

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии и наркологии

КОРОЛЁВА Е.Г., СТАНЬКО Э.П., ШУСТЕР Э.Е.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие
для студентов медико-психологического факультета

Гродно
ГрГМУ
2010

УДК 616.89 (075.8)
ББК 56.14
К 68

Рекомендовано Центральным научно-методическим советом УО «ГрГМУ»
(протокол N от 2010 г.).

Авторы: зав.кафедрой психиатрии и наркологии, д-р мед. наук, проф.
Е.Г.Королёва; к.м.н., доцент Э.П. Станько; к.м.н., доцент Шустер Э.Е.

Рецензент: зав. кафедрой мед.психологии и психотерапии канд. мед.наук,
доцент М.А. Ассанович.

Королёва Е.Г. **Общая психопатология:** учебно-методическое пособие для
студентов медико-психологического факультета /Е.Г. Королёва, Э.П.
Станько, Шустер Э.Е. - Гродно: УО «ГрГМУ», 2010. - 100 с.

В учебном пособии освещены все клинические аспекты общей психопатологии от выделения симптомов и синдромов до общих проблем установления диагноза психического расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ – 10. Подробно рассмотрены диагностические приемы, тактика проведения психиатрического обследования, клинические проявления и динамика основных психопатологических симптомов и синдромов на разных возрастных этапах.

Предназначено для студентов медико-психологического факультета.

УДК 616.89 (075.8)
ББК 56.14
К 68

УО «ГрГМУ», 2010

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	4
1. Введение в общую психопатологию.....	5
2. Психиатрическое обследование.....	15
3. Расстройства ощущения и восприятия.....	19
4. Расстройства памяти.....	27
5. Расстройства эмоций.....	31
6. Пароксизмальные расстройства.....	51
7. Патология мышления.....	54
8. Патология интеллекта.....	65
9. Расстройства внимания и нарушения сознания.....	71
10. Список литературы.....	79

ВВЕДЕНИЕ

В предлагаемом пособии последовательно освещены патологические симптомы и синдромы, касающиеся расстройств в сфере восприятия, внимания, мышления, воли, памяти, эмоций и интеллекта. Отражены наиболее часто встречающиеся клинические синдромы, возникающие на различных этапах течения психических заболеваний. Представлены закономерности формирования симптомокомплексов и их последующая трансформация к установлению психиатрического диагноза. Изучение симптомов и синдромов увязывается с клинической картиной болезни, сущность которой составляют не только нарушения психической деятельности, но и соматической сферы. Общая психопатология изложена прежде всего как раздел общего учения о психических болезнях. Психопатологические типичные состояния могут возникнуть при разных болезнях, следовательно они имеют общее значение. Вместе с тем установление общих закономерностей психического расстройства позволяет углубить изучение индивидуального, свойственного отдельным болезням. Вооруженные знаниями общих закономерностей, мы имеем возможность глубже проникать в сущность, в особенности отдельных болезней.

Пособие составлено с учетом современного состояния вопроса об органическом единстве синдрома и нозологической формы в их динамике, поступательном и обратном развитии. Таким образом, общая психопатология представлена как система знаний об общих клинических закономерностях структуры, патогенеза и связи психопатологических явлений с состоянием всего организма.

Порядок расположения и общая направленность в изложении материала согласуются с критериями международной классификацией психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10).

Необходимость в издании данного пособия вызвана тем, что в используемых в учебном процессе руководствах по психиатрии раздел общей психопатологии представлен очень кратко, преимущественно в форме определений, без подробного клинического описания.

Разделы пособия соответствуют разделам типовой программы по дисциплине «Психиатрия и наркология», которая разработана в соответствии с: образовательным стандартом специальности 1-79 01 05 Медико-психологическое дело (ОСРБ 1 – 79 01 05-2007), утвержденным Постановлением;

- типовым учебным планом специальности 1-79 01 05 Медико-психологическое дело, утвержденной Министерством образования республики Беларусь 12.02.2008 (регистрационный номер № L 79 – 002/тип.).

ВВЕДЕНИЕ В ОБЩУЮ ПСИХОПАТОЛОГИЮ

Вопросы:

1. *Определение понятий «психическая патология» и «общая психопатология», этапы развития.*
2. *Чем определяется психическая деятельность человека?*
3. *Определение понятия симптом, синдром и нозологический диагноз.*
4. *Представление об этиологии и патогенезе психических заболеваний.*
5. *Нозологическая специфичность психических заболеваний.*
6. *Продуктивные и негативные синдромы.*
7. *Определение психотических и непсихотических расстройств.*
8. *Классификационные оси в психиатрии.*

Психическая патология – это результат патогенного неблагополучия взаимоотношений человека (организма и личности) с окружающей природной и социальной средой. Она является специфически человеческой патологией. До 10-15% населения нашей планеты нуждается в психиатрической помощи.

Общая психопатология – раздел психиатрии, который занимается изучением отдельных проявлений психических расстройств (симптомов и синдромов). Выделение и квалификация симптомов представляет собой начальный уровень психиатрической диагностики.

Общая психопатология (общая психиатрия) изучает общие закономерности психического расстройства, типовые психопатологические процессы, природу этих типовых психопатологических процессов (делирий, аменция, галлюцинаторно-параноидное состояние и т.п.).

Общая психопатология зародилась в конце 18 века в учении о психических болезнях итальянского психиатра Киаруджи, первым высказавшем мысль о едином психозе.

Основателем общего учения о психических болезнях был выдающийся психиатр Гризингер – середина 19 в., знаменующего собой вершину развития психиатрии. Он говорил о рефлекторной природе психической деятельности.

Следующий этап в развитии общей психопатологии связан с деятельностью английского психиатра Модсли, который применил эволюционный метод Дарвина. Одним из самых важных его утверждений было: клиническая картина психоза зависит не только от особенностей внешних вредностей, но внешние вредности вызывают психоз через внутренние условия деятельности головного мозга. Так, если речь идет о заболевании ребенка первых лет жизни, то какие бы вредности ни действовали на его головной мозг, психоз всегда будет протекать в виде психомоторного возбуждения. Ни галлюцинаций ни бреда не будет, ибо мозг такого ребенка является не созревшим и в нем не развились все те функции, которые свойственны взрослому человеку. В школьном возрасте это уже может быть возбуждение с галлюцинациями. А у ребенка в подростковом возрасте психоз может протекать и с бредом и с галлюцинациями.

Психическая деятельность – это продукт единства внешнего мира и деятельности головного мозга. Это положение чрезвычайно важно, ибо оно показывает, что каждая вредность опосредуется состоянием головного мозга, индивидуальностью больного. Этим и будет определяться клиническая картина. Что происходит при психозе? Детерминация, обусловленность психической деятельности внешним миром искажается, ослабляется или полностью отключается. У психически больного внешний мир (частично или полностью) перестает быть источником психической деятельности. Психическая деятельность становится чисто субъективной. Еще Гризингер говорил, что у душевнобольного все мысли, аффекты, чувства, восприятия происходят изнутри, перестают быть обусловленными внешним миром. Психическая деятельность подчиняется прошлому опыту, становится чисто субъективной.

Джексон считал вполне развитую психическую деятельность результатом интегративной деятельности различных уровней головного мозга, а психоз – распадом, диссоциацией этой единой интегративной деятельности.

Вся симптоматология, которой мы оперируем сейчас, была изучена и описана именно в конце 19 в. К этому времени относятся и классические исследования В. Х. Кандинского в области псевдогаллюцинаций и психического автоматизма и исследования памяти С.С. Корсакова.

Общая психопатология оперирует чисто медицинскими понятиями: симптом, синