем и медленная переключаемость характерны для людей, увлекающихся решением какой-либо сложной проблемы, требующим длительного умственного напряжения. Повышенная переключаемость внимания дает возможность быстро решать любые производственные или бытовые вопросы. При различных патологических состояниях психической деятельности, например при маниакальном синдроме, наблюдается повышенная отвлекаемость внимания. При депрессиях внимание больных патологически сосредоточено на анализе поступков, совершенных в прошлом, на состоянии своего здоровья. У них появляются мысли о неизлечимости тяжелого недуга, о гибели семьи, мира. Невротические расстройства и астенизация психической деятельности после тяжелых соматических и инфекционных заболеваний сопровождаются повышенной истощаемостью внимания. Выделяют следующие нарушения внимания.

Рассеянность (гипопрозеция) — неспособность к сосредоточению внимания, нарушения способности длительно концентрировать внимание, сосредоточения с постоянными переходами от одного явления к другому, ни на чем не задерживаясь. Рассеянность часто бывает при утомлении, при астенических состояниях разного генеза и, как правило, сочетается с повышенной истощаемостью внимания.

Истощаемость – неспособность к длительному сосредоточению внимания.

Повышенная отвлекаемость (гиперметаморфоз) — запредельная (чрезмерная) подвижность внимания, непрерывный переход от одного вида деятельности к другому. При этом ни одно действие не доводится до конца. Повышенная отвлекаемость весьма характерна для маниакального состояния, где она тесно связана с ускорением ассоциативных процессов.

Инертность внимания (малая подвижность внимания, застреваемость) характеризуется нарушением переключаемости внимания, это как бы патологическая фиксация внимания.

Слабая распределяемость – сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужение «поля внимания»).

Апрозеция — полное отсутствие внимания.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Эмоции — это субъективные реакции человека или животного на воздействие внутренних и внешних раздражителей, проявляющиеся в виде удовольствия, неудовольствия, радости, страха и т.д. Сопровождая практически любые проявления жизнедеятельности организма, эмоции служат одним из главных механизмов внутренней и внешней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей. Эмоции всегда имеют объективные проявления в виде тех или иных физиологических реакций организма.

Выделяют **высшие и низшие эмоции**. Первые (чувства) связаны с интеллектуальной деятельностью человека, вторые — с удовлетворением врожденных инстинктов.

Как известно, эмоции бывают положительные и отрицательные. Удовлетворение каких-либо потребностей приводит к положительным, а неудовлетворение — к отрицательным эмоциям.

Кроме того, выделяют эмоции: а) стенические, повышающие активность и жизнедеятельность организма (например, радость); б) астенические, значительно снижающие активность и жизнедеятельность организма. Однако иногда одна и та же эмоция может выступать в двух ипостасях. Так, страх в одном случае может значительно повысить мускульную силу: в другом случае, наоборот, чувство страха вызывает полный упадок сил. Недаром говорят, что от страха «подгибаются колени» или «от ужаса остолбенел».

В настоящее время выделяют девять основных (базальных) эмоций, характерных для человека: радость, удивление, страх, грусть, гнев, отвращение, интерес, презрение, стыд. Нередко сочетание эмоций рождает новое чувство.

Виды чувств. Различные формы эмоциональных процессов у здорового человека не существуют обособленно. Они возникают и переживаются в составе весьма сложных, устойчивых эмоциональных состояний личности, в зависимости от содержания, направленности, объективных условий выполнения социальных действий. Эти обобщающие чувства, конкретизирующиеся в сотнях переживаемых эмоций, аффектов, настроений, называются высшими. Выделяют несколько разновидностей высших чувств.

Моральные чувства — в них отражается отношение человека к другим людям, коллективу, к своим общественным обязанностям. Одним из ведущих моральных чувств является чувство долга. Чувство долга и любви к Родине называется патриотизмом.

Интеллектуальные чувства выражают отношение человека к мыслям как к истинным, так и ложным, удивительным и сомнительным, понятным или непонятным, вызывающим недоумение. К интеллектуальным чувствам, прежде всего, может быть отнесено удивление. Удивление является неотъемлемой стороной познавательной деятельности человека. Пораженный и удивленный, эмоционально охваченный чем-то непонятным, изумляющим, человек стремится удовлетворить свои познавательные потребности. В ходе познавательной деятельности человек постоянно выдвигает гипотезы, опровергая или подтверждая их, ищет наиболее правильные решения, заблуждается и вновь выходит на верную дорогу. Поиски истины могут переживаться как чувство сомнения. Наконец, решение вопроса, нахождение истины может сопровождаться чувством уверенности. Это чувство является поддержкой человеку в трудные минуты борьбы за претворение в жизнь тех убеждений, к которым он пришел путем активной познавательной деятельности.

Эстетические чувства человек переживает по отношению к природе, к произведениям искусства, в общении между людьми. Именно переживает, а не просто спокойно оценивает. Степень переживания может быть различной — от легкого волнения до глубокого потрясения. Во всех случаях эстетические переживания благотворно действуют на человека. Насколько сильно

эстетическое чувство влияет на человека, особенно отчетливо видно на примере изменений, возникающих под влиянием музыки. Музыка оказывает сильнейшее влияние на весь физический и духовный мир человека. Под влиянием музыки он может испытывать радость и грусть, страдание и негодование, музыка может вдохновить и ободрить. Издревна музыка использовалась как лечебное средство (сейчас этот метод лечения называется музыкотерапией). Особенно сильное воздействие оказывает музыка в сочетании с танцами. С помощью танцев люди готовили себя и к труду, и к бою. Применялись танцы и для лечения. Есть сведения, что название итальянского танца «тарантелла» связано с тем, что врачи заставляли пациентов, укушенных тарантулом, исполнять его определенное количество раз.

Практические чувства связаны с процессом физического труда, это «мышечная радость». Труд — основа существования, и среди высших чувств важное место занимает положительное эмоциональное отношение к труду как творчеству, «трудному», но радостному делу, источнику бодрости и боевого настроения при встрече с препятствиями, переживание чувства торжества при его успешном завершении.

Формы переживания чувств. *Настроение* — это устойчивое эмоциональное состояние, складывающееся под влиянием как внешних воздействий, так и биохимического и гормонального состава крови, импульсов с интерорецепторов и т.д. Настроение зависит от множества факторов, в частности от состояния здоровья человека. Но и процесс заболевания и выздоровления в значительной степени зависит от настроения. Уже не вызывает сомнения тот факт, что «подавленные», неотреагированные эмоции, в том числе хроническое подавленное настроение, могут приводить к формированию психосоматических заболеваний или неврозов.

Аффект — это сильная, бурная, но кратковременная эмоциональная реакция. Это уже не радость, а восторг, не горе, а отчаяние, не страх, а ужас, не гнев, а ярость. Аффект развивается в критических условиях при неспособности человека найти адекватный выход из опасных, чаще всего неожиданно сложившихся ситуаций.

Очень сильное возбуждение подкорковых центров эмоций приводит к торможению корковой деятельности, вследствие чего происходит сужение, а при патологическом аффекте — и кратковременное выключение сознания с последующим выпадением из памяти этого отрезка времени. Однако в большинстве случаев при обычном аффекте человек осознает свои действия, хотя и плохо ими владеет.

Страсть — это сильное, длительное, устойчивое эмоциональное состояние. Страсть определяет стремление к достижению цели и помогает ее достижению (например, страсть к свободе, любовная страсть, страсть к коллекционированию и т.д.).

Стресс — это эмоциональное состояние, вызванное ситуацией напряженности. Стрессовые ситуации возникают при опасности для жизни, при различных физических и умственных перегрузках, при необходимости принимать быстрые и ответственные решения и т. д. Стресс, однако, может иметь и положительный эффект. В частности, незначительный стресс может вызвать прилив сил, активизацию жизнедеятельности, особую ясность и четкость мысля борьбу по преодолению или разрешению психотравмирующей ситуации. Стресс может быть легким, и тогда он не нарушает адаптационных механизмов личности, и сильным, приводящим к значительной личностной дезадаптации. Самым тяжелым для человека является социальный стресс (стресс одиночества), при котором человек испытывает полную социальную незащищенность.

Фрустрация — психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели. Проявляется в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и пр. Сила фрустрации зависит от степени значимости блокирующего поведения и субъективной «близости» достижения цели. Защитные реакции при фрустрации связаны с появлением агрессивности, уходом от трудной ситуации (в том числе переносом действия в воображаемый план), снижением сложного поведения, вплоть до глубокой регрессии. Фрустрация может привести к характерологическим изменениям, она нередко является причиной развития неврозов.

Симптомы эмоциональных нарушений

Патологический аффект — бурная эмоциональная реакция гнева или ярости, возникающая в ответ на ничтожные раздражители и сопровождающаяся агрессивными действиями на раздражитель. Патологический аффект протекает стремительно на фоне помраченного сознания по типу сумеречного, по выходе из которого отмечается полная амнезия пережитого. Это состояние может возникать при органических поражениях головного мозга, психопатиях, психогениях и некоторых других психически страданиях.

Эйфория — патологически повышенное, неадекватное раздражителю сверхрадостное настроение, когда человеку абсолютно все нравится, жизнь при этом кажется сплошной цепью беззаботных радостей и беспечных удовольствий, все проблемы, даже глобальные вполне разрешимы. Все окружающее видится как бы через розовые очки, абсолютно радужных тонах, при этом отмечается непробиваемый оптимизм, даже отрицательные, а порой трагические моменты окружающей жизни воспринимаются исключительно положительно, сверхрадостно. За счет постоянного гипероптимизма больной неадекватно оценивает свое объективно тяжелое состояние. Так, например, эйфория может появиться в терминальной стадии некоторых злокачественных опухолей. Эйфория встречается при очень многих психических и соматических заболеваниях.

Мория — немотивированное повышенное настроение с дурашливостью, расторможенностью влечений, плоскими, пошлыми шутками. Поведение таких больных несколько напоминает гебефреническое возбуждение, хотя и отличается от последнего отсутствием парамимии, эхоталии, эхопраксии. Нередко мория сопровождается легкой степенью оглушенности — обнубиацией. Мория чаще встречается у больных с органическим поражением лобных долей (так называемая лобная психика).

Дистимия — патологически пониженное, угнетенное настроение, возникающее без какой-либо причины. Больной смотрит на мир как бы через черные очки, окружающее воспринимается мрачным, бесперспективным, безысходно-пессимистическим. Больного ничто не радует, сама жизнь кажется ему лишеной всякого смысла, «крутами дантова ада». Нередко именно дистимия является основной причиной суицидальных мыслей, намерений и попыток. Дистимия встречается при очень многих психических и соматических заболеваниях, особенно при депрессии.

Тревога — это тоска, проецируемая в будущее, сильное душевное волнение, беспокойство, обусловленное беспричинным ожиданием крупной неприятности, катастрофы, которая произойдет с больным или его самыми близкими родственниками. Тревога может быть ситуационно-обусловленной, связанной с конкретной, нередко преувеличенной жизненной ситуацией, и диффузной, так называемой свободно плавающей, не связанной с какими-то определенными фактами или событиями. Тревога обычно сопровождается выраженными вегетативными реакциями и часто двигательным возбуждением, она нередко тесно связана с депрессией и выступает в едином тревожно-депрессивном синдроме при многих психических и соматических расстройствах, особенно инволюционном возрасте.

Дисфория — немотивированное тоскливо-злобное настроение с активным недовольством окружающими или, реже, собой и выраженным экстрапунитивным поведением. Отмечается не высокая раздражительность и аффект злобы, которые и объясняют выраженные внезапные беспричинные вспышки разрушительных действий и агрессии к окружающим. Если агрессия по каким-то причинам не может реализоваться во вне она направляется на себя, выражаясь в членовредительстве или суицидальных действиях. Дисфория чаще всего отмечается при эпилепсии, органических заболеваниях мозга, некоторых формах психопатий, сосудистых и атрофических процессах головного мозга.

Эмоциональная лабильность (эмоциональная слабость, слабодушие) — это выраженная неустойчивость настроения: больной, по незначительному поводу крайне легко переходит от плача к смеху и наоборот — от умиления к гневу. Он не может без слез читать сентиментальный роман, смотреть старые довоенные или военные фильмы. В течение дня эмоции многократно меняют свою полярность. Слабодушие является обязательным симптомом при сосудистых

заболеваниях головного мозга, оно встречается также при органических заболеваниях головного мозга и астениях различного генеза.

Эмоциональная тупость (эмоциональное оскудение) — постепенное обеднение тонких эмоциональных реакций, исчезновение эстетических, моральных, этических, интеллектуальных чувств. Больной теряет способность к сопереживанию, деликатность, проявляет грубую бесцеремонность, эмоциональную холодность, безразличие и безучастность к судьбе наиболее близких людей. Равнодушие не касается только низших эмоций, связанных с удовлетворением инстинктов, особенно пищевого. Такое эмоциональное нарушение типично, главным образом, для шизофрении.

Неадекватность эмоций — это несоответствие характера эмоций и вызвавшего их повода. Так, например, больной Ц. радостно засмеялся, когда ему сообщили о смерти единственного ребенка, добавив, что он достаточно молод и у него еще будет много детей. Тот же больной выразил бурный гнев по поводу замены его старых тапочек на новые. Неадекватность эмоциональных реакций особенно характерна для шизофрении.

Апатия выражается в отсутствии всяких желаний и полном безразличии к окружающим и к себе. Больные не только теряют интерес к событиям внешнего мира (не читают, не смотрят телепередач, не слушают радио), но и совершенно безразличны к своему собственному состоянию, они становятся неряшливыми, неопрятными. Сохраняя в целом способность мыслить, они фактически теряют способность действовать. Апатия характерна, для шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга.

Эмоциональные синдромы

Маниакальный синдром

Мания - это патологически повышенное настроение (эйфория), ускорение ассоциативного процесса и двигательной расторможенностью. Больные находятся в постоянно приподнятом настроении, в состоянии неумного веселья, непробиваемого оптимизма. Все окружающее, в том числе и негативные моменты, воспринимаются как бы через розовые очки. Жизнь для таких больных гиперпрекрасна, изумительна, абсолютно беспроblemна, характерна крайняя поверхностность суждений и оценок, оптимистическое отношение к своему настоящему и будущему, больные находятся в превосходном расположении духа, испытывают постоянную необычайную бодрость, прилив сил, никогда не испытывают усталости или какого-либо недомогания. Они принимаются одновременно за массу дел, но ни одно не доводят до конца. Внешне они выглядят намного моложе паспортного возраста, выражение лица восторженно-радостное, мимика сиюминутно меняется, глаза блестят от восторга, на лице постоянная улыбка, готовая в любую секунду перейти в громогласный смех, изо рта постоянно извергаются шутки и остроты, как правило, сексуальной направленности. Больные все время находятся в движении, ни минуты не могут усидеть на месте, постоянно поют, танцуют, хватаются за любую работу. Но из-за характерной для маниакального синдрома крайней отвлекаемости они переходят от одного дела к другому, ничего не доводя до конца и нимало не огорчаясь этим. Мышление при этом синдроме ускоренно вплоть до «скачки идей». Реализуется оно в речевой продукции: отмечается выраженное речевое возбуждение, больные постоянно громко говорят, перемежая громкую речь с не менее громким пением. Голосовые связки перенапрягаются, и уже через некоторое время голос становится охрипшим или совсем пропадает. Тем не менее, больные продолжают болтать и петь «громким шепотом». Из-за выраженной отвлекаемости они обычно не договаривают одну мысль, тут же перескакивая на другую, третью и т.д. Но при этом всегда язык не успевает за мыслью. Может отмечаться гипермнезия (обострение памяти).

На высоте маниакального состояния могут возникнуть бредоподобные идеи о своих неограниченных физических и психических возможностях, способностях, талантливости, гениальности (справедливости ради следует подчеркнуть, что эти идеи величия никогда не носят нелепого, вычурного характера).

Больные часто занимаются украшательством своей внешности, которой, кстати говоря, они очень довольны — все они красавицы и красавцы. Любят пестро и броско одеваться, используют при этом слишком много косметики. Кроме того, у больных происходит расторможенность инстинктов и влечений, резко усиливается аппетит, они много и жадно едят, почти не пережевывая пищу, тем не менее, теряют массу тела из-за «вечного движения». Половое влечение усиленно, больные легко вступают в случайные связи, постоянно говорят о сексе, даже в пожилом возрасте.

Больная Р., 80 лет от роду, в маниакальном состоянии перебежала дорогу в неполюженном месте и едва не угодила под грузовик. На соответствующую тираду молодого водителя больная томно ответила: «Под машину попадать не хочу, мечтаю попасть под шофера».

Наиболее распространенным вариантом маниакального синдрома является описанная выше радостная мания. Однако встречаются больные, у которых эйфория сочетается с повышенной раздражительностью и крайним недовольством окружающими (так называемая гневливая мания). Значительно реже отмечается бредоподобный вариант мании.

Маниакальный синдром проявляется при очень многих психических и соматических заболеваниях.

Больная М., 42 лет, поступила в острое отделение психиатрической больницы в состоянии сильнейшего двигательного возбуждения: двое санитаров с трудом удерживали ее, чтобы измерить артериальное давление. Предоставленная сама себе, она пляшет, громко поет частушки с ненормативной лексикой, сопровождая это мимикой и, особенно, пантомимикой. Пытается устроить хор, тормозит больных, чтобы «построить по голосам». Одновременно дает указание медицинским сестрам, как делать «безболезненные уколы», а врачам — «как лечить симулянтов». Чрезвычайно быстро переключается с одного вида деятельности на другой, еще не собрав хор, тут же с криком «Все на субботник!» начинает одевать кого-то из больных, но не закончив, тут же хватается за веник и начинает подметать пол. Однако через секунду заявляет, что пол надо сначала вымыть, бежит за водой, но по пути подхватывает пожилую няню и пытается «закружиться в вихре вальса». От возбуждения не может сидеть, ест стоя и пританцовывая. Ночью спит всего три часа, все остальное время тормозит больных, заставляя их то петь, то заниматься аэробикой, то устраивает соревнование: кто всех перекричит. При ее осмотре молодым врачом мужского пола грубо предлагает ему себя, охотно обнажается и демонстрирует «красоту тела», пытается прикоснуться к интимным местам врача.

Депрессивный синдром

Депрессия - это патологически пониженное настроение (дистимия), замедление ассоциативного процесса и двигательная заторможенность.

Выраженность дистимии (основополагающего симптома) варьирует от легкой безрадостности, подавленности, грусти до глубокой тоски с душевной болью, которую пациенты переживают гораздо мучительнее, чем боль физическую. Окружающее воспринимается как бы через черные очки, все видится в мрачных, безнадежных красках, ничто не радует, не приносит удовлетворения. Полностью утрачивается интерес к окружающему, больной во всем находит мрачное для себя предзнаменование, мир воспринимает исключительно как источник страданий и бесперспективности. Единственный выход — это смерть. У больных резко снижается самооценка, они начинают считать себя неудачниками, профанами, глупыми, бездельниками, «паразитами на теле общества», не способными ни на что хорошее, дельное. Депрессивное настроение отражается и на внешнем виде больных: они выглядят значительно старше паспортного возраста, сидят в скорбных позах, руки безжизненно висят вдоль туловища, голова опущена на грудь, взор потухший или же в глазах мировая скорбь, волосы тусклые, кожа лица тускло-серая. Гнетущая, безысходная тоска переживается не только как душевная боль, но она сопровождается тягостными физическими ощущениями (витальная тоска), неприятными ощущениями в эпигастрии, тяжестью или болями в области сердца. Депрессивное настроение особенно выражено по утрам, к вечеру напряженность депрессивного аффекта несколько снижается, хотя и остается достаточно

выраженной. Именно благодаря депрессивному настроению у больных часто отмечаются суицидальные мысли, тенденции и действия.

Мышление крайне замедленно, вплоть до полного исчезновения ассоциаций и ощущения «пустой головы». Думать физически трудно, мысли тяжелые, неповоротливые — «не текут, а тащатся»; больной думает исключительно о собственной никчемности, безнадежности. Речь бесцветная, односложная, голос безжизненный, тусклый.

Достаточно выражена при депрессивном синдроме и двигательная заторможенность, больные крайне медленно, с трудом переставляя ноги, двигаются. Движения им физически трудны, отличаются моторной неловкостью, неуклюжестью, большую часть времени они проводят в постели или сидят в сгорбленной позе, может даже наступить депрессивный ступор (полная обездвиженность). Иногда двигательная заторможенность по каким-то причинам сменяется приступом двигательного возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус). Пациент выявляет выражению аутоагрессию: бьется головой о стену, царапает себе лицо, ломает пальцы, пытается выброситься в окно или, разогнавшись, «ныряет» в стену. Меланхолический раптус обычно реализуется в суицид.

Практически всегда при депрессии отмечается угнетение инстинктивной деятельности. Аппетит или резко понижен, или полностью отсутствует (анорексия), как, впрочем, отсутствует и сексуальность. Значительно нарушается сон в виде трудностей засыпания, его поверхностности, сверхчуткости и наличия тревожных сновидений мрачновато-устрашающего характера. Весьма типичен и так называемый феномен «раннего пробуждения», когда больной просыпается в 2 — 3 часа ночи и более не может уснуть. Нередко отмечаются депрессивные головные боли, запоры, спазмы внутренних органов, нарушение периферического кровообращения, учащение или урежение пульса, колебания артериального кровяного давления в сторону его повышения, сухость кожи и слизистых, падение массы тела, аменорея, полная импотенция. Очень характерна и так называемая «предсердечная тоска» — чувство стеснения в груди, сдавливание сердца, напряжение в области сердца. Иногда при чрезвычайно выраженной депрессии отмечаются затруднения слезоотделения (тоска с сухими глазами), а также сухой вплоть до появления трещин язык. Количество выделяемой слюны снижается с 0,07 (норма) до 0,005 в 1 мин.

Описание депрессии пациентами во многом зависит от уровня интеллекта, общего развития и эмоциональной зрелости.

На высоте депрессивного состояния могут возникнуть бредовые и бредоподобные идеи из группы бреда самоуничтожения.

Выделяют несколько вариантов депрессивного синдрома.

Меланхолическая депрессия в основном соответствует описанному выше состоянию. На первый план выступает угнетенное настроение, медленное течение мыслей и двигательная заторможенность. Инстинкты и влечения нарушены. Для меланхолической депрессии не характерны тревога и страх.

Тревожная депрессия характеризуется аффектом не только тоски, но и выраженной тревогой, страха, когда больной испытывает огромное внутреннее беспокойство, связанное с ожиданием неизбежного несчастья или трагедии для себя и родственников. Больные двигательно расторможены, не находят себе места, постоянно по пустякам обращаются к медперсоналу с просьбой о помощи или немедленном умертвлении. Если двигательное возбуждение достигает максимума, больные мечутся по отделению, громко стонут, наносят себе повреждения (ажитированная депрессия с высоким суицидальным риском).

Ипохондрическая депрессия — на фоне тоскливого или тоскливо-тревожного аффекта возникают выраженные ипохондрические идеи о наличии у больных неизлечимых тяжелых заболеваний или необратимых патологических процессов внутренних органов вплоть до полного их отсутствия (нигилистический бред). Довольно часто ипохондрическая депрессия реализуется в синдром Котара. Ипохондрическая депрессия в клинической практике часто сочетается с тревожной или ажитированной.

Анестетическая депрессия — больные начинают жаловаться на чувство потери любви к самым близким людям (родителям, детям, братьям, сестрам). Кроме того, теряют способность удовлетворения познания в широком смысле. У больных, по их мнению, теряются все чувства, остается лишь чувство потери чувств (чувственная бесчувственность).

Апатическая депрессия — значительное ослабление всех побуждений и желаний. Пациенты отличаются выраженной вялостью, безразличием к себе и окружающим, уклоняются от любых контактов, ничем не занимаются, сутками находятся в постели, лишь когда с видимым неудовольствием вставая в туалет. Они безразличны к еде из-за резкого снижения пищевого инстинкта, могут неделями ничего не есть, не испытывая при этом каких-либо страданий. Единственное их желание — чтобы их оставили в покое, не трогали.

Маскированная депрессия — этот депрессивный синдром проявляется в различных вегетативных и соматических симптомах усиливающихся по утрам и относительно ослабевающих в вечернее и ночное время. Тоска внешне не выражена, больные постоянно посещают стоматологов, предъявляя массу жалоб на расстройство сердечно-сосудистой системы, различные болевые ощущения в области желудочно-кишечного тракта и т.д. Эти жалобы и маскируют депрессивную симптоматику, уводя врачей от лечения основного заболевания. Известно, что при депрессии всегда есть те или иные соматические проявления как ее следствие. При маскированной депрессии причина и следствие как бы меняются местами. При этом тщательное клиническое обследование не выявляет у больных наличия какой-либо соматической патологии.

Меланхолическая и апатическая депрессия чаще всего отмечается при эндогенных заболеваниях, тревожная и ажитированная — при сосудистых и инволюционных психозах, маскированная — при аффективных и психосоматических расстройствах.

Больная Р. обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение и «отвратительное» самочувствие. На приеме тосклива, подавлена, постоянно плачет, жалуется на то, что уже давно не радуется жизни, не может получать удовлетворение ни от чтения, ни от просмотра телепередачи, читать «стало трудно», ибо не понимает смысла прочитанного, думать стало физически трудно, мышление заторможено, не может включиться даже в разговор на банальные житейские темы, хотя раньше «любила посплетничать». Любое движение дается с большим трудом, невыносимо трудно просто встать и подогреть чай. Аппетита нет никакого. Настроение несколько улучшается к вечеру, но все равно остается безрадостным. Сон плохой, долго не может уснуть, крайне чуткий, поверхностный с кошмарными сновидениями и частыми пробуждениями. Просыпается в 2—3 часа ночи и больше уснуть не может (феномен раннего пробуждения).

Апатический синдром

Апатия (безразличие) как симптом часто сочетается с абулией (безволие), оформляясь в единый апатико-абулический синдром, называемый также апатическим. Это конечное состояние шизофренического процесса, которое проявляется полной бездеятельностью, равнодушием, отсутствием каких-либо интересов и желаний. Больные бесцельно неделями, а то и месяцами лежат в постели, не выражая ни малейшего интереса к окружающему. Они выявляют полное безразличие и к собственным потребностям, и к собственной личности — им не хочется вставать с постели, они могут долго не есть, так как «лень вставать и готовить», по этой причине они неопрятны, не умываются, не причесываются, ко всему глубоко равнодушны и безразличны. Такие больные нуждаются в постоянной опеке.

Больная Г., многие годы страдающая шизофренией и находящаяся уже в дефектном состоянии, днями напролет лежит в постели, ничем не занимается, не разговаривает, лишь иногда издает нечленораздельные звуки, взгляд неподвижный, ни на что не реагирует, обращенную к ней речь игнорирует либо беззвучно шевелит губами, самостоятельно есть не может, но вложенную в рот пищу жует и проглатывает, неопрятна, может весь день пролежать в сырой или грязной постели, не выражая при этом никакого беспокойства.

НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЛЕЧЕНИЙ

Воля и ее нарушения

Воля — это психический процесс, который проявляется как способность к выбору действий, связанных с преодолением внутренних и внешних препятствий, т.е. это индивидуальная способность к сознательной психической деятельности. Степень необходимого волевого усилия для достижения цели определяется силой воли. Волевое действие — это процесс принятия решения. По своей форме волевое действие бывает простым и сложным.

Простое волевое действие совершается тогда, когда потребность к действию почти автоматически переходит к самодействию. Сложное волевое действие происходит тогда, когда действию предшествует учет его последствий, осознание мотивов действия (т. е. зачем это надо), принятие решения, составление плана действия.

Этапы сложного волевого действия:

- 1) цель;
- 2) определение возможности ее достижения;
- 3) определение мотивов, которые подкрепляют эти возможности;
- 4) борьба мотивов (т.е. выбор доминирующего мотива);
- 5) принятие одной из возможностей в качестве версии (гипотезы);
- 6) осуществление принятого решения.

В волевой деятельности проявляются и формируются соответствующие волевые качества личности. Волевая деятельность у различных людей протекает по-разному: один проявляет настойчивость, другой не проявляет, один самостоятелен в принятии решений, другой, наоборот, внушаем, один поражает своей решительностью, другой нерешителен.

Спектр волевых качеств личности характеризует ее волевою деятельность с положительной и отрицательной стороны. Когда способы осуществления волевых актов и их типичные проявления приобретают в поведении человека определенность и устойчивость, они превращаются в характерные волевые качества самой личности. Таких качеств довольно много, но мы коснемся здесь лишь наиболее существенных.

Самостоятельность заключается в том, что человек определяет свои поступки, ориентируясь не на давление окружающих, не на случайные влияния, а исходя из своих убеждений, знаний и представлений о том, как надо поступать в соответствующей ситуации. Самостоятельность в решении возникающих задач — характерное свойство развитой воли. Ее противоположностью является внушаемость: человек легко подвергается чужим влияниям, а мотивы его действий возникают не из его собственных сложившихся мнений и убеждений, а как результат сторонних влияний.

Решительность — волевое качество личности, которое выражается в способности своевременно и без лишних колебаний принимать достаточно обоснованные решения, а затем обдуманно проводить их в жизнь. Противоположностью является нерешительность: человек колеблется в принятии решения, сомневается в том, как ему следует поступить, борьба мотивов становится нескончаемой. Нерешительность обнаруживается и в реализации принятого решения. Страх перед окончательным шагом приводит к тому, что нерешительный сначала откладывает принятие решения, а затем, решив, начинает его иногда неоднократно пересматривать.

Настойчивость — умение мобилизовать свои возможности для борьбы с трудностями. Настойчивость следует отличать от заурядного упрямства. Упрямство заключается в неспособности, несмотря на разумные обоснования, отказаться от намеченного плана действия, от принятого ранее малопродуманного решения, в неумении взглянуть в глаза реальным обстоятельствам, гибко отнестись к изменившейся ситуации. И в этом проявляется слабая воля человека.

Выдержка (самообладание, умение владеть собой) сказывается в способности заставить себя выполнить принятое обоснованное решение, преодолевая мешающие этому побуждения, такие как лень, страх и пр. Иначе говоря, выдержка состоит в умении подчинить себе нежелательные и при этом достаточно сильные побуждения. Она выражается в умении сдерживать неодобряемые самим человеком проявления чувств — раздражение, страх, гнев, ярость, отчаяние и т.д.

Целеустремленность — умение подчинить все свои действия поставленной задаче.

Инициативность — умение работать творчески, совершая действия и поступки по собственному почину.

Организованность — разумное планирование своей деятельности.

Дисциплинированность — сознательное подчинение своего поведения общепринятым нормам и установленному порядку.

Смелость — умение побороть страх и идти на оправданный риск ради достижения цели.

Исполнительность - старательность, выполнение в срок поручений и обязанностей.

Препятствия для воли бывают внутренними и внешними.

Внутренние препятствия для исполнения воли — это отношения и установки человека, болезненные состояния, усталость, депрессия. Внешние препятствия — время, пространство, физические свойства веществ, препятствия окружающих людей. Для преодоления этих препятствий необходимо приложить дополнительное волевое усилие.

Патология воли у психически больных людей проявляется в виде снижения волевой активности — гипобулии, крайний вариант которой сводится к абулии, т. е. полному безволию; повышения волевой активности — гипербулии; и извращения воли — парабулии.

Гипобулия

Гипобулия - понижение волевой активности может проявляться при различных психических заболеваниях, особенно при шизофрении и ступорозных состояниях различного генеза.

Кататонический ступор развивается внезапно, без видимых причин, иногда вслед за кататоническим возбуждением или после субступорозного состояния. Проявляется в обездвиженности или крайней замедленности ритма движения, восковидной гибкости (каталепсии), выражающейся в сохранении больным приданной ему позы, порой очень неудобной, мутизме, негативизме, амимии, отсутствии реакции на боль, на окружающую обстановку. Больные могут подолгу лежать с приподнятой, лишенной опоры головой (симптом воздушной подушки) или в позе эмбриона. Для кататонического ступора весьма характерен мутизм (молчание), активный и пассивный негативизм. Пассивный негативизм проявляется в молчаливом отказе от требуемых действий. Активный — в сопротивлении воздействию извне и в стремлении совершить противоположное воздействию действие. Например, больного просят показать язык, на что он стискивает зубы и зажимает рот руками. Нередко при кататоническом ступоре выявляется эхолалия (повторение слов окружающих), эхопраксия (повторение действий и движений окружающих), эхомимия (повторение мимики окружающих), симптом капюшона (больной натягивает на голову куртку или рубашку, наподобие капюшона), симптом пассивной подчиняемости (отказываясь от чего-то, больной тем не менее делает то, что от него требуется, хотя с этим и не согласен), симптом Бумке (отсутствие зрачковой реакции на болевые раздражители), импульсивность (больной импульсивно вскакивает с постели, наносит сильный удар проходящему мимо его кровати другому больному и также внезапно снова ложится в эмбриональную позу). Физиологические отправления нередко совершаются прямо в постели.

Кататонический ступор может прерываться приступами импульсивного возбуждения. При кататоническом синдроме сознание может быть ясным (так называемая люцидная кататония) или помраченным (онейроидная кататония). Кататонический ступор может длиться несколько месяцев, а в неблагоприятных случаях и несколько лет.

Депрессивный (меланхолический) ступор выражается в двигательной обездвиженности вплоть до оцепенения на фоне тяжелой депрессии. В отличие от кататонического на лице

отмечается откровенная маска страдания, никогда не бывает негативизма, мутизма и восковой гибкости.

Апатический ступор — типичный пример не столько гипобулии, сколько абулии. Это обездвиженность, обусловленная полным отсутствием у больного каких-либо интересов или желаний. Больной с апатическим ступором производит впечатление «трупa с открытыми глазами».

Психогенный ступор развивается после выраженной психической травмы и проявляется в двигательном оцепенении с аффектом недоумения и трагичности на лице. Как правило, длится недолго, проходит после разрешения психотравмирующей ситуации. Время психогенного ступора обычно амнезируется. Из разновидностей психогенного ступора чаще всего отмечается *истерический ступор*. Он является следствием пассивно-оборонительной реакции в трудной обстановке, требующей напряжения, ответственности и угрожающей благополучию больного. Развивается полная обездвиженность, больной молчалив, все время проводит в постели, на вопросы не отвечает (в некоторых случаях дает редкие лаконичные «нужные» ответы). Лицо неподвижно, с выражением тоски, печали, напряжения, взор остановившийся, на глазах слезы. Иногда больные принимают вычурные позы, гримасничают или проявляют черты пуэрилизма, псевдодеменции. Реже истерический ступор прерывается психомоторным возбуждением с живыми проявлениями эмоциональности, демонстративным поведением (в присутствии врачей или другого медицинского персонала) и вегетативными проявлениями. Истерический ступор может длиться неделями, месяцами и проходит бесследно после того, как больному становится известно, что угрожающая ему опасность миновала.

Галлюцинаторный ступор развивается в тех случаях, когда яркие захватывающие галлюцинации целиком поглощают внимание больного. Отмечается двигательная заторможенность, доходящая до полного оцепенения. На лице обычно застывшее выражение ужаса. Состояния галлюцинаторного ступора, хотя и кратковременны, но склонны к повторению. Чаще отмечается при инфекционных психозах (в частности, при инфекционном делирии).

Гипербулия

Повышение волевых импульсов, повышенная активность часто наблюдается при маниакальных, паранойяльных состояниях и сверхценных идеях. Однако продуктивность этой деятельности чрезвычайно мала из-за повышенной отвлекаемости и неспособности довести дело до конца (маниакальное состояние) или крайней односторонности и парциальной избирательности (паранойяльные и сверхценные идеи).

Парабулия

Это извращение волевой активности особенно отчетливо проявляется в кататоническом возбуждении. Парабулия выражается в хаотичных, стереотипных, бессмысленных движениях, совершаемых в ограниченном пространстве и сочетающихся либо с мутизмом («немое возбуждение»), либо со стереотипными выкрикиваниями отдельных слов (вербигерация). Кроме того, выявляется отчетливая импульсивность действий, моментальность совершения какого-либо агрессивного действия. Например, больной кататонией, находящийся в эмбриональной позе, мгновенно вскакивает, наносит мощный удар в челюсть санитару и тут же ложится в прежнюю позу. Кататонический ступор и кататоническое возбуждение могут протекать на фоне ясного (люцидная кататония) или помраченного сознания (онейроидная кататония).

С известной долей условности к парабулии можно отнести и гебефренический синдром, тем более что он очень часто сочетается с кататоническим возбуждением. *Гебефренический синдром* проявляется в нелепом, дурашливом поведении с гримасничанием, клоунадой, пустым, незаражающим весельем. Больные постоянно кривляются, строят рожи, показывают язык, мяукают, хрюкают, принимают циничные, непристойные позы. Речь ускорена, с обилием неологизмов, ходят больные вычурной походкой, подпрыгивая или подволакивая ноги. На приветствия не отвечают или протягивают вместо руки ногу и начинают цинично браниться, при этом обычный тривиальный мат расцвечивается неологизмами при повышенном фоне настроения.

Нарушение влечений

В эту группу патологических состояний входят извращение инстинктивных влечений к пище, нарушение инстинкта самосохранения и расстройства полового влечения, импульсивные влечения.

Извращение влечения к пище

Усиление влечения к пище называется *булимией*, это волчий голод, неконтролируемое поглощению огромного количества пищи при отсутствии насыщаемости. Отмечается в норме у людей с гиперфагической реакцией на стресс, когда они «заедают свои психологические проблемы», при этом поедание большого количества пищи в какой-то мере снижает патогенность стресса. В патологии булимия отмечается при умственной отсталости, шизофреническом дефекте, нервной анорексии и некоторых других психических расстройствах. *Полидипсия* — патологическая неутолимая жажда. *Анорексия* — утрата чувства аппетита при наличии физиологической потребности в питании. В психиатрической клинике анорексия часто отмечается при депрессивных и астенических состояниях разного генеза, кататоническом и апатическом ступоре, при хроническом алкоголизме, при истерии и некоторых формах психогений. *Парорексия* — стремление поедать несъедобное (мусор, землю, газеты, оберточную бумагу). Отмечается при старческом слабоумии и тяжелой идиотии. *Копрофагия* — влечение к поеданию собственных экскрементов (мочи и кала). Отмечается при тяжелых формах олигофрении и старческом слабоумии.

Ослабление инстинкта самосохранения

Ослабление инстинкта самосохранения выражается в отсутствии или значительном снижении реакции самосохранения при возникновении реальной опасности: реализуется в стремлении к членовредительству и самоубийству (суицидомания) у депрессивных или депрессивно-параноидных больных. Методы и способы самоубийства нередко бывают весьма жестокими и необычными.

Извращения полового влечения (парафилии).

Гомосексуализм (мужеложество, лесбиянство) — половое влечение к лицам того же пола. Отмечается как у мужчин, так и у женщин. Гомосексуалисты (лесбиянки) делятся на активных, играющих в половом акте мужскую роль, и пассивных, исполняющих женскую роль. Это расстройство часто отмечается при акцентуациях личности, психопатиях и шизофрении.

Садизм — удовлетворение полового влечения путем причинения партнеру психологической или физической боли. Иногда истязание полового партнера сопровождается его убийством и тогда половой акт заканчивается уже с трупом (некрофилия).

Мазохизм — стремление получать от полового партнера во время сношения физическую боль или моральные страдания.

Садизм и мазохизм могут сочетаться и чередоваться у одного и того же лица (садомазохизм).

Фетишизм — использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются как бы дополнением к человеческому телу: предметы одежды, обуви, личная косметика лица противоположного пола. Другие характеризуются особым материалом, таким как резина, пластик, кожа, ремни, плетки. Фетиши могут варьировать в их значимости для индивидуума. В некоторых случаях они просто служат для повышения сексуального возбуждения, достигаемого обычным путем (например, при надевании на сексуального партнера какой-нибудь особой одежды). Фетишизм часто сопровождается мастурбацией с использованием фетиша. Иногда индивид для сексуального возбуждения надевает одежду противоположного пола (фетишистский трансвестизм). Фетишизм встречается исключительно у мужчин с личностными нарушениями и умственным недоразвитием.

Некрофилия — извращенное половое влечение к свежим трупам. Лица с подобной патологией нередко специально устраиваются ночными сторожами в морги, чтобы спокойно и безнаказанно удовлетворять свою страсть. Эта парафилия может отмечаться при тяжелом органическом поражении мозга и при исходном состоянии шизофрении.

Геронтофилия — половое влечение к старикам или очень пожилым людям.

Педофилия — половое влечение к детям, которое не всегда выражается только в половом насилии, чаще педофил обнажается перед детьми, заставляя их трогать свой половой член, или манипулирует половыми органами детей. Геронто- и педофилия отмечаются при тяжелых психопатиях.

Содомия (скотоложество, зоофилия) выражается в стремлении совершать половой акт с мелким рогатым скотом (козы, овцы). Встречается как у мужчин, так и у женщин (в последнем случае половыми партнерами выступают крупные кобели). Эта форма парафилии нередко отмечается при олигофрении.

Экзгибиционизм — парафилия, при которой половое удовлетворение наступает в результате обнажения половых органов в присутствии лиц противоположного пола. Нередко сочетается с мастурбацией.

Трансвестизм — стойкое влечение переодеваться в одежду и принимать облик лица противоположного пола. Может сочетаться с гомосексуализмом, лесбиянством и фетишизмом.

Транссексуализм — страстное желание переменить свой пол при помощи оперативного вмешательства. Это нарушение половой идентификации обычно отмечается с раннего детства. Такие дети с раннего возраста одеваются и ведут себя как представители противоположного пола (мальчики играют в куклы, девочки предпочитают военные игры). При невозможности сменить пол во взрослом состоянии они могут прибегнуть к самоубийству.

Вуайеризм — периодическая или постоянная склонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или такими «интимными делами», как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы.

Импульсивные влечения

Непреодолимая тяга к каким-то действиям и поступкам без «утренней борьбы полностью овладевает сознанием больного и определяет его поведение. Импульсивные влечения воспринимаются больным как чуждые, нелепые, болезненные, в типичных случаях они реализуются без внутреннего сопротивления.

Дромомания (вагобандаж) — внезапно возникающее неодолимое стремление к бродяжничеству, побегам из дома, скитаниям, «охота к перемене мест». Больные бросают работу, семью, детей, без соответствующей одежды, денег, полуголодные они совершают длительные поездки или часами бесцельно бродят по городу. У больных с этим видом патологии есть критическое отношение к дромомании, но преодолеть ее усилием воли они не могут, как, впрочем, не могут и не совершать ее, так как только это импульсивное влечение, по их мнению, способно снять выраженное внутреннее беспокойство и тревогу, характерные для указанного расстройства.

Клептомания — импульсивное влечение к воровству, стремление украсть ту или иную вещь, которая на самом деле вору и не нужна, ибо воровство совершается ради процесса, а не результата. Именно поэтому после совершения воровства больной мгновенно теряет интерес к украденной вещи и незаметно возвращает ее владельцу или же выбрасывает за ненадобностью.

Дипсомания — непреодолимое влечение к крепким спиртным напиткам. Даже наличие отчетливой критической оценки последствий запоя не останавливает больного. Возникает обычно как результат выхода из дисфории при эпилепсии, травмах мозга, эпилептоидной психопатии и при некоторых формах депрессии.

Пиромания — острое, внезапно возникающее влечение к поджогам. У лиц, страдающих этой патологией, уже в детстве или подростковом возрасте можно выявить проявления повышенного интереса к огню (по сравнению со сверстниками): они любят разводить костры, устраивать различные игры с огнем, растапливать печи и т.д. Очевидных мотивов для пироманических тенденций у больных, как правило, нет. Пациенты обнаруживают аномальный интерес к противопожарным машинам и оборудованию, к другим предметам, имеющим отношение к огню и вызову пожарной команды. У некоторых пиромания выражается в множественных ложных вызовах пожарной команды и соответствующих наблюдениях.

Некоторые люди с подобной тенденцией выбирают соответствующую профессию пожарника или сжигателя мусора на свалках.

Гомицидомания — импульсивное влечение к убийству. Этим расстройством страдают многие (если не все) маньяки-убийцы.

Инцестофилия — непреодолимое влечение к половым сношениям с близкими родственниками. Такие отношения описаны между матерью и сыном, отцом и дочерью, братом и сестрой. Один из партнеров страдает алкоголизмом, шизофренией или олигофренией.

Патологическое влечение к азартным играм (гэмблинг)— это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей. Пациенты могут рисковать своей работой, делать большие долги и нарушать закон, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Они испытывают непреодолимое влечение играть в азартные игры, ими овладевают мысли о процессе игры и тех обстоятельствах, которые ему сопутствуют.

Трихотилломания — расстройство, характеризующееся заметной потерей волос на голове в связи с неспособностью противостоять влечению выдергивать их. Выдергиванию волос обычно предшествует нарастающее внутреннее напряжение, выдергивание же приносит чувство облегчения и удовлетворения. Встречается чаще у психически больных детей, обычно сочетается с двигательными расстройствами.

Симптом Плюшкина — патологическое влечение к собиранию на помойках различного мусора и хлама и складирование его в комнате или квартире. При длительном сохранении этого симптома квартира пациента вскоре напоминает настоящую помойку с соответствующими запахами, обилием мелких животных. Впрочем, пациентов это не останавливает и процесс накопительства хлама осуществляется, пока его не прервет санитарная служба. Этот вид патологии чаще отмечается при старческих психозах, а также при тяжелых формах олигофрении.

Описанные выше варианты патологии влечения являются не самостоятельными заболеваниями, а лишь симптомом патологии волевой сферы и входят составной частью во многие психические заболевания. Тем не менее, чаще всего они отмечаются при шизофрении, психопатиях и олигофрениях, хотя встречаются и при других психических расстройствах (например, при аффективной патологии).

ЛЕКЦИЯ № 8

РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА И СОЗНАНИЯ

Патология интеллекта

Интеллект — это понятие, объединяющее в себе способность человека к рациональному познанию, суждениям, умозаключениям, анализу и синтезу, отделению главного от второстепенного, накоплению знаний и практическому их применению, умение адаптироваться в новой ситуации. Для количественного анализа интеллекта обычно используют понятие IQ (коэффициент умственного развития). Он определяется по формуле: психический возраст делится на хронологический возраст и умножается на 100. Коэффициент взрослого психически здорового человека равняется 90 и выше условным единицам. IQ ниже 70 усл.ед. свидетельствует об определенной степени слабоумия. Показатели коэффициента умственного развития от 70 до 90 свидетельствуют о так называемой пограничной умственной отсталости (чаще как проявление педагогической запущенности).

В мировой психиатрии различают две основных формы патологии интеллекта: врожденная или приобретенная в первые три года жизни недостаточность интеллекта — олигофрения (малоумие); приобретенное слабоумие — деменция.

Врожденное слабоумие

В зависимости от уровня недоразвития интеллекта различают три степени выраженности *олигофрении* — *идиотия* (тяжелое умственное недоразвитие), *имбецильность* (среднее умственное недоразвитие) и *дебильность* (легкая степень умственного недоразвития). В свою очередь, эти уровни умственной недостаточности подразделяются на легкую, умеренную и тяжелую степень выраженности.

Страдающие *идиотией* не владеют речью (могут издавать лишь нечленораздельные звуки), не способны даже к примитивному труду, они совершенно не обучаемы и живут в мире безусловных рефлексов. Они не способны отличить горячее от холодного, съедобное от несъедобного, не узнают окружающих, даже мать. Двигательные реакции их выражаются в однообразных стереотипных раскачиваниях туловища слева направо, взад — вперед. Эмоциональные реакции их весьма примитивны и выражаются лишь в гневливо-злых вспышках.

Страдающие *идиотией* нуждаются в постоянном надзоре и уходе, так как многие из них не владеют навыками самообслуживания, они обычно помещаются в особые медицинские учреждения пожизненно, ибо дома они не удерживаются в силу особенностей психического недоразвития.

Имбецильность — средняя степень задержки психического развития. При ней больным можно привить элементарные навыки по совершению туалета, умывания, одевания, уборке помещения. Более того, они могут овладеть простейшими трудовыми процессами путем тренировки подражательных действий (например, клеить коробочки или собирать из соответствующих деталей искусственные елки). Некоторые из них даже могут усвоить простейший счет в пределах 10. Познавательная деятельность имбецилов ограничена лишь образованием представлений, образование понятий для них невозможно. У них, естественно, отсутствует способность к абстрактному мышлению. Имбецилы понимают простую речь, они сами могут усвоить и пользоваться несколькими десятками слов (но не более 50). Речь их косноязычна, состоит из отдельных слов или чрезвычайно простых предложений (состоящих, как правило, из двух несогласующихся между собой слов). Их адаптация окружающему возможна только при наличии постоянно опекающих их родственников. Имбецилы крайне внушаемы, эта их особенность иногда используется различными мошенниками и проходимцами для совершения различных правонарушений. Собственные интересы имбецилов крайне примитивны и заключаются в удовлетворении пищевой потребности. Имбецилы обучаются в специальной вспомогательной школе для олигофренов.

Дебильность — самая легкая степень психического недоразвития. У дебилов ограничена способность к выработке сложных понятий и обобщений, поэтому у них преобладает конкретно-описательный тип мышления. Абстрактное мышление им, как правило, недоступно. Характерна невозможность использования прежнего опыта в новой ситуации. Нередко отмечается общее снижение памяти, особенно логически-смысловой. Новый материал они осваивают путем механической зубрежки. У таких больных наблюдается расстройство внимания в виде аспонтанности или отвлекаемости. У них выявляется сужение интересов с сосредоточением на удовлетворении потребностей, связанных с бытовым благополучием (еда, одежда). Двигательная сфера также недоразвита. Отмечаются: неуклюжесть, угловатость, недифференцированность тонкой моторики, смазанность мимики. Имеют место вялость и медлительность или, напротив, двигательное беспокойство и расторможенность. Эмоциональные проявления также бедны. Настроение может быть вялым, апатичным или с оттенком эйфории.

При разумном руководстве они могут овладеть несложной специальностью, тем более что у дебилов «умений больше, чем знаний».

Приобретенное слабоумие

Если олигофрены по интеллекту — это «нищие от рождения», то страдающие *деменцией* — «разорившиеся богачи». Деменция это слабоумие, развившееся в результате каких-то заболеваний, при этом отмечается угасание интеллекта. При деменции прежде всего страдает творческое мышление, теряется способность к абстрактным рассуждениям.

По клиническим проявлениям выделяют органическую, апатическую (шизофреническую) и эпилептическую деменцию.

Органическая деменция выражается в слабоумии, вызванном органическими заболеваниями головного мозга (черепно-мозговые травмы, сосудистые заболевания, атрофический, сифилитический процесс, СПИД, старческие психозы). Органическое слабоумие делится на тотальное (диффузное) и парциальное (частичное, очаговое, лакунарное).

Тотальное слабоумие проявляется одновременным поражением всех форм познавательной деятельности: мышления, памяти, внимания, чувств и т.д. При этом крайне затруднено или полностью отсутствует образование абстракций, грубо нарушается логическое мышление, резко снижается запас знаний, выражено страдает память (теряется способность запоминать текущие и воспроизводить прошлые события). Утрачивается критика, суждения и поступки становятся нелепыми. Неуклонно ослабевают высшие чувства, теряется критический контроль над низшими, связанными с инстинктами, эмоциями.

Тотальное слабоумие характерно для прогрессивного паралича, старческого слабоумия, болезни Пика, некоторых опухолей головного мозга, тяжелых черепно-мозговых травм.

Парциальное слабоумие характеризуется поражением лишь отдельных сторон познавательного процесса — т. е. памяти и эмоциональной сферы при относительной сохранности критики, высших чувств и навыков социального поведения. Больным трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, могут сохраняться достаточно долго. Критически оценивая состояние своей памяти, они постоянно пользуются записной книжкой, где заранее написан план на целый день. Больные не совершают нелепых действий, их интеллект в основном не страдает, социальные контакты сохранены.

Парциальное слабоумие встречается при церебросклерозе, гипертонической болезни, сифилисе мозга.

Апатическое (шизофреническое) слабоумие характеризуется бездеятельностью, снижением инициативности, характерно прогрессирующее снижение интереса ко всему (за исключением собственной личности), нарастание безволия и углубление аутистической замкнутости. Однако больной периодически может справляться со «сложными задачами, это свидетельствует о том, что истинного снижения интеллекта, вероятно, не происходит. Относительная сохранность мнемстических и интеллектуальных функций тем не менее никак не способствует социально-трудовой адаптации в связи с диссоциацией мыслительных и эмоционально-волевых импульсов, из-за этого больные остаются пассивными, безразличными и беспомощными. Этот вид слабоумия, как следует из его названия, весьма характерен для шизофрении.

Эпилептическое (концентрическое) слабоумие чаще всего проявляется при эпилепсии, хотя может встречаться и при различных органических заболеваниях головного мозга. Для этого вида деменции характерны выраженные нарушения памяти в сочетании со своеобразными изменениями мышления в виде инертности мыслительных процессов, их тугоподвижности, вязкости, «лабиринтности», неспособности отграничить главное от второстепенного. Круг интересов замыкается на собственной персоне, удовлетворении собственных инстинктов, окружающие оцениваются сугубо через призму собственного «Я». В противном случае выявляется выраженная мстительная злопамятность, злобность, конфликтность, агрессивность и экстрапунитивные реакции реагирования.

Расстройства сознания

Для диагностики нарушений сознания пользуются критериями известного немецкого психиатра, психолога и философа К. Яспера (1973):

- 1) неотчетливость восприятия окружающего, его фрагментарность, обманы, затруднение фиксации образов;
- 2) дезориентировка во времени, месте, окружающей ситуации, самом себе;
- 3) нарушение связности, последовательности мышления в сочетании с ослаблением суждений;

4) расстройство запоминания происходящих событий с последующей амнезией.

Нарушения сознания представлены явлениями **оглушения**. Выделяют следующие стадии оглушения: обнубиляция, сомноленция, сопор, кома. Наиболее часто у детей встречаются первые две стадии.

При *обнубиляции* — больной вялый, заторможенный, трудно привлечь его внимание, которое быстро истощается. Окружающее воспринимается как в тумане, затруднено осмысление сложных вопросов, на простые отвечает коротко, ответы - после паузы. Речь замедленна, лаконична, затруднены мыслительные операции (счет в уме, запоминание), ослаблены побуждения (не высказывает никаких желаний). По выходе из этого состояния воспоминания фрагментарные.

При *сомноленции* оглушение более глубокое, больной внешне напоминает спящего. Реагирует только на сильные раздражители. Понимает только громкие, короткие команды: «открой глаза!», «сядь!» и т.п. Спонтанная речь отсутствует, возможны только короткие ответы типа «да», «нет». Выражение лица застывшее, взгляд устремлен в пространство, плохо фиксируется на каком-либо объекте. Больные подолгу не меняют позы. По выходе из этого состояния отмечается полная амнезия.

Сопор - еще более глубокое оглушение с отсутствием речевого контакта, ответами только на сильные раздражители (укол, щипок). Сохранены зрачковый, корнеальный, глоточный и другие рефлексы.

Кома - полное выключение сознания с отсутствием рефлексов, иногда мышечной ригидностью с повышением тонуса сгибателей и разгибателей конечностей.

Синдромы оглушения могут возникать при широком спектре экзогенно-органических заболеваний, вызывающих гипоксию головного мозга (соматическое, инфекционное заболевание, черепно-мозговая травма и др.). Сопорозные и коматозные состояния требуют неотложных реанимационных мероприятий. В целом, состояния оглушения у детей прогностически более благоприятны, чем у взрослых, и в большинстве случаев не оставляют выраженных психических изменений.

С возраста 4—5 лет у детей возможно развитие синдромов **помраченного сознания**: делирия, спутанности (амении), сумеречного расстройства сознания, а в подростковом возрасте - онейроида. В отличие от синдромов оглушения синдромы помраченного сознания характеризуются продуктивной симптоматикой (галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение, аффективные расстройства и др.). Из синдромов помраченного сознания у детей наиболее часто отмечается делирий и сумеречное расстройство сознания.

Делирий — состояние, при котором наблюдается дезориентировка в месте и времени при сохранении ориентировки в себе с наплывом ярких, преимущественно зрительных галлюцинаций и иллюзорным восприятием окружающего. У больных отмечается психомоторное возбуждение, вегетативные нарушения, тревога и страх, расстраивается сон. В детском возрасте делириозный синдром характеризуется своей неразвернутостью. В пределириозной стадии ребенок становится беспокойным, пугливым, капризным, нарушается засыпание. Сон - поверхностный, с частыми пробуждениями, устрашающими сновидениями и вскрикиваниями. В следующей, гипнагогической, стадии усиливается беспокойство, появляются устрашающие зрительные иллюзии (пальто кажется бандитом, подушка - кучей шевелящихся червей и т.д.) и гипнагогические галлюцинации (засыпая, при закрытых глазах ребенок видит сменяющиеся сцены из школьной жизни, животных, людей и др.), что вызывает напряжение и страх. Гипнагогические галлюцинации переходят в образы сновидений, в связи с чем дошкольники говорят о «страшных снах». Стадия истинных галлюцинаций у детей неразвернута. В вечернее время на фоне тревожного беспокойства и иллюзорного восприятия эпизодически возникают отдельные зрительные, тактильные, реже - слуховые галлюцинации (мухи, крысы, пауки, птицы). Дети пытаются прогнать их, сбросить с себя. Галлюцинации сопровождаются отрывочным образным бредом: «колдуны змей напустили». Нарушения ориентировки у детей выражены нерезко, больше во времени. Мусситирующий (бормочущий) делирий у детей возникает редко, при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях. Присоединяются явления оглушения. Ребенок нахо-

дится в полузабытьи, бормочет, перебирает руками одеяло, что-то стряхивает с себя. Развитие мусситирующего делирия свидетельствует о неблагоприятном развитии заболевания. Делирий у детей, в отличие от взрослых, кратковременный - от нескольких минут до нескольких часов и реже до 1-2 суток.

Сумеречное помрачение сознания проявляется кратковременными (от нескольких минут до нескольких часов) внезапно начинающимися и так же заканчивающимися периодами сужения сознания с фрагментарной ориентировкой в окружающем, расторможением агрессивного оборонительного инстинкта у взрослых или однообразных привычных автоматизированных действий у детей (раздевание, бег, глотание, жевание, облизывание и т.д.) на фоне тревоги и страха, которые полностью амнезируются. Чем младше ребенок, тем больше в структуре сумеречного сознания двигательных автоматизмов. В дошкольном возрасте сумеречное помрачение сознания проявляется в виде ночных страхов - ребенок ночью вскакивает, плачет, не узнает родителей, затем засыпает, а утром ничего не помнит. В школьном возрасте отмечаются амбулаторные автоматизмы в виде снохождения (сомнамбулизм) - встает ночью и безмолвно, с закрытыми глазами одевается, идет в туалет или на кухню, не реагируя на обращения, затем возвращается в постель. Утром ночные действия подвергаются амнезии. Разновидностью двигательных автоматизмов является сноговорение. Развернутые сумеречные расстройства сознания с галлюцинациями, отрывочным бредом, аффектом злобы, агрессией и психомоторным возбуждением возможны лишь в подростковом возрасте.

Аменция (спутанность сознания) — глубокое расстройство сознания с нарушением всех видов ориентировки, бессвязностью мышления, хаотичным двигательным возбуждением (обычно в пределах постели). С больным нельзя вступить в продуктивный контакт. Характерен аффект недоумения. После выхода из этого состояния отмечается полная амнезия и длительное астеническое состояние с истощаемостью, вялостью, раздражительностью. Обычно возникает как результат тяжелых инфекций и интоксикаций.

У детей младшего возраста возможно состояние астенической спутанности - легкое помрачение сознания с возможностью установления кратковременного контакта, но быстрой истощаемостью, нарастанием растерянности и бессвязности мыслительных процессов. При затяжных аментивных состояниях нарастают признаки оглушения, страдает мозг, формируются симптомы органического расстройства личности со снижением продуктивности мышления, эмоциональной лабильностью, расторможенностью влечений.

Онейроид - сновидное помрачение сознания с наплывом фантастических сюжетных, зрительных галлюцинаций, отрешенностью от реальности, бредовым толкованием окружающей обстановки. Больные заворуженно «наблюдают» космические миры, экзотические страны, являются участниками исторических событий, о которых по выходе из онейроидного состояния могут рассказать (амнезии нет). Подобные расстройства возможны только в подростковом возрасте при экзогенно-органических психозах и шизофрении.

Расстройства самосознания возможны только в подростковом возрасте, когда происходит становление самосознания. *Синдром дереализации - деперсонализации* характеризуется снижением яркости, четкости восприятия окружающего. «Как через туман, пелену дождя», «неживое» - как на фотографии, плоскостное, «уже виденное» - *дереализация*. Утрата чувств, памяти, «поглупение», сомнение в нормальности и принадлежности себе своих психических и физиологических процессов, раздвоение «Я» и т.п. - *деперсонализация*. Элементами деперсонализации у детей можно считать упорное называние себя и своих действий в третьем лице: «Миша хочет есть» (вместо «я хочу есть»), «дайте Мише игрушку» (вместо «дайте мне игрушку»). Характерным для дошкольников является патологическое игровое перевоплощение в собаку, волка, лошадку. Дети надолго «вживаются в образ», воют, кусаются, требуют травки, ходят на четвереньках, озлобляются, если их пытаются вернуть в реальную ситуацию. Ярким примером деперсонализации является синдром психического автоматизма (Кандинского - Клерамбо).

4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Основы психопатологии»

4.1. Практические занятия

ЗАНЯТИЕ № 1

ТЕМА: Расстройства ощущений и восприятий

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психических заболеваний. Сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики. Научиться распознавать расстройства ощущений и восприятия при различных психических заболеваниях.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал (ситуационные задачи), записи и рисунки психических больных

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сенестопатии. Расстройства восприятия. Иллюзии: физиологические, физические, психические. Иллюзорные расстройства. Галлюцинации: простые и сложные; зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и тактильные. Рефлекторные галлюцинации. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Галлюцинаторный синдром. Психосенсорные расстройства: деперсонализация, симптом двойника, дереализация. Особенности психосенсорных расстройств у детей. Особенности нарушения ощущений и восприятия у взрослых и детей при нейроинфекциях, соматических заболеваниях и психических расстройствах.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сенестопатии. Их встречаемость при соматических заболеваниях и психических расстройствах.
2. Расстройства восприятия: иллюзии, истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.
3. Психосенсорные расстройства: деперсонализация, дереализация, симптом двойника
4. Особенности нарушений ощущений и восприятий при различных заболеваниях.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

**Решение ситуационных задач по теме «Расстройства ощущений и восприятия»
(раздаточный материал)**

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007. – С. 23-29.

3. Диагностика психических нарушений: практикум / Ю.Г. Демьянов. – М.: ТЦ Сфера, 2004. С. 13-24.
4. Практическое пособие по психиатрии / Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. – Минск, 1996. – С. 18-20.
5. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – С. 26-34, 131-136.

Дополнительные учебные пособия:

1. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – С. 23-33.
2. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. С. 40-48.
3. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / под ред. Ф.М. Гайдуга. - Мн., 1996. – С. 24-26.
4. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – С. 17, 47-48, 64-65.

ЗАНЯТИЕ № 2

ТЕМА: Расстройства мышления

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психических заболеваний. Сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики. Научиться распознавать расстройства мышления при различных психических заболеваниях. Развивать навыки решения ситуационных задач по психопатологии. Освоить методы профилактики при различных психических заболеваниях.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал (ситуационные задачи).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Мышление – как высшая форма отражения окружающей действительности. Виды нарушений мышления: нарушения типа мышления, нарушения логического строя мышления, разорванность, резонёрство, амбивалентность, обстоятельность, бредовые идеи, сверхценные идеи. Патофизиологические механизмы расстройств мышления. Взаимосвязь нарушений мышления и речи. Нарушения речи: мутизм, неологизм, эхолалия, персеверация. Виды нарушений мышления и речи при различных психических заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Мышление – как высшая форма отражения окружающей действительности.
2. Виды нарушений мышления: нарушения типа мышления, нарушения логического строя мышления, разорванность, резонёрство, амбивалентность, обстоятельность, бредовые идеи, сверхценные идеи.
3. Патофизиологические механизмы расстройств мышления. Взаимосвязь нарушений мышления и речи.
4. Нарушения речи: мутизм, неологизм, эхолалия, персеверация. Виды нарушений мышления и речи при различных психических заболеваниях.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Решение ситуационных задач по теме «Расстройства мышления» (раздаточный материал)

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Мариллов. – Москва, 2007.
3. Диагностика психических нарушений: практикум / Ю.Г. Демьянов. – М.: ТЦ Сфера, 2004.
4. Практическое пособие по психиатрии / Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. – Минск, 1996.
5. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Высшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

1. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.
2. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002.
3. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / под ред. Ф.М. Гайдука. - Мн., 1996.
4. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.

ЗАНЯТИЕ № 3

ТЕМА: Расстройства памяти и внимания

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психических заболеваний. Сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики. Научиться распознавать расстройства памяти и внимания при различных психических заболеваниях. Развивать навыки решения ситуационных задач по психопатологии. Освоить методы профилактики при различных психических заболеваниях.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал (ситуационные задачи).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Общая характеристика памяти (виды памяти, процессы памяти). Виды нарушений памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия. Особенности нарушений памяти при психических заболеваниях. Патологические механизмы расстройств памяти. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания). Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Общая характеристика памяти (виды памяти, процессы памяти).
2. Виды нарушений памяти: гипермнезия, гипомнезия,
3. Виды нарушений памяти: амнезия.
4. Виды нарушений памяти: парамнезия.
5. Особенности нарушений памяти при психических заболеваниях.
6. Патологические механизмы расстройств памяти.

7. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания).
8. Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания.
9. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Решение ситуационных задач по теме «Расстройства памяти» (раздаточный материал)

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Диагностика психических нарушений: практикум / Ю.Г. Демьянов. – М.: ТЦ Сфера, 2004.
4. Практическое пособие по психиатрии / Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. – Минск, 1996.
5. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

1. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.
2. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002.
3. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / под ред. Ф.М. Гайдука. - Мн., 1996.
4. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.

ЗАНЯТИЕ № 4

ТЕМА: Расстройства эмоциональной сферы

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику эмоциональной сферы психически больных людей. Сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики. Научиться распознавать аффективные расстройства при различных психических заболеваниях. Развивать навыки решения ситуационных задач по психопатологии. Освоить методы профилактики при различных психических заболеваниях.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал (ситуационные задачи).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Общая характеристика эмоций. Виды нарушений эмоций: апатия, эйфория, депрессия, дисфория, неадекватность, лабильность, недержание эмоций, эмоциональная тупость, патологический эффект. Характер эмоциональных расстройств при различных психических заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Общая характеристика эмоций.
2. Виды нарушений эмоций: апатия, эйфория, депрессия, дисфория, неадекватность, лабильность, недержание эмоций, эмоциональная тупость, патологический эффект.

3. Характер эмоциональных расстройств при различных психических заболеваниях.
4. Эмоциональные синдромы: маниакальный, депрессивный, апатический.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Решение ситуационных задач по теме «Расстройства эмоциональной сферы» (раздаточный материал)

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Диагностика психических нарушений: практикум / Ю.Г. Демьянов. – М.: ТЦ Сфера, 2004.
4. Практическое пособие по психиатрии / Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. – Минск, 1996.
5. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

1. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.
2. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002.
3. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / под ред. Ф.М. Гайдука. - Мн., 1996.
4. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.

ЗАНЯТИЕ № 5

ТЕМА: Нарушения двигательно-волевой деятельности и влечений

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику двигательно-волевой деятельности и влечений психически больных людей. Сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики.

Научиться распознавать расстройства двигательно-волевой деятельности и влечений при различных психических заболеваниях.

Развивать навыки решения ситуационных задач по психопатологии.

Освоить методы профилактики при различных психических заболеваниях.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал (ситуационные задачи).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Воля – как высшая психическая функция и ее значение в деятельности человека. Виды нарушений волевой сферы: гипербулия, парабулии (ступор, негативизм, каталепсия, автоматическая подчиняемость, эхопраксия). Особенности нарушений двигательно-волевой сферы при различных психических заболеваниях. Патологические механизмы двигательно-волевых расстройств. Влечения и их виды. Нарушения инстинктов: самосохранения, пищевого, полового. Патологические влечения: пиромания, дромомания, клептомания. Особенности нарушений влечений при различных психических заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Воля – как высшая психическая функция и ее значение в деятельности человека.

2. Виды нарушений волевой сферы: гипербулия, парабулии (ступор, негативизм, каталепсия, автоматическая подчиняемость, эхопраксия).
3. Особенности нарушений двигательно-волевой сферы при различных психических заболеваниях.
4. Влечения и их виды.
5. Нарушения инстинктов: самосохранения, пищевого, полового.
6. Патологические влечения: пиромания, дромомания, kleptomания.
7. Особенности нарушений влечений при различных психических заболеваниях.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Решение ситуационных задач по теме «Нарушения двигательно-волевой деятельности» (раздаточный материал).

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Диагностика психических нарушений: практикум / Ю.Г. Демьянов. – М.: ТЦ Сфера, 2004.
4. Практическое пособие по психиатрии / Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. – Минск, 1996.
5. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

1. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.
2. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002.
3. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / под ред. Ф.М. Гайдуга. - Мн., 1996.
4. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.

ЗАНЯТИЕ № 6

ТЕМА: Маниакально-депрессивный психоз (аффективные расстройства настроения)

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику маниакального и депрессивного психозов. Сформировать понимание основных симптомов данного заболевания, раскрыть принципы диагностики. Определить с помощью теста Холимса и Рахе уровень стресса, установить наличие или отсутствие депрессивного состояния. Установить наличие или отсутствие депрессивного состояния.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Монополярные и биполярные формы. Циклотимия. Раннее распознавание, предупреждение суицидальных поступков во время депрессии, профилактическое лечение. Маниакальный эпизод, биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, другие аффективные нарушения. Лечение маниакально-депрессивного психоза.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Монополярные и биполярные формы. Циклотимия.
2. Раннее распознавание, предупреждение суицидальных поступков во время депрессии, профилактическое лечение.
3. Маниакальный эпизод, биполярное аффективное расстройство.
4. Депрессивный эпизод, другие аффективные нарушения.

5. Лечение маниакально-депрессивного психоза.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Определить с помощью теста Холимса и Рахе уровень стресса, установить наличие или отсутствие депрессивного состояния.

РЕФЕРАТЫ:

1. Суицидальное поведение.
2. Принципы кризисной психотерапии при суицидальном поведении.

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Диагностика психических нарушений: практикум / Ю.Г. Демьянов. – М.: ТЦ Сфера, 2004.
4. Практическое пособие по психиатрии / Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. – Минск, 1996.
5. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

6. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.
7. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002.
8. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / под ред. Ф.М. Гайдука. - Мн., 1996.
9. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.
10. Психофизиология: практикум / И.М. Прищепа, Е.П. Боброва, Г.А. Захарова. – Витебск: изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 163 с.

4.2 Лабораторные занятия

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА № 1

ТЕМА: **Психофизиологические методы исследования**

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психических заболеваний. Сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики.

Освоить методы профилактики при различных психических заболеваниях.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Методология психопатологии. Основные теоретические направления в психиатрии: клинко-нозологическое, психоаналитическое и психодинамическое, биологическое, антипсихиатрическое. Распространенность и основные причины психических расстройств: биологические (генетические, врожденные, травматические, токсические, инфекционные) и социальные (психотравматические,

депривация и др.). Психотический и невротический уровни поражения психики. Значение возрастного фактора и типа ВНД в этиопатогенезе психических расстройств. Компенсаторные возможности детского организма. Психогигиена и психопрофилактика. Понятие первичной, вторичной и третичной психопрофилактики. Вопросы психопрофилактики в детском и подростковом возрасте. Повышение риска психических расстройств в позднем возрасте. Роль медико-генетических, семейных, психологических консультаций и кабинетов социальной помощи в системе профилактики психических заболеваний, расстройств и декомпенсаций психического здоровья.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Методы изучения психических заболеваний (клинический, нейрофизиологический, психологический, генетический).
2. Методика проведения клинико-психопатологического обследования и его построения.

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Психофизиология: практикум / И.М. Прищепа, Е.П. Боброва, Г.А. Захарова. – Витебск: изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 163 с.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 574 с.

Дополнительные учебные пособия:

5. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. – 496 с.
6. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 216 с.
7. Полный справочник психотерапевта / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. – М.: Эксмо, 2007. - 704 с.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА № 2

Методики исследования памяти и внимания

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психических заболеваний, сформировать понимание основных симптомов, раскрыть принципы диагностики.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: тестовый материал, секундомер

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Общая характеристика памяти (виды памяти, процессы памяти). Виды нарушений памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия. Особенности нарушений памяти при психических заболеваниях. Патологические механизмы расстройств памяти. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания). Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Виды нарушений памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия.
2. Особенности нарушений памяти при психических заболеваниях.
3. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания).
4. Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания.
5. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА

1. Определение объёма кратковременной памяти и его зависимость от содержания информации по методу Джекобса.
2. Определение объёма памяти при смысловом запоминании.
3. Определение объёма оперативной памяти.
4. Определить тип памяти методом воспроизведения по-разному воспринятых слов.

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Психофизиология: практикум / И.М. Прищепа, Е.П. Боброва, Г.А. Захарова. – Витебск: изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 163 с.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 574 с.

Дополнительные учебные пособия:

5. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. – 496 с.
6. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 216 с.
7. Полный справочник психотерапевта / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. – М.: Эксмо, 2007. - 704 с.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА № 3

ТЕМА: Методики исследования эмоциональной сферы.

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику эмоциональной сферы психически больных людей. Сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики. Научиться распознавать аффективные расстройства при различных психических заболеваниях.
МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: тестовый материал, секундомер

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Нарушения эмоционального состояния: эйфория, депрессия, дисфория, эмоциональная тупость, эмоциональная лабильность, физиологический и патологический аффекты, апатия, слабодушие, тревоги и страхи, неадекватность, амбивалентность. Навязчивые страхи (фобии). Характерные особенности эмоциональных расстройств у детей при различных заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Общая характеристика эмоций.
2. Виды нарушений эмоций: апатия, эйфория, депрессия, дисфория, неадекватность, лабильность, недержание эмоций, эмоциональная тупость, патологический эффект.
3. Характер эмоциональных расстройств при различных психических заболеваниях.
4. Эмоциональные синдромы: маниакальный, депрессивный, апатический.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Мариллов. – Москва, 2007.
3. Психофизиология: практикум / И.М. Прищепа, Е.П. Боброва, Г.А. Захарова. – Витебск: изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 163 с.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 574 с.

Дополнительные учебные пособия:

5. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. – 496 с.
6. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 216 с.
7. Полный справочник психотерапевта / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. – М.: Эксмо, 2007. - 704 с.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА № 4

ТЕМА: Методики исследования уровня и течения мыслительных процессов

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психических заболеваний, сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: тестовый материал, секундомер

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Мышление – как высшая форма отражения окружающей действительности. Виды нарушений мышления: нарушения типа мышления, нарушения логического строя мышления, разорванность, резонёрство, амбивалентность, обстоятельность, бредовые идеи, сверхценные идеи. Патофизиологические механизмы расстройств мышления. Взаимосвязь нарушений

мышления и речи. Нарушения речи: мутизм, неологизм, эхолалия, персеверация. Виды нарушений мышления и речи при различных психических заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Патология ассоциативного процесса: ускоренное мышление, замедленное, насильственное мышление, разорванность, резонёрство, персеверация, символическое, бессвязность.
2. Патология суждения: навязчивые состояния (обсессии), сверхценные идеи.
3. Бредовые идеи.
4. Нарушения речи: мутизм, неологизм, эхолалия.
5. Виды нарушений мышления и речи при различных психических заболеваниях.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА

1. **Определить уровень развития логического мышления с помощью теста Липпмана.**
2. **Определить уровень развития понятийного мышления.**

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Психофизиология: практикум / И.М. Прищепа, Е.П. Боброва, Г.А. Захарова. – Витебск: изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 163 с.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 574 с.

Дополнительные учебные пособия:

5. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. – 496 с.
6. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 216 с.
7. Полный справочник психотерапевта / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. – М.: Эксмо, 2007. - 704 с.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА № 5

ТЕМА: Изучение подвижности нервных процессов

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психогенных заболеваний (реактивные психозы и неврозы), сформировать понимание основных симптомов, раскрыть принципы диагностики.

Научиться распознавать клинические особенности психозов и неврозов.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: тестовый материал.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Психогенные заболевания: реактивные психозы и неврозы. Этиология и патогенез.

Психозы. Аффективно-шоковые (острые) реакции: гипокINETическая и гиперкинетическая формы. Патологический аффект. Подострые реактивные состояния: реактивная депрессия,

реактивный параноид, галлюциноз. Реактивно-истерические психозы: псевдодеменция, пуэрилизм
Затяжные реактивные психозы с переходом в постреактивное патологическое развитие личности:
синдром регресса психики, истерический ступор. Особенности реактивных состояний у детей.

Неврозы: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. Клинические проявления и исходы. Особенности неврозов у детей и подростков, Патохарактерологические реакции у детей и подростков. Психологические методы исследования.

Комплексное лечение психогенных заболеваний, Психотерапия: индивидуальная, групповая, рациональная. Аутогенная тренировка. Медикаментозная терапия: психоторпные средства. Физиотерапевтическое лечение. Вопросы реабилитации.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. *Психозы.* Аффективно-шоковые (острые) реакции: гипокINETическая и гиперкинетическая формы.
2. Подострые реактивные состояния: реактивная депрессия, реактивный параноид, галлюциноз.
3. Реактивно-истерические психозы: псевдодеменция, пуэрилизм
4. Затяжные реактивные психозы с переходом в постреактивное патологическое развитие личности: синдром регресса психики, истерический ступор.
5. Особенности реактивных состояний у детей.
6. *Неврозы:* неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний.
7. Клинические проявления и исходы.
8. Особенности неврозов у детей и подростков.
9. Патохарактерологические реакции у детей и подростков.

ЛАБОРАТОРНАЯ РАБОТА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилев. – Москва, 2007.
3. Психофизиология: практикум / И.М. Прищепа, Е.П. Боброва, Г.А. Захарова. – Витебск: изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 163 с.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 574 с.

Дополнительные учебные пособия:

5. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. – 496 с.
6. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 216 с.
7. Полный справочник психотерапевта / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. – М.: Эксмо, 2007. - 704 с.

4.3 Вопросы к зачету

1. Психопатология как наука. Основные разделы современной психопатологии. Взаимосвязь с другими науками. Организация психиатрической помощи населению.
2. Краткие исторические сведения о развитии отечественной и зарубежной психопатологии. История развития психиатрии в Беларуси.
3. Методологические основы изучения психических процессов.
4. Этапы психофизиологического развития. Биологические и биографические кризисы.
5. Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сенестопатии.
6. Иллюзии. Определение. Виды иллюзий. Вербальные, аффективные иллюзии. Особенности иллюзорных переживаний психически больных.
7. Галлюцинации. Определение. Виды галлюцинаций.
8. Мышление. Определение. Патология ассоциативного процесса (ускорение мышления, замедление, насильственное мышление, персеверация, резонерство, символическое мышление, разорванность мышления).
9. Патология суждения. Навязчивые состояния (обсессии): навязчивый счет, навязчивые мысли, действия, воспоминания, влечения, страхи (фобии)
10. Сверхценные и бредовые идеи. Виды бредовых идей. Клиническая характеристика.
11. Патология памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия.
12. Патология интеллекта: врожденное и приобретенное слабоумие.
13. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания). Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.
14. Общая характеристика эмоций. Виды нарушений эмоций: эйфория, мория, дистимия, тревога, дисфория, лабильность, эмоциональная тупость, апатия.
15. Эмоциональные синдромы: маниакальный, депрессивный, апатический.
16. Воля и ее нарушения. Гипобулия. Гипербулия. Парабулия.
17. Нарушение влечений: извращение влечения к пище, ослабление инстинкта самосохранения, извращение полового влечения, импульсивные влечения.
18. Компulsive влечения. Тики. Заикание. Невротический энурез и энкопрез.
19. Симптомы нарушения сознания. Синдромы нарушенного сознания (оглушения).
20. Делирий. Онейроидный синдром. Сумерочное помрачение сознания. Аменция. Расстройства самосознания.
21. Олигофрения. Этиология и патогенез. Степени олигофрении.
22. Деменция. Виды деменции и ее особенности при разных заболеваниях.
23. Шизофрения. Симптоматика. Этиология и патогенез. Формы и типы течения шизофрении.
24. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Типы течения. Депрессивная фаза.
25. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Маниакальная фаза.
26. Эпилепсия. Большой эпилептический припадок. Малые припадки. Этиология и патогенез.
27. Клиника психических нарушений при эпилепсии: дисфония, сумеречное расстройство сознания.
28. Определение психопатий. Этиология и патогенез. Клинические типы психопатий: возбудимый, эпилептоидный, неустойчивый, истерический.
29. Суицидальное поведение и принципы кризисной психотерапии.
30. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Степени и стадии алкоголизма. Особенности раннего алкоголизма. Лечение и профилактика.
31. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления наркотических веществ. Лечение и профилактика.
32. Табакокурение. Лечение и профилактика.

4.4 ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Понятия психического здоровья, психической болезни, патологического состояния и дефекта. Распространенность и основные причины психических расстройств: биологические (генетические, врожденные, травматические, токсические, инфекционные) и социальные (психотравматические, депривация и др.).
2. Основные принципы организации психиатрической помощи. Виды психиатрической помощи: неотложная, стационарная, внебольничная, телефон доверия. Реабилитация психически больных: принципы и основные этапы. Учреждения реабилитации. Организация психиатрической помощи детям и подросткам. Взаимодействие учреждений здравоохранения, образования и социальной службы в осуществлении помощи психически больным.
3. Психогигиена и психопрофилактика. Понятие первичной, вторичной и третичной психопрофилактики. Вопросы психопрофилактики в детском и подростковом возрасте. Повышение риска психических расстройств в позднем возрасте. Роль медико-генетических, семейных, психологических консультаций и кабинетов социальной помощи в системе профилактики психических заболеваний, расстройств и декомпенсаций психического здоровья.
4. Расстройства речи: афазия, дизартрия, смазанная речь, заикание, алалия, мутизм, разорванность, эхолалия. Дизграфия и дизлексия у детей.
5. Особенности нарушения ощущений и восприятия у взрослых и детей при нейроинфекциях, соматических заболеваниях и психических расстройствах.
6. Шизофрения: определение понятия. Распространённость патологии, этиология и патогенез. Основные проявления шизофренического процесса: расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение личности. Различные варианты начала заболевания: острое, подострое и постепенное.
7. Основные клинические формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая, циркулярная. Типы течения: непрерывнотекущая, приступообразно-прогредиентный, приступообразно-прогредиентная, периодическая. Диагностические критерии. Особенности шизофрении у детей и подростков. Прогнозирование исходов.
8. Современные методы лечения шизофрении: биологические методы, электросудорожная терапия, психофармакотерапия, психотерапия, трудотерапия, социальная реабилитация, культуротерапия. Мероприятия профилактики и предупреждение социально-опасных действий больных.
9. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Монополярные и биполярные формы аффективных расстройств. Циклотимия. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Депрессивная и маниакальная фазы заболевания. Этиология, патогенез клиника болезни. Особенности циклофрении у детей и подростков. Лечение маниакально-депрессивного психоза. Значение своевременного распознавания и предупреждения суицидальных поступков во время депрессии. Профилактическое лечение.
10. Эпилепсия. Понятие «эпилепсия» и ее формы: идиопатическая, симптоматическая. 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. Особенности эпилепсии у детей и подростков. Изменение личности и интеллектуальные нарушения у больных эпилепсией. Диагностика эпилепсии. Первая помощь при судорожном приступе. Современные методы лечения больных эпилепсией.

11. Инфекционные интоксикационные психозы. Характеристика психических нарушений при гриппе, кори, малярии, сыпном тифе и туберкулёзе легких. Особенности инфекционных интоксикационных психозов у детей.
12. Психические расстройства при сифилитическом поражении головного мозга. Ранние и поздние формы сифилитического поражения: сифилис (нейролюис), прогрессивный паралич. Врожденный сифилис мозга. Психопатологические, неврологические и соматические симптомы. Лечение, профилактика.
13. Психические нарушения при внутримозговых инфекциях. Проявления психических нарушений при энцефалитах, менингоэнцефалитах, нейроревматизме, токсоплазмозе и СПИДе.
14. Психические нарушения при радиационном воздействии (острая и хроническая лучевая болезнь). Психические последствия аварии на ЧАЭС.
15. Интоксикационные психозы. Характерные психические нарушения при отравлениях окисью углерода, барбитуратами, атропином, кортикостероидными гормонами, тетраэтилсвинцом и др.
16. Психические нарушения при соматических заболеваниях: инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, заболевания желудочно-кишечного тракта, патология печени и почек, ревматизм, злокачественные новообразования, церебральный атеросклероз и др.
17. Психические расстройства у больных с патологией эндокринной системы: тиреотоксикоз, микседема, акромегалия, болезнь Аддисона.
18. Психозы в послеродовом периоде.
19. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Психические расстройства в остром периоде травматического повреждения головного мозга: нарушения сознания (оглушение, сопор, кома), травматический делирий, сумеречное расстройство сознания, пуэрилизм, онейроидное расстройство сознания, амнезии, астенические расстройства, локальная неврологическая симптоматика, вегетативные и вестибулярные расстройства. Транзиторные психозы с эпилептиформным возбуждением, делирием, острым галлюцинозом. Корсаковский амнестический синдром. Мориоидные расстройства.
20. Психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы: посттравматическая церебрастения, травматическая болезнь мозга, травматическая энцефалопатия, посттравматическая эпилепсия, аффективные психозы, травматическое слабоумие. Возрастные особенности церебрастенической, неврозоподобной, психопатоподобной симптоматики. Последствия родовой травмы у детей. Профилактика психических нарушений при черепно-мозговых травмах. Лечение психических расстройств при травматическом повреждении головного мозга. Реадаптация больных.
21. Олигофрения (умственная отсталость). Степени умственной отсталости: лёгкая (дебильность); умеренная (имбецильность) и тяжёлая (идиотия). Клинические проявления олигофрении. Классификация олигофрении по этиологическому признаку.
22. *Олигофрении, вызванные наследственными факторами.* Генная олигофрения: истинная микроцефалия; энзимопатические формы с нарушением белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, синдром Марфана и др.). Олигофрении, обусловленные хромосомными aberrациями (болезнь Дауна, синдром Кляйнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера и др.) и мутагенным повреждением генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические агенты и др.).
23. *Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода* (эмбрио- и фетопатии) при резус-конflikте, алкоголизме родителей, краснухе, врожденном сифилисе, вирусных инфекциях матери, токсоплазмозе и других инфекционных заболеваниях.
24. *Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3-х лет жизни* (асфиксия новорожденного, родовая травма, тяжёлые инфекциями и черепно-мозговые травмы в раннем детстве).

25. Лечение и профилактика олигофрении, реабилитация и социальная адаптация. Психологические методы исследования.
26. 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.
27. Наркомании. Клинические особенности морфинной, опийной, эфедроновой и кокаиновой наркомании.
28. Токсикомании, связанные с привыканием к средствам бытовой химии и некоторым лекарственным препаратам.
29. Методы антиалкогольной и антинаркоманической пропаганды.
30. *Психозы*. Аффективно-шоковые (острые) реакции: гипокINETическая и гиперкинетическая формы. Патологический аффект. Подострые реактивные состояния: реактивная депрессия, реактивный параноид, галлюциноз. Реактивно-истерические психозы: псевдодеменция, пуэрилизм Затяжные реактивные психозы с переходом в постреактивное патологическое развитие личности: синдром регресса психики, истерический ступор. Особенности психозов у детей.
31. *Неврозы*: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. Клинические проявления и исходы. Особенности неврозов у детей и подростков, Патохарактерологические реакции у детей и подростков. Психологические методы исследования.
32. Комплексное лечение психогенных заболеваний. Психотерапия: индивидуальная, групповая, рациональная. Аутогенная тренировка. Медикаментозная терапия: психоторпные средства. Физиотерапевтическое лечение. Вопросы реабилитации.
33. Психопатии. Основные клинические формы психопатий: астеническая, психастеническая, гипотимная, гипертимная, паранойяльная, шизоидная, истерическая, психастеническая, аффективно-возбудимая (импульсивная), сексуальная. Динамика психопатий. Представление о лечении.
34. Расстройства личности и поведения. Понятие об акцентуации личности (характера). Варианты акцентуированных черт личности: демонстративные, педантичные, застревающие, возбудимые, гипертимические, дистимические, аффективно-лабильные, экстравертированные, интровертированные. Методики исследования личностных особенностей.
35. Клинико-генетическое обследование психических больных.

5. Тесты по дисциплине «Основы психопатологии» для студентов ДО

Психомоторные расстройства

1. Больной чувствует, что части тела, стали непропорциональны, а руки и ноги изменили свои размеры:
 1. сенестопатии
 2. псевдогаллюцинации
 3. **расстройства схемы тела**
 4. деперсонализация
2. Утрата способности говорить при сохранении способности слышать:
 1. негативизм
 2. **мутизм**

3. деменция
4. эхолалия
3. Ребенок вялый, неловкий, плохо бегает и прыгает, неряшливо пишет, с трудом завязывает шнурки и застегивает пуговицы, это:
 1. **задержка моторного развития (моторный инфантилизм)**
 2. стереотипные моторные акты
 3. кататонические расстройства
 4. гиперкинетические расстройства
4. Стремление больного совершать действия, противоположные предлагаемому:
 1. амбивалентность
 2. **негативизм**
 3. резонерство
 4. мутизм
5. Двигательная заторможенность не наблюдается:
 1. Кататонический ступор
 2. Депрессивный синдром
 3. Реактивный ступор
 4. **Кататоническое возбуждение**
6. Какое описание соответствует понятию «психический автоматизм»?
 1. **Отчуждение больным своих чувств, мыслей, движений**
 2. Подсознательное повторение больным мимики врача
 3. Сложные суждения больного, не поддающиеся коррекции
 4. Подсознательно совершаемые повторные движения
7. Истерические двигательные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме:
 1. Функциональных парезов и параличей
 2. **Припадков с тоническими и клоническими судорогами**
 3. Явлений астазии-абазии
 4. Психогенной слепоты
8. Неспособность длительное время сохранять одну и ту же позу, сидеть, лежать, чем-либо заниматься:
 1. **Акатизия**
 2. Онейроид
 3. Пиромания
 4. Дипсомания
9. Обездвиженность, неподвижность, невозможность совершения волевых или автоматизированных движений при отсутствии парезов или параличей:
 1. Аменция
 2. Галлюцинации
 3. **Ступор**
 4. Слабодушие
10. Невозможность стоять и ходить при сохранении силы и объема движений конечностей в постели:
 1. Дистония
 2. **Астазия-абазия**
 3. Кома
 4. Паранойя

Расстройства памяти

1. Если больной, находящийся в клинике около месяца, заявляет, что вчера был в школе, то это:
 1. **псевдореминисценция**

2. конфубуляция
 3. гипермнезия
 4. гипомнезия
2. Кратковременное усиление памяти, это:
1. **гипермнезия**
 2. гиперестезия
 3. гипомнезия
 4. амнезия
3. Выпадение из памяти всей информации, которая только была у больного, включая сведения о себе, это:
1. ретроградная амнезия
 2. фиксационная амнезия
 3. **тотальная амнезия**
 4. истерическая амнезия
4. Выпадение из памяти отдельных событий в состоянии алкогольного опьянения, это:
1. парамнезия
 2. **палимпсест**
 3. амнезия
 4. тотальная амнезия
5. Если больной, не может удерживать и фиксировать поступающую информацию, то это:
1. **Фиксационная амнезия**
 2. Конфабуляция
 3. Ретроградная амнезия
 4. Гипермнезия
6. Когда развивается нарушение памяти по закону Рибо?
1. Антероградная амнезия
 2. **Прогрессирующая амнезия**
 3. Фиксационная амнезия
 4. Все указанные виды амнезий
7. Что не относится к расстройствам памяти?
1. Псевдореминисценции
 2. Ретроградная амнезия
 3. **Мутизм**
 4. Конфабуляции
8. Болезненное усиление памяти, ее обострение с наплывом образных воспоминаний, ярких чувственно-конкретных представлений:
1. Амнезия
 2. Конфабуляция
 3. **Гипермнезия**
 4. Гиперметаморфоз
9. Прогрессирующее снижение памяти:
1. **Гипомнезия**
 2. Аменция
 3. Акатизия
 4. Фуга
10. Обман, провал в памяти, который заполняется различной информацией:
1. **Парамнезия**
 2. Амнезия
 3. Гипомнезия
 4. Гипермнезия

Расстройства ощущений и восприятия

1. Выраженные повышения чувствительности к действующим раздражителям:
 1. парестезии
 2. парейдолии
 - 3. гиперестезия**
 4. гипостезия
2. Искаженное восприятие реально существующих предметов, явлений:
 1. галлюцинации
 - 2. иллюзии**
 3. сенестопатии
 4. гиперестезия
3. Разнообразные неприятные, тягостные ощущения покалывания, сдавливание, жжения, бульканья, всегда чрезвычайно субъективны, не связанные с соматическими заболеваниями и возникающие в различных частях тела:
 1. анестезия
 2. агнозия
 - 3. сенестопатии**
 4. парестезия
4. Иллюзии, связаны с деятельностью воображения при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию:
 - 1. парейдолические иллюзии**
 2. вербальные иллюзии
 3. аффективные иллюзии
 4. иллюзии невнимания
5. Больной видит образы мистических и мифологических существ (черты, ангелы, вампиры и т.д.). Какой вид галлюцинаций представлен:
 - 1. демономанические галлюцинации**
 2. аутоскопические галлюцинации
 3. полиопические галлюцинации
 4. функциональные галлюцинации
6. Эти галлюцинации выражаются в ощущении в полостях тела каких-то мелких животных или предметов:
 1. тактильные галлюцинации
 - 2. висцеральные галлюцинации**
 3. функциональные галлюцинации
 4. макроскопические галлюцинации
7. 12-летняя девочка, возбуждена, плачет и заявляет, что в комнате на вешалке для одежды висит страшная голова. Когда зажгли свет, то оказалось, что на самом деле это обычное пальто и шляпа. Как называется данное явление?
 1. галлюцинации
 - 2. иллюзии**
 3. сенестопатии
 4. парестезия
8. Для функциональных галлюцинаций характерно:
 - 1. появление на фоне реально действующего внешнего раздражителя**
 2. раздельного существования внешнего объекта и галлюцинаторного образа
 3. чрезмерная вязкость, тугоподвижность ассоциативного процесса
 4. все перечисленное
9. Расстройство восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов:
 1. иллюзии

2. **галлюцинации**
 3. фантазии
 4. псевдогаллюцинации
10. Слуховые обманы с восприятием несуществующих слов, фраз, монологов, диалогов, речи нескольких «голосов»:
1. иллюзии
 2. **галлюцинации**
 3. фантазии
 4. псевдогаллюцинации
11. Зрительные галлюцинации, содержанием которых являются животные:
1. **зоопсии**
 2. зоофилии
 3. фотопсии
 4. зоофобия
12. Вербальные галлюцинации выражаются в том, что больной слышит приказы, противится которым он почти не может, это:
1. **императивные**
 2. угрожающие
 3. контрастирующие
 4. комментирующие
13. Какой из вариантов более точен для понятия «дисморфомания (дисморфофобия)»?
1. Ощущение, что окружающие предметы изменились по форме
 2. Ощущение, что изменился размер окружающих предметов
 3. **Убежденность в наличии физического недостатка или уродства**
 4. Стремление к бродяжничеству, воровству, алкоголизации
14. Термин «дежа вю» наиболее правильно отражает состояние:
1. **Уже виденного**
 2. Никогда не виденного
 3. Дерезализации в виде искажения предметов
 4. Все перечисленное
15. Иллюзии — это:
1. **Искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений**
 2. Чувственно-субъективное переживание восприятия образов, реально не существующих
 3. Обострение воспоминаний
 4. Болезненно-искаженная оценка фактов действительности
16. Для псевдогаллюцинаций характерно:
1. **Сопровождаются ощущением навязанности какой-то посторонней, часто необъяснимой силой**
 2. Больные искаженно, чаще всего в негативном для себя смысле, воспринимают слова окружающих
 3. Словесная окрошка
 4. Стремление к поджогам
17. Расстройства восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов:
1. Иллюзии
 2. **Галлюцинации**
 3. Бред
 4. Отвлекаемость

18. Слуховые обманы с восприятием несуществующих слов, фраз, монологов, диалогов, речи нескольких «голосов»:
1. Шизофазия
 - 2. Галлюцинации**
 3. Фантазии
 4. Иллюзии
19. Ложные вкусовые ощущения, чаще неприятные. Возникают вне связи с приемом пищи и не соответствуют вкусовым качествам реальной пищи. Часто сочетаются с бредом отравления:
1. Сверхценные идеи
 - 2. Вкусовые галлюцинации**
 3. Ригидность
 4. Амнезия
20. Зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании, в переходном от бодрствования ко сну периоде:
1. Деперсонализационные
 2. Дерезализационные
 - 3. Гипногигические**
 4. Гипнопомпические
21. Галлюцинации, возникающие при пробуждении, а также в промежуточном состоянии между сном и бодрствованием:
1. Гипногигические
 - 2. Гипнопомпические**
 3. Гипнотические
 4. Дерезализационные
22. Больные испытывают неприятные запахи. Часто сопутствуют бреду отравления, ущерба:
- 1. Обонятельные галлюцинации**
 2. Вербигерации
 3. Сенсорная аура
 4. Фобии
23. Неприятные ощущения, при которых больные испытывают чувство ползания под кожей насекомых, мурашек, передвижения разного рода мелких предметов. Иногда это ощущение прикосновения к коже неодушевленных предметов. Часто сопровождаются жжением, зудом:
1. Сенестогении
 - 2. Тактильные галлюцинации**
 3. Бред
 4. Сверхценные идеи
24. Галлюцинации при которых больной слышит в шуме текущей из крана воды или стуке колес поезда речь своих преследователей, их угрозы:
- 1. Функциональные галлюцинации**
 2. Гипногигические галлюцинации
 3. Бредоподобные фантазии
 4. Вербальные галлюцинации
25. Галлюцинации, выходящие за пределы «чувствительного поля» данного рецептора. Так, например, больной локализует зрительные галлюцинаторные образы вне своего поля зрения, чаще всего позади себя:
- 1. Экстракампинные**
 2. Сценоподобные
 3. Функциональные
 4. Микроптические
26. Нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств:
1. «Белая горячка»

2. **Деперсонализация**
3. Эгоцентризм
4. Псевдодеменция

27. Психопатологическое состояние, характеризующееся тягостным переживанием утраты реальной связи с окружающим миром:

1. Обсессивный синдром
2. Истерия
3. **Дереализация**
4. Гомосексуализм

Расстройства эмоциональной сферы

1. У ребенка присутствуют две взаимоисключающие эмоции, это
 1. неадекватность эмоций
 2. **эмоциональная амбивалентность**
 3. эмоциональная лабильность
 4. эмоциональная тупость
2. Тоскливо-злое настроение с недовольством собой, окружающими, нередко агрессивным поведением:
 1. депрессия
 2. слабодушие
 3. **дисфория**
 4. резонерство
3. Двойственность представлений и чувств, существующих одновременно и противоположно направленных, - это:
 1. **амбивалентность**
 2. эмоциональная лабильность
 3. неадекватность эмоций
 4. эмоциональная тупость
4. Нарушение эмоциональной сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, бездеятельностью:
 1. дисфория
 2. **апатия**
 3. ступор
 4. амнезия
5. Что не характерно для патологического аффекта?
 1. Ригидность аффекта
 2. Помрачение сознания
 3. Двигательное возбуждение
 4. **Чувство витальной тоски**
 6. Дисфория характеризуется:
 5. Состоянием безразличия к окружающему
 6. Стойким угнетением настроения, унынием, тоской
 7. **Тоскливо-злым, ворчливым настроением**
 8. Спутанностью сознания
7. Диссоциация чувств в эмоциональной сфере сопровождается:

1. **Способностью плакать при радостных событиях или равнодушно высказываться о негативных событиях**
 2. Тоскливо-злым настроением, ворчливостью
 3. Несдержанностью эмоций, плаксивостью
 4. Стойким угнетением настроения, унынием, тоской
8. Эмоционально-волевое оскудение не сопровождается:
1. Абулией
 2. Апатией
 3. Безучастностью
 4. **Отвлекаемостью**
9. Двойственность представлений и чувств, существующих одновременно и противоположно направленным, - это:
1. **Амбивалентность**
 2. Резонерство
 3. Бредовые идеи
 4. Навязчивые идеи
10. Нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, жизненных побуждений, бездеятельностью:
1. Амимия
 2. **Апатия**
 3. Дисфория
 4. Ступор
11. Кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное. Характерны бурные вегетативные проявления:
1. **Аффект**
 2. Психический автоматизм
 3. Гипербулия
 4. Гипермнезия
12. Возникает при воздействии острой психогении и носит кратковременный характер. При этом отмечается сужение сознания, сосредоточенного главным образом на травмирующих переживаниях. Заканчивается аффективным разрядом, во время которого часты агрессивно-разрушительные действия.
1. **Патологический аффект**
 2. Гипербулия
 3. Гипермнезия
 4. Гиперметаморфоз

Расстройства сознания

1. Глубокое оглушение с отсутствием речевого контакта, ответами только на сильные раздражители (укол, щипок). Сохранены рефлексы:
 1. **сопор**
 2. кома
 3. делирий
 4. онейроид
2. Состояние, при котором наблюдается дезориентировка в месте и времени при сохранении ориентировки в себе с наплывом галлюцинаций и иллюзий:

1. сопор
 2. кома
 - 3. делирий**
 4. онейроид
3. Для онейроида более характерно нарушение памяти в виде:
1. полной амнезии
 2. частичной амнезии
 - 3. амнезии нет**
 4. парамнезии
4. Больной ослаблен, дезориентирован в месте, времени, собственном «я», возбужден в пределах постели, речь бессвязная.
1. Делирий
 2. Онейроид
 - 3. Аменция**
 4. Сумеречное состояние
5. Расстройство ориентировки в месте и времени.
1. Онейроид
 - 2. Делирий**
 3. Сумеречное расстройство сознания
 4. Аменция
6. Для делирия характерны все перечисленные симптомы, кроме:
1. Бессонницы
 - 2. Сенестопатических расстройств**
 3. Возбуждения
 4. Дезориентировки в месте и времени
7. Наиболее вероятная продолжительность делирия:
1. От нескольких минут до нескольких часов
 - 2. 3-5 дней**
 3. 2-3 недели
 4. Более месяца
8. Какое из указанных ниже расстройств не характерно для проявления шизофренического процесса?
1. Онейроид
 2. Гебефренический синдром
 - 3. Депрессивный синдром**
 - 4. Сумеречное расстройство сознания**
9. На фоне высокой температуры у ребенка появились сценopodobные зрительные галлюцинации. Он не понимает, где находится, испуган, возбужден. Определите синдром:
1. Онейроид
 2. Аменция
 - 3. Делирий**
 4. Сумеречное расстройство
10. Установите ведущий психопатологический синдром, который развился у ребенка на фоне высокой температуры с появлением страха, тревоги, двигательного беспокойства, зрительных галлюцинаций, дезориентировки в месте и времени.
1. Сумеречное расстройство
 2. Онейроид
 - 3. Делирий**
 4. Оглушенное расстройство сознания

11. Больной недоступен, лежит с закрытыми глазами, не реагирует на вопросы, при попытке сделать инъекцию начинает стонать. При каком состоянии больной реагирует на боль, но в контакт не вступает?
1. Оглушение
 2. **Сопор**
 3. Кома
 4. Все перечисленные состояния
12. При каком состоянии отсутствует сумеречное помрачение сознания?
5. **Сопор**
 6. Амбулаторный автоматизм
 7. Транс
 8. Патологический аффект
13. При каком синдроме расстройства сознания имеет место, менее выраженное психомоторное возбуждение?
1. Делириозном
 2. Сумеречном
 3. Особом
 4. **Сопоре**
14. Какой из указанных синдромов относится к синдрому расстроенного сознания?
1. Галлюциноз
 2. Ипохондрический
 3. **Аментивный**
 4. Корсаковский
15. Нарушение синтеза при сохраненном анализе встречается при:
1. Делирии
 2. **Аменции**
 3. Онейроиде
 4. Сумеречном расстройстве сознания
16. Для делирия характерно:
1. Исчезновение симптомов к ночи
 2. **Нарушение ориентировки в месте и времени**
 3. Только цветные галлюцинации
 4. Все перечисленное
17. Больной считает себя главным действующим лицом при следующем расстройстве сознания:
1. Делирий
 2. **Онейроид**
 3. Аменция
 4. Оглушенность
18. Для онейроида характерны галлюцинации:
1. **Фантастического содержания**
 2. Рефлекторные
 3. Гипногагические
 4. Гипнопомпные
19. Для онейроида более характерно нарушение памяти в виде:
1. Полной амнезии
 2. **Частичной амнезии**
 3. Фиксационной амнезии
 4. Ни одной из перечисленных
20. Для сумеречного расстройства сознания не характерно:
1. Сужение поля сознания

2. Двигательное возбуждение
3. **Ускоренное мышление**
4. Фрагментарное восприятие окружающего мира
21. Делириозный синдром обычно не проявляется:
 1. Галлюцинаторными расстройствами
 2. Бредом преследования
 3. Двигательным возбуждением
 4. **Бессвязностью мышления и речи**
22. Для онейроидного расстройства сознания характерно:
 1. Двойственная ориентировка в собственном «я»
 2. Фантастические яркие галлюцинации
 3. Отрешенность больного от окружающего
 4. **Все перечисленное**
23. Общие признаки помрачения сознания включают в себя:
 1. дезориентировку в месте, времени, собственной личности
 2. неполноту, частичность, фрагментарность отражения реальности
 3. полную или частичную амнезию периода расстройства сознания
4. **Все перечисленное**
24. Нарушение сознания. Основные признаки — полная дезориентировка в месте, времени, собственной личности, бессвязность мышления, повышенная отвлекаемость, наличие аморфных, нестойких иллюзий и галлюцинаций, отрывочные бредовые переживания, растерянность, пугливость, неадекватная эмоциональность:
 1. Деменция
 2. **Аменция**
 3. Псевдореминисценция
 4. Параноидный синдром
25. Синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями и парейдолиями, сопровождающимся образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени:
 1. **Делирий**
 2. Онейроид
 3. Сомнамбулизм
 4. Кататония
26. Преобладает двигательное возбуждение в форме простых, стереотипно повторяемых движений (снятие или стряхивание мнимых предметов с одежды или постели, натягивание одеяла и т. п.). Отсутствует реакция на внешние раздражители:
 1. Дромомания
 2. **Мусситирующий делирий**
 3. Негативизм
 4. Ступор
27. Характеризуется молчаливой автоматизированной деятельностью, в которой воспроизводятся двигательные акты, присущие профессии больного:
 1. **Профессиональный делирий**
 2. Симптом Плюшкина
 3. Парафрения
 4. Онейроид

Расстройства мышления

1. Болезненные идеи, искаженно отражающие реальную действительность, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции:
 1. **Навязчивости**

2. Галлюцинации
3. **Бред**
4. Сверхценные идеи
2. Застывание на одних и тех же представлениях, выражается в постоянном повторении какого-то слова или группы слов, называется:
 1. **персеверация мышления**
 2. насильственное мышление
 3. резонерство
 4. разорванность мышления
3. Склонность к пустому, бесплодному рассуждательству с отсутствием конкретных идей, с использованием научных и философских терминов, это:
 1. персеверация мышления
 2. насильственное мышление
 3. **резонерство**
 4. разорванность мышления
4. Утрата логической связи между представлениями, понятиями и идеями, хотя мысль при этом иногда облекается в правильную грамматическую форму:
 1. **разорванность мышления**
 2. бессвязность мышления
 3. парциализация мышления
 4. персеверация мышления
5. Навязчивый страх открытых пространств (площадей, улиц), это:
 1. акрофобия
 2. **агорафобия**
 3. антропофобия
 4. клаустрофобия
6. Патологическая убежденность в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания:
 1. бред физического недостатка
 2. **ипохондрический бред**
 3. депрессивный бред
 4. бред метаморфозы
7. Что из перечисленного не принадлежит к патологии ассоциативного процесса?
 1. **навязчивые идеи**
 2. резонерство
 3. персеверация
 4. ускоренное мышление
8. К расстройствам мышления не относится:
 1. персеверация
 2. **конфабуляция**
 3. резонерство
 4. разорванность мышления
9. Склонность больного к тому, что мыслить могут абсолютно все части тела:
 1. **парциализация мышления**
 2. персеверация мышления
 3. насильственное мышление
 4. разорванность мышления
10. Навязчивый счет, обычно пересчитывание попавших в поле зрения предметов:
 1. kleptomaniya
 2. **арифмомания**
 3. сомнамбулизм

4. кайтофобия
11. Расстройство мышления. Совокупность болезненных представлений, рассуждений, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне:
1. сверхценные идеи
 2. навязчивые идеи
 3. **бредовые идеи**
 4. резонерство
12. Расстройство мышления, которое характеризуется грандиозной переоценкой больным себя, своих психических и физических возможностей, своего положения в обществе:
1. бред ущерба
 2. **бред величия**
 3. бред метаморфозы
 4. бред сутяжничества
13. Бред, который характеризуется переживаниями наличия у больного тяжелого и неизлечимого заболевания, чаще всего соматического:
1. **ипохондрический бред**
 2. бред метаморфозы
 3. индуцируемый бред
 4. бред воздействия
14. Расстройство, которое характеризуется тенденцией больного видеть направленное против него преследование со стороны других людей. При этом часты аффекты тревоги и страха:
1. **бред преследования**
 2. бред метаморфозы
 3. бред самообвинения
 4. бред воздействия
15. Какие из перечисленных расстройств не относятся к навязчивостям?
1. Клаустрофобия
 2. Ритуалы
 3. Страх загрязнения (мизофобия)
 4. **Идеи ревности**
16. Какой из симптомов характеризуется потоком чуждых мыслей?
1. Ускорение мышления
 2. Бессвязность
 3. Разорванность
 4. **Ментизм**
17. При оценке психологического статуса пациента врач спросил: что общего между кроватью и шкафом. Пациент ответил: в обоих предметах имеются ножки. Этот ответ говорит о наличии у пациента:
1. Абстрактного мышления
 2. **Конкретного мышления**
 3. Разорванного мышления
 4. Символического мышления
18. Что из перечисленного не принадлежит к нарушению мышления по течению ассоциативного процесса?
1. **Навязчивые идеи**
 2. Ускоренное мышление
 3. Резонерство
 4. Бессвязность
19. Как можно назвать убежденность больного в том, что он может читать мысли окружающих людей?

1. Идеями отношения
 2. Навязчивостью
 3. **Бредом**
 4. Деперсонализацией
20. Бредовые идеи не характерны для:
1. Маниакального состояния
 2. Органических расстройств
 3. Депрессивного состояния
 4. **Невротических расстройств**
21. Какое слово обозначает боязнь загрязнения?
1. Агорафобия
 2. Канцерофобия
 3. **Мизофобия**
 4. Сифилофобия
22. Какое слово обозначает страсть к воровству?
1. Арифмомания
 2. Клаустрофобия
 3. **Клептомания**
 4. Пиромания
23. Какое слово обозначает страсть к поджогам?
1. Анозогнозия
 2. Арифмомания
 3. **Пиромания**
 4. Клептомания
24. Для обсессивного состояния характерно:
1. Бредовые идеи
 2. Разорванное мышление
 3. **Фобии**
 4. Фиксационная амнезия
25. Кайтофобия – это:
1. Боязнь высоты
 2. Навязчивое влечение к поджогам
 3. **навязчивый страх перемены обстановки**
 4. Однообразное повторение одних и тех же фраз
26. К расстройствам мышления не относится:
1. Шизофазия
 2. Персеверация
 3. Вязкость мышления
 4. **Конфабуляции**
27. Доминирующие идеи можно наблюдать:
1. Только у больных шизофренией
 2. Только у больных обсессивно-компульсивным типом характера
 3. **И у здоровых, и у больных людей**
 4. Только у больных эпилепсией
28. Параноидный синдром не входит в клиническую картину:
1. Шизофрении
 2. Эпилепсии
 3. Алкогольных психозов
 4. **Неврастении**
29. Парафренный синдром не проявляется:
1. Бредовыми идеями величия

- 2. Нарушением сознания**
3. Повышением настроения
4. Бредом преследования
30. К бредовым синдромам можно отнести все, кроме:
1. Паранойяльного синдрома
2. Параноидного синдрома
3. Аментивного синдрома
4. Парафренного синдрома
31. Внезапный обрыв мыслей во время разговора больного:
1. Резонерство
2. Аутизм
3. Шперрунг
4. Абсанс
32. Пустое мудрствование - это:
1. **Резонерство**
2. Обстоятельное мышление
3. Разорванное мышление
4. Символическое мышление
33. Боязнь пространства, открытых мест, площадей, приводящая к тому, что больной не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь:
1. Клаустрофобия
2. Агорафобия
3. Сифилофобия
4. Фонофобия
34. Расстройство мышления. Совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне:
1. Сверхценные идеи
2. Бред
3. Доминирующие идеи
4. Навязчивые идеи
35. Расстройство мышления, которое характеризуется грандиозной переоценкой больным себя, своих психических и физических возможностей, своего положения в обществе:
1. Бред ущерба
2. Бред величия
3. Бред интерметаморфозы
4. Сверхценные идеи
36. Бред, который по содержанию сходен с бредом проживающего вместе с психически больным, чаще его близким родственником, обычно пользующимся у него большим авторитетом и, как правило, интеллектуально превосходящим его:
1. Бред отношения
2. Индуцированный бред
3. Резонерство
4. Бред ущерба
37. Бред, который характеризуется переживаниями наличия у больного тяжелого и неизлечимого заболевания, чаще всего соматического:
1. **Ипохондрический бред**
2. Индуцируемый бред
3. Сенестопатия
4. Бред величия

38. Расстройство, которое характеризуется тенденцией больного видеть направленное против него преследование со стороны других людей. При этом часты аффекты тревоги и страха. Нередко сочетается со слуховыми галлюцинациями:

1. Бред самообвинения
2. Персеверация
3. **Бред преследования**
4. Маразм

39. Форма речевой стереотипии. Беспреданное, бессмысленное повторение одних и тех же слов, словосочетаний, фраз, оборотов, иногда созвучных:

1. Персеверация
2. Псевдореминисценция
3. Конфабуляция
4. **Вербигерация**

40. Суждения или группа суждений, отличающиеся аффективной насыщенностью и носящие стойкий, фиксированный характер:

1. Навязчивые идеи
2. Сверхценные идеи
3. **Бредоподобные фантазии**
4. Идиотия

41. Представления о мнимом внешнем уродстве, страх телесных изменений:

1. Акрофобия
2. Дерезализация
3. Идиотия
4. **Дисморфофобия**

Расстройства интеллекта

1. При подозрении на задержку умственного развития у ребенка необходимо сделать:
 1. Анализы мочи и крови на метаболические нарушения
 2. **Психологическое обследование**
 3. Компьютерную томографию
 4. Все перечисленное
2. У больных с синдромом Дауна чаще обнаруживают:
 1. Хромосомные аномалии
 2. Плоскую переносицу
 3. Маленькие уши
 4. **Все перечисленное**
3. Подберите среди ответов наиболее соответствующий следующему понятию: полное отсутствие способности к речи.
 1. Умеренная умственная отсталость (имбецильность)
 2. Легкая умственная отсталость (дебильность)
 3. **Глубокая умственная отсталость (идиотия)**
 4. Все перечисленные состояния
4. Определите степень выраженности умственной отсталости 14-летнего подростка, у которого не развита речь, отсутствуют навыки самообслуживания, понимания окружающей действительности.
 1. Легкая умственная отсталость
 2. Умеренная умственная отсталость
 3. Тяжелая умственная отсталость (имбецильность)
 4. **Глубокая умственная отсталость (идиотия)**
5. К хромосомным болезням относятся:
 1. Реактивные психозы

2. Инфекционные психозы
 3. **Болезнь Дауна**
 4. Депрессия
6. При олигофрении отмечается:
1. **Низкий запас знаний**
 2. Интеллект не нарушен
 3. Монотематический систематизированный бред
 4. Бред двойников
7. Деменция - это:
1. Врожденное слабоумие
 2. Острая спутанность сознания
 3. Разновидность особого расстройства сознания
 4. **Приобретенное слабоумие**
8. Заболевание под названием «раннее слабоумие» было описано Крепелиным в:
1. 1987 г.
 2. 1914 г.
 3. **1896 г.**
 4. 1900 г.
9. Развитие слабоумия не характерно для:
1. Шизофрении
 2. **Биполярного расстройства**
 3. Эпилепсии
 4. Алкоголизма
10. Приобретенное слабоумие:
1. Аменция
 2. Онейроид
 3. Олигофазия
 4. **Деменция**

Аффективные расстройства

1. Суточные колебания настроения с быстрым чередованием эпизодов:
 1. Депрессивный эпизод (реактивная депрессия)
 2. Инволюционная депрессия
 3. **Депрессивная фаза биполярного расстройства со сменой гипоманиакальным эпизодом.**
 4. Все указанные депрессии
 2. У ребенка после конфликтной ситуации в школе возникло сниженное настроение, нарушение сна, слабость, вегетативные нарушения. Состояние можно охарактеризовать как:
 1. Реактивное депрессивное расстройство
 2. **Невротическое депрессивное расстройство**
 3. Все перечисленное
 4. Ничего из перечисленного
- Наиболее часто депрессивные состояния встречаются при:
1. Болезни Пика
 2. Эпилептической болезни
 3. **Травматической болезни**
 4. Синдроме Дауна
3. Повышенное настроение и активность, стремление к деятельности.
 1. Кататонический синдром
 2. Гебефренический синдром

3. Паранойяльный синдром
4. **Маниакальный синдром**
4. Снижение настроения, связанное с невозможной потерей жизненно важных для человека ценностей.
 1. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)
 2. **Депрессивный эпизод (реактивная депрессия)**
 3. Шизофрения
 4. Инволюционная депрессия
5. Для острой реакции на стресс (аффективно-шоковых реакций) характерно все следующее, кроме:
 1. Возникают во время катастроф и стихийных бедствий
 2. Сопровождаются помрачением сознания
 3. **Поведение характеризуется детскостью и дурашливостью**
 4. Больные могут представлять опасность для себя или для окружающих
6. Какие расстройства не типичны для биполярного аффекта (маниакально-депрессивного расстройства)?
 1. Расстройства ассоциативной сферы
 2. Расстройства двигательной-волевой сферы
 3. **Расстройства сознания**
 4. Расстройства аффективной сферы
7. Что не характерно для депрессивного эпизода (реактивной депрессии)?
 1. Развивается непосредственно после возникновения психотравмирующей ситуации
 2. Идеи самообвинения
 3. **Ведущая симптоматика - галлюцинаторно-бредовая**
 4. Часто наблюдается моторная и идиаторная заторможенность
8. Суицидальные тенденции могут проявляться при:
 1. Биполярном аффективном расстройстве
 2. Депрессивных реакциях с психотической симптоматикой
 3. Шизофрении
 4. **Все перечисленное**
9. Симптомами маниакального состояния являются:
 1. Расторможенность влечений
 2. Идеи величия
 3. Двигательная активность
 4. **Все перечисленное**
10. Симптомы мании противоположны симптомам депрессии, кроме:
 1. Двигательной активности
 2. **Нарушений сна**
 3. Гипермнезии
 4. Расторможенности влечений
11. Что не характерно для депрессивной фазы?
 1. **Повышенное настроение**
 2. Заторможенность мыслительных процессов
 3. Скованность двигательной сферы
 4. Симптом «скорбного бесчувствия»
12. Для маниакальной фазы характерно:
 1. Гиперестезия
 2. **Ускорение мыслительных процессов**
 3. Аутизм
 4. Симптом «Дюпре»
13. Повышенная отвлекаемость внимания характерна для:

1. **Маниакального синдрома**
 2. Прогрессирующей амнезии
 3. Простой шизофрении
 4. Депрессивного синдрома
14. Депрессия, сопровождающаяся двигательным возбуждением, беспокойством, называется:
1. Слезливой
 2. Ларвированной
 3. **Ажитированной**
 4. «Зашторенной»
15. Биполярное расстройство впервые было описано:
1. Петраковым
 2. **Крепелином**
 3. Пекеном
 4. Протопоповым
16. Биполярное расстройство впервые было описано в:
1. 1870 г.
 2. **1896 г.**
 3. 1860 г.
 4. 1850 г.
17. Биполярное расстройство иначе называется:
1. Шизофренией
 2. Олигофренией
 3. **Циклофренией**
 4. Клептоманией
18. К атипичным депрессиям не относится:
1. Ажитированная депрессия
 2. Слезливая депрессия
 3. Тревожная депрессия
 4. **Циклотимия**
19. Для маниакального синдрома не характерно:
1. Расторможенность влечений
 2. **Предсердечная тоска**
 3. Ускоренное мышление
 4. Повышенное настроение
20. Маниакальная фаза биполярного расстройства характеризуется:
1. **Повышением настроения и двигательной активности, ускорением мышления и речи**
 2. Большим количеством стереотипии в речи, движениях, нецеленаправленной деятельностью
 3. Насыщенным отрицательным аффектом, злобой, страхом, бредовыми переживаниями
 4. Пониженным настроением, замедлением речи и мышления, двигательной заторможенностью
21. Повышенная отвлекаемость больных при маниакальной фазе сопровождается:
1. **Появлением реакции на любые события, слова, поведение окружающих, новой обстановки**
 2. Углублением депрессии при вовлечении больных в новую обстановку
 3. Дерезализацией
 4. Полным нарушением ориентировки в месте, времени, собственной личности
22. Маниакальное состояние в сочетании с чувством гнева, злобы, раздражительности:
1. **Гневливая мания**
 2. Слабодушие

3. Маниакальный аффект
 4. Дисфория
23. Маниакальное состояние, характеризующееся отсутствием ускоренного течения мыслительного процесса
1. **Непродуктивная мания**
 2. Обстоятельное мышление
 3. Разорванное мышление
 4. Персеверация
24. К соматическим признакам депрессии относится:
1. Снижение массы тела
 2. Запоры
 3. Тахикардия
 4. **Все перечисленное**
25. При маниакальном состоянии могут быть следующие симптомы:
1. Повышенное настроение
 2. Расторможенность влечений
 3. Двигательное возбуждение
 4. **Все перечисленное**
26. Маниакальное состояние, сопровождающееся обездвижением, называется:
1. **Маниакальным ступором**
 2. Восковидной подвижностью
 3. Заторможенностью
 4. Дисфория
27. Для профилактики самоубийств необходимо:
1. Изъять принадлежности, используемые для самоубийств
 2. Вести наблюдение за больным
 3. Проводить психотерапию
 4. **Все перечисленное**
28. Депрессивная симптоматика, главный симптом:
1. Ускорение мыслительного процесса
 2. **Угнетенное настроение**
 3. Повышенная отвлекаемость
 4. Снижение аппетита
29. Психическая анестезия — это:
1. Восковидная гибкость
 2. Эйфория
 3. **Скорбное бесчувствие**
 4. Тоскливое настроение
30. Взрыв отчаяния называется:
1. Непродуктивной манией
 2. Скорбным бесчувствием
 3. Гневливой манией
 4. **Меланхолическим раптусом**
31. Тягостное, мучительное ощущение в области сердца:
1. Меланхолический раптус
 2. **Предсердечная тоска**
 3. Крик сердца о помощи
 4. Скорбное бесчувствие
32. Депрессия с возбуждением называется:
1. **Ажитированной депрессией**
 2. Слезливой депрессией

3. Продуктивной меланхолией
 4. Циклотимией
33. Депрессия со скрытой антидепрессантами клинической картиной:
1. **Зашторенная депрессия**
 2. Депрессия при перемене места жительства
 3. Ажитированная депрессия
 4. Циклотимия

Эпилепсия

1. Для тонических и следующих за ними клонических судорог характерно (выбрать наиболее подходящий ответ):
 1. Частичная потеря сознания
 2. **Полная потеря сознания с полной амнезией**
 3. Полная амнезия
 4. Заторможенное состояние
2. Определите нехарактерный клинический признак эпилептической болезни.
 1. Хроническое течение
 2. Нарастание изменений личности и интеллекта
 3. Судорожные припадки
 4. **Амбивалентность**
3. В характере доминирует педантичность, угодливость, эгоцентризм, временами раздражительность.
 1. Тотальное слабоумие
 2. Врожденное слабоумие
 3. **Эпилептическое слабоумие**
 4. Все указанные типы слабоумия
4. Какое из эмоциональных расстройств наиболее часто встречается при эпилепсии?
 1. Амбивалентность
 2. Слабодушие
 3. Апатия
 4. **Дисфория**
5. Для эпилептического делирия характерны галлюцинации:
 1. Цветные
 2. Устрашающие
 3. Сценоподобные
 4. **Все перечисленное**
6. Каковы хронические нарушения психической деятельности при эпилепсии?
 1. Нарушение сознания
 2. Судорожные припадки
 3. Оглушение
 4. **Слабоумие**
7. Длительность большого эпилептического припадка:
 1. Несколько часов
 2. **Несколько минут (3-5 мин)**
 3. Несколько секунд
 4. Доли секунд
8. Длительность малого эпилептического припадка:
 1. Несколько часов
 2. Несколько минут
 3. **Несколько секунд**
 4. Доли секунды

9. Эпилептические эквиваленты - это все, кроме:
 1. Делирия
 2. Дисфории
 3. Эпилептического ступора
 4. **Апатия**
10. Для эпилептических изменений личности не характерно:
 1. **Эмоционально-волевое оскудение**
 2. Злопамятство
 3. Слащавость
 4. Педантизм
11. Эквивалентом судорожного припадка при эпилепсии может быть:
 1. Эйфория
 2. **Дисфория**
 3. Мория
 4. Депрессия
12. Кратковременное (от 2 до 20 с) угнетение или выключение сознания с последующей амнезией:
 1. **Абсанс**
 2. Большие судорожные припадки
 3. Малые судорожные припадки
 4. Бредовые идеи

Психогенные психические заболевания

1. К реактивным психозам не относится:
 1. Реактивный параноид
 2. Аффективно-шоковая реакция
 3. Реактивная депрессия
 4. **Реакция протеста**
2. Что является основным этиологическим фактором для возникновения невротических расстройств (невроза)?
 1. Ослабление организма после соматического заболевания
 2. Сотрясение головного мозга
 3. Длительное употребление алкоголя
 4. **Длительная психотравмирующая ситуация**
3. Для невротических расстройств характерно нарушение мышления:
 1. Патологической обстоятельности
 2. Ментизма и шперрунга
 3. Бреда
 4. **Навязчивости**
4. Перечислите основные синдромы невротических расстройств:
 1. Астенический
 2. Ипохондрический
 3. Истерический
 4. **Все перечисленное**
5. Укажите симптомы, не входящие в астенический синдром:
 1. Истощаемость психической деятельности
 2. Раздражительная слабость
 3. **Дисфория**
 4. Все перечисленное

6. Перечислите клинические признаки, характерные для гиперстенической формы неврастения:
 1. Раздражительность
 2. Гиперестезия
 3. Слезливость
 4. **Все перечисленное**
7. Перечислите варианты ипохондрического синдрома:
 1. Депрессивная ипохондрия
 2. Бредовая ипохондрия
 3. **Все перечисленное**
 4. Ничего из перечисленного
8. Укажите критерии невротической депрессии:
 1. Сохранность основных качеств личности
 2. Сниженное настроение
 3. Амбивалентное отношение к суицидальным мыслям
 4. **Все перечисленное**
9. Укажите этапы развития невротических состояний:
 1. Предневротическая реакция
 2. Невротическая реакция
 3. Невротическое развитие личности
 4. **Все перечисленное**
10. Перечислите варианты истерических синдромов:
 1. Псевдодеменция
 2. Синдром Ганзера
 3. Истерический припадок
 4. **Все перечисленное**
11. Укажите признаки, не характерные для реактивных психозов:
 1. **Деменция**
 2. Продуктивная психопатологическая симптоматика
 3. Критическое отношение к своему состоянию
 4. Обратимость симптоматики
12. Перечислите клинические формы реактивных истерических психозов:
 1. Истерическое сумеречное помрачение сознания
 2. Синдром бредоподобных фантазий
 3. Истерический ступор
 4. **Все перечисленное**
13. Перечислите клинические признаки, характерные для истерического синдрома бредоподобных фантазий:
 1. Бредоподобные идеи величия, богатства
 2. Тревожно-аффективный фон настроения
 3. **Все перечисленное**
 4. Ничего из перечисленного
14. К неврозоподобным синдромам не относятся:
 1. Астенический
 2. Истерический
 3. Ипохондрический
 4. **Галлюцинаторный**
15. Бредоподобные фантазии встречаются при:
 1. Шизофрении
 2. Эпилепсии
 3. **Истерии**

4. Алкоголизме

16. Отсутствие аппетита, возникающее при неврозах в связи с перевозбуждением коры головного мозга, чаще психогенно:

1. **Анорексия**
2. Аноргазмия
3. Булимия
4. Амбивалентность

Патохарактерологическое формирование личности

1. Диссоциативные акцентуированные расстройства личности по Леонгарду:
 1. **Демонстративные**
 2. Шизофренические
 3. Парафренические
 4. Эпилептические
2. Что может послужить причиной возникновения социально опасных форм поведения.
 1. Бредовые идеи
 2. Патологический аффект
 3. Патологическое опьянение
 4. **Все вышеперечисленное**
3. Кому из больных с расстройством личности (психопатов) свойственны подозрительность, сверхценные идеи, эгоцентризм, склонность к сутяжничеству?
 1. Возбудимым
 2. Психастеникам
 3. Истерическим
 4. **Параноидным (паранойальным)**
4. Сочетание слащавости и злобности свойственно характерологическим чертам личности:
 1. Шизоида
 2. Циклоида
 3. **Эпилептоида**
 4. Истерика
5. Какие этиологические факторы характерны для невротических расстройств и реактивных психозов?
 1. Инфекционно-токсический фактор
 2. Черепно-мозговые травмы
 3. Сосудистые заболевания головного мозга
 4. **Психогенный фактор**
6. Какой прогноз при диагнозе: специфическое (психопатическое) расстройство личности?
 1. Полное выздоровление
 2. Медленное улучшение состояния
 3. **Стабильное, малообратимое состояние**
 4. Волнообразное течение с частыми сезонными обострениями
7. Что не характерно для специфического (психопатического) расстройства личности?
 1. Склонность к совершению асоциальных поступков
 2. Мечтательность, фантазирование
 3. **Симптом Плюшкина**
 4. Склонность к возникновению навязчивостей
8. Для неврастении характерно:
 1. Бред отравления
 2. Слуховые галлюцинации
 3. **Состояние раздражительной слабости**
 4. Потеря чувств
9. Укажите основные критерии психопатий:

1. Относительная стабильность аномалий характера в течение жизни больного
2. Постоянная социальная дезадаптация
3. **Все перечисленное**
4. Ничего из перечисленного

10. Укажите онтогенетические этапы психосексуального развития:

1. Формирование полового самосознания
2. Формирование психосексуальной ориентации
3. Этап зрелой сексуальности
4. **Все перечисленное**

11. По Кречмеру пикническое телосложение чаще наблюдается:

1. **У циклотимиков**
2. У шизофреников
3. У эпилептоидов
4. У лиц с болезнью Дауна

12. По Леонгарду акцентуация - это:

1. Глубокое снижение интеллектуальной деятельности
2. **Индивидуальные черты личности, обладающие тенденцией перехода в патологическое состояние**
3. Тип нарушения восприятия
4. Дебют шизофрении

Шизофрения

1. Какие расстройства наиболее характерны для гебефренической формы шизофрении?

1. **Дурашливость и гримасничанье**
2. Депрессивный синдром
3. Маниакальное возбуждение
4. Дисфория

2. Подберите среди ответов наиболее соответствующий следующему понятию: наиболее частое проявление конечных состояний при шизофрении.

1. **Апатия**
2. Слабодушие
3. Амбивалентность
4. Дисфория

3. Псевдогаллюцинации обычно возникают при:

1. Психических расстройствах в результате употребления алкоголя (алкоголизме)
2. Деменции
3. Старческом слабоумии
4. **Шизофрении**

4. Сохранность критической оценки к своему психическому состоянию имеется при:

1. Паранойальном синдроме
2. Параноидном синдроме
3. Парафреническом синдроме
4. **Отсутствует при всех перечисленных синдромах**

5. Для какого расстройства личности характерны: эмоциональная холодность, отсутствие удовольствия от любой деятельности, нечувствительность к социальным нормам:

1. Импульсивное расстройство личности
2. **Шизоидное расстройство личности**
3. Истерическое расстройство личности
4. Параноидное расстройство личности

6. Из перечисленных ниже заболеваний выделите то, которое с детского возраста характеризуется нарастанием эмоционально-волевого снижения, негативизмом, дураш-

ливостью, расторможенностью, чувством собственной измененности, вычурным поведением.

1. Эпилепсия
 2. Расстройство личности (психопатия)
 3. Олигофрения
 4. **Шизофрения**
7. При какой форме шизофрении чаще встречается симптом «капюшона», «восковой гибкости»?
1. Простой шизофрении
 2. Гебефренической шизофрении
 3. **Кататонической шизофрении**
 4. Параноидной шизофрении
8. Что не характерно для гебефренической формы шизофрении?
1. Раннее начало заболевания (14-17 лет)
 2. Безремиссионное течение
 3. Преобладание в клинической картине возбуждения и дурашливой веселости
 4. **Онейроидное помрачение сознания**
9. Для какой сферы характерно сочетание ступора с негативизмом и эхо-реакциями?
1. Простая шизофрения
 2. Гебефреническая шизофрения
 3. **Кататоническая шизофрения**
 4. Параноидная шизофрения
10. Определите наиболее злокачественную форму шизофрении:
1. Онейроидная кататония
 2. Депрессивно-параноидная форма
 3. Циркулярная форма
 4. **Гебефреническая форма**
11. Кататония может появиться при:
1. Алкогольной зависимости
 2. **Шизофрении**
 3. Невротических расстройств
 4. Специфических расстройствах личности
12. Для какой формы шизофрении основным проявлением служит апатоабулический синдром?
1. Кататонической
 2. Депрессивно-параноидной
 3. Недифференцированной шизофрении
 4. **Простой**
13. Какая форма шизофрении характеризуется симптомами «капюшона», «восковой гибкости», «воздушной подушки»?
1. Гебефреническая форма
 2. Простая форма
 3. **Кататоническая шизофрения**
 4. Параноидная шизофрения
14. При шизофрении электрошоковая терапия эффективна при:
1. Бредовом состоянии
 2. Кататоническом возбуждении
 3. Гебефренической бессвязности
 4. **Все перечисленное**
15. Какие расстройства характерны для шизофрении?
1. Абулия
 2. Амбивалентность

3. Негативизм
 4. **Все перечисленное**
16. Для шизофрении характерно все, кроме:
1. Прогрессиентности течения
 2. Расщепления психической деятельности
 3. **Абстинентный синдром**
 4. Эмоционально-волевого расстройства
17. В каком возрасте чаще начинается вялотекущая шизофрения?
1. 20-40 лет
 2. 70-100 лет
 3. **16-18 лет**
 4. 40-60 лет
18. Какой ведущий синдром характерен для простой формы шизофрении?
1. Неврозоподобный
 2. Психопатоподобный
 3. Паранойяльный
 4. **Апатико-абулический**
19. Для кататонической формы шизофрении характерно все, кроме:
1. Симптома «капюшона»
 2. Симптома «восковой гибкости»
 3. **Симптома «зеркала», прогрессирующей амнезии**
 4. Симптома «воздушной подушки»
20. Каков главный симптом шизофрении?
1. **Расщепление психической деятельности**
 2. Бредовые идеи
 3. Навязчивые идеи
 4. Галлюцинации
21. Форма шизофрении с нарушением поведения:
1. Простая
 2. Параноидная
 3. **Гебефреническая**
 4. Фебрильная
22. Как называется двойственность стремлений у больного шизофренией?
1. Негативизм
 2. **Амбигендентность**
 3. Резонерство
 4. Амбивалентность
23. Как называется двойственность чувств у больного шизофренией?
1. Аутизм
 2. Персеверация
 3. Разорванность мышления
 4. **Амбивалентность**
24. Самый тяжелый этап параноидной шизофрении:
1. Паранойяльный синдром
 2. **«Вторичная» кататония**
 3. Парафренный синдром
 4. Параноидный синдром
25. Начальные клинические признаки параноидной шизофрении:
1. **Предболезненное состояние**
 2. Паранойяльный синдром
 3. Параноидный синдром
 4. Парафренный синдром

26. Напряжение мускулатуры при шизофрении наблюдается в случае:
1. Маниакального синдрома
 2. **Кататонического ступора**
 3. Апатико-абулического синдрома
 4. Ипохондрического синдрома
27. Как называется симптом «склеивания понятий» при шизофрении?
1. Резонерство
 2. Амбивалентность
 3. **Агглютинация**
 4. Шизофазия
28. Склонность больного к уединению при шизофрении:
1. Мутизм
 2. Абулия
 3. Апатия
 4. **Аутизм**
29. Кто из ученых впервые предложил название «шизофрения»?
1. Корсаков
 2. **Блейлер**
 3. Крепелин
 4. Кандинский
30. Кто из немецких психиатров назвал шизофрению ранним слабоумием?
1. Блейлер
 2. **Крепелин**
 3. Корсаков
 4. Кандинский
31. Вычурная дурашливость характерна для формы шизофрении:
1. Простой
 2. Вялотекущей
 3. Неврозоподобной
 4. **Гебефренической**
32. Симптом «воздушной подушки» Дюпре наблюдается при:
1. Астеническом синдроме
 2. Острой парафрении
 3. Малом эпилептическом припадке
 4. **Кататонической форме шизофрении**
33. Стремление больного совершать действия, противоположные предлагаемому:
1. Амбивалентность
 2. Абулия
 3. **Негативизм**
 4. Резонерство
34. Глубокий дефект личности, эмоциональная тупость, абулия характерны для:
1. Вялотекущей шизофрении
 2. Приступообразно-прогредиентной шизофрении
 3. **Злокачественной (юношеской) шизофрении**
 4. Периодической шизофрении
35. С высокой температурой по типу инфекционного заболевания протекает следующая форма шизофрении:
1. Онейроидно-кататоническая
 2. Циркулярная
 3. **Фебрильная (гипертоксическая) кататония**
 4. Злокачественная

36. Стремление совершать действия, противоположные предлагаемым, у больных шизофренией проявляется:
1. **При негативизме**
 2. При абулии
 3. При амбивалентности
 4. При аутизме
37. Самый тяжелый синдром при шизофрении:
1. **Кататонический**
 2. Неврозоподобный
 3. Депрессивный
 4. Маниакальный
38. Форма шизофрении, возникающая в юношеском возрасте:
1. Гебефреническая
 2. Параноидная
 3. Кататоническая
 4. **Все перечисленное**
39. Наиболее благоприятная форма течения шизофрении:
1. Простая
 2. Злокачественная
 3. Юношеская
 4. **Циркулярная**
40. Кататоническая форма шизофрении, протекающая при ясном сознании:
1. Простая
 2. Гебефреническая
 3. Онейроидная
 4. **Люцидная**
41. К негативным симптомам шизофрении не относятся:
1. Эмоциональная «тупость»
 2. Абулия
 3. **Галлюцинации**
 4. Социальная отгороженность
42. Кататонический синдром характеризуется:
1. Симптомами «эхо»
 2. Негативизмом
 3. Симптомом «хоботка»
 4. **Всем перечисленным**
43. Состояние «восковидной гибкости» отмечается у больных с:
1. Манией
 2. Кокаиновой интоксикацией
 3. Алкогольным делирием
 4. **Шизофренией**
44. При шизофрении встречаются следующие виды расстройства мышления:
1. Символическое
 2. Разорванное
 3. Резонерство
 4. **Все перечисленное**
45. Эмоциональная тупость чаще всего встречается при:
1. Кататонической форме шизофрении
 2. **Простой форме шизофрении**
 3. Параноидной форме
 4. Гебефренической

46. Уход от внешнего мира в мир собственных болезненных переживаний, наблюдающийся при шизофрении:
1. Эйфория
 2. **Аутизм**
 3. Аффект
 4. Параноид
47. Симптом шизофазии характеризуется:
1. **Нарушением логической связи и грамматической правильности слов**
 2. Нарушением логической связи при сохранении грамматической правильности слов
 3. Сохранением логической связи при нарушении грамматической правильности слов
 4. Не сопровождается нарушением логической связи и нарушением грамматической правильности слов
48. Симптом символического мышления при шизофрении характеризуется тем, что:
1. Больной отдельные предметы и явления объясняет «бытовыми мотивами»
 2. **По своему, только для него значимому смыслу**
 3. По понятному для всех смыслу
 4. По сексуальным мотивам
49. «Склеивание» понятий (агглютинация) сопровождается:
1. Кататоническими расстройствами
 2. **Утратой дифференцировки одного представления от другого**
 3. Негативизмом
 4. Глубоким дефектом личности
50. Впервые заболевание под названием «шизофрения» было описано в:
1. 1887 г.
 2. **1911г.**
 3. 1896 г.
 4. 1944 г.
51. Блейлер считал, что происхождение шизофрении:
1. Органическое
 2. Неврозоподобное
 3. **Функциональное**
 4. Психопатоподобное
52. Главными симптомами шизофрении являются:
1. Расстройство сна
 2. **Расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение**
 3. Бредовые идеи
 4. Галлюцинации
53. Хроническое психическое заболевание шизофрения терминологически обозначает:
1. Наркотическую зависимость
 2. **Расщепление психической деятельности**
 3. Расстройство сна
 4. Алкогольную зависимость
54. Хроническое психическое заболевание шизофрения чаще всего возникает в:
1. Период полового созревания
 2. Перинатальный период
 3. **Юношеском возрасте**
 4. Препубертатный период
55. Одна из форм шизофрении - кататония - была названа:
1. Геккером
 2. Менделевичем
 3. Мейнертом

- 4. Кальбаумом**
56. Одна из форм шизофрении - гебефреническая - была названа:
1. Саармой
 2. Сорокиной
- 3. Геккером**
4. Спенсером
57. Понятие, введенное для обозначения одного из существенных признаков шизофрении — склонности отвечать на внешние раздражители двойкой, противоположной, антагонистической реакцией:
1. Агорафобия
 2. Псевдодеменция
 3. Резонерство
 4. **Амбивалентность**
58. «Отщепление» от действительности, фиксация на внутренних переживаниях, аффективных комплексах при шизофрении:
1. Мутизм
 2. Резонерство
 3. **Аутизм**
 4. Деперсонализация

Алкоголизм и наркомания

1. Какой из симптомов является важнейшим для установления диагноза «психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя»?
 1. Высокая толерантность к алкоголю
 2. **Наличие психической и физической зависимости от алкоголя**
 3. Утрата рвотного рефлекса
 4. Атипичные формы опьянения
2. Какое проявление не входит в понятие «синдром отмены»?
 1. Эмоциональное расстройство
 2. **Снижение интеллекта**
 3. Нарушение сна
 4. Соматовегетативное расстройство
3. Главным признаком алкоголизма является:
 1. Цирроз печени
 2. Симптом опережения
 3. Тремор конечностей
 4. **Синдром отмены**
4. Главным признаком алкоголизма является:
 1. Симптом «красного носа»
 2. **Симптом зависимости**
 3. Употребление суррогатов
 4. Все перечисленное
5. Главный общий признак наркомании:
 1. Запой
 2. Бессонница
 3. **Патологическая зависимость**
 4. Раздражительность
6. Укажите общие признаки наркомании:
 1. Патологическое влечение к наркотическому веществу
 2. Абстинентный синдром

3. Изменение толерантности
4. **Все перечисленное**
7. Обозначьте симптомы синдрома отмены опиатов:
 1. Бессонница
 2. Раздражительность
 3. Расширение зрачков
 4. **Все перечисленное**
8. Физическая зависимость организма от алкоголя называется:
 1. Эйфория
 2. Симптом опережения
 3. **Абстинентный синдром**
 4. Алкогольная деградация

Психические аспекты некоторых соматических заболеваний

1. Причиной повреждения ЦНС у детей может являться:
 1. Корь
 2. Коклюш
 3. Высокие температурные реакции
 4. **Все перечисленное**
2. Первичным симптомом болезненного состояния ЦНС является:
 1. Интеллектуальная неполноценность
 2. Гиперактивность
 3. Задержка развития
 4. **Все перечисленное**
3. Для сосудистых заболеваний мозга характерно:
 1. Врожденное слабоумие
 2. **Приобретенное слабоумие**
 3. Концентрическое слабоумие
 4. Все указанные типы слабоумия
4. Какие психические расстройства могут возникать в остром периоде черепно-мозговой травмы?
 1. Делириозное расстройство сознания
 2. Сумеречное расстройство сознания
 3. Онейроидное расстройство сознания
 4. **Все перечисленное**

Методы

1. В психиатрической практике использование электроэнцефалографии особенно показано для диагностики следующих расстройств:
 1. Аменции
 2. Делирия
 3. Шизофрении
 4. **Эпилепсии**
2. К основным разделам психиатрии не относится:
 1. Психофармакология
 2. Наркология
 3. Детская психиатрия
 4. **Психоанализ**
3. К психологическим методам исследования не относится:

1. 16-факторный опросник Кетелла
 2. Комплексный тест Векслера
 3. **Метод ЭЭГ**
 4. Тест Когана
4. В норме в состоянии покоя и при закрытых глазах на ЭЭГ преобладает:
1. **Альфа-ритм**
 2. Бета-ритм
 3. Дельта-ритм
 4. Волна ожидания
5. ЭЭГ является специфическим методом диагностики:
1. Паранойяльной психопатии
 2. Неврозоподобной формы вялотекущей шизофрении
 3. Легких форм депрессии
 4. **Эпилепсии**
6. Зигмунд Фрейд был родоначальником:
1. Теории и практики гипноза
 2. **Психоанализа**
 3. Гуманистической психотерапии
 4. Нейрофизиологических исследований в психиатрии
7. К клиническим методам исследования в психиатрии относится:
1. Исследование личности с помощью опросника Айзенка
 2. Эхоэнцефалография
 3. Рентгенография черепа
 4. **Метод опроса**
8. При каком диагнозе больной не может быть призван в армию?
1. Легкая степень дебильности
 2. Шизофрения
 3. Эпилепсия
 4. **Все перечисленное**
9. Какой из видов психотерапии требует наибольшего участия в его проведении самого больного?
1. Эмоционально-стрессовая терапия
 2. Рациональная психотерапия
 3. Семейная психотерапия
 4. **Аутогенный тренинг**
10. Кто отменил тюремный режим для психически больных?
1. **Пинель**
 2. Конолли
 3. Платер
 4. Ветторн

Расстройства воли и влечений

1. К этапам волевого акта не относится:
1. Возникновение мотива или цели
 2. **Состояние оглушенности**
 3. Борьба мотивов
 4. Достижение цели
2. Отсутствие воли:
1. Гипобулия
 2. Апатия
 3. Шперрунг

4. Абулия

3. Дромомания относится к патологии:

1. **Влечений**
2. Восприятия
3. Эмоций
4. Памяти

4. Половое влечение к лицам своего же пола. Нарушение психосексуальной ориентации по полу объекта:

1. Содомия
2. **Гомосексуализм**
3. Дебильность
4. Паранойя

5. Понижение волевой активности – это:

1. **гипобулия**
2. гипербулия
3. парабулия
4. парамнезия

6. Полидепсия – это:

патологическая неутолимая жажда

1. усиление влечения к пище
2. стремление поедать несъедобное
3. утрата чувства аппетита

7. Использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения:

1. **фетишизм**
2. мазохизм
3. эксгибиционизм
4. вуайеризм

8. Внезапно возникающее неодолимое стремление к бродяжничеству, побегам из дома, скитаниям:

1. **дромомания**
2. дипсомания
3. клептомания
4. пиромания

9. Кататонический ступор может длиться:

1. несколько дней
2. несколько месяцев
3. несколько лет
4. **Все перечисленное**

6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для обеспечения данной дисциплины необходимы: видеофильмы, рисунки, фотографии.

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная		
1	Общая психопатология. В.В. Мариллов	2007
2	Психиатрия и наркология. А.А.Кирпиченко. Мн.	2005
3	Психиатрия с элементами психотерапии. Р.Тёлле. Мн.	2002
4	Все виды отклонений в человеческой психике. Ростов н/Д.	2006
5	Частная психопатология. В.В. Мариллов	2005
6	Психиатрия. Н.М. Жариков, Л.Г. Урсова, Д.Ф. Хритинин.	1989
7	Психиатрия. А.А. Кирпиченко, Минск.	1996
8	Психиатрия. М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. М.	1995
9	Основы психиатрии. В.С. Чудновский, Н.Ф. Чистяков.	1997
10	Толковый словарь психиатрических терминов. В 2 т. В.М. Блейхер, И.В. Крук.	1996
11	Практическое пособие по психиатрии. Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. Минск.	1993
12	Диагностика психических нарушений: практикум. Ю.Г. Демьянов.	1999
Дополнительная		
13	Большая энциклопедия психологических тестов. М.	2006
14	Сто лучших тестов на компьютере. СПб.	2007
15	История психиатрии. Ю. Каннабих.	1994
16	Анатомия, физиология, психология человека. – СПб.: изд-во «Лань».	1998
17	Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии. Под ред. Ф.М. Гаидука. Мн.	1996
18	Неврозы. Б.Д. Карвасарский. М.	1980
19	Полный справочник психотерапевта. Дроздов А.А., Дроздова М.В., М.	2007
20	Пограничные нервно-психические расстройства. Г.К. Ушаков.	1987
21	Акцентуированные личности. К. Леонгард. Киев.	1984
22	Подростковая психиатрия. Личко А.Е.	1985
23	Психиатрия и наркология. Кирпиченко А.А.	2005
24	Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. Ковалев В.В., М.	1985
25	Психотерапия. Б.Д. Карвасарский. М.	1985
26	Пограничные психические расстройства. Ю.А. Александровский.	1993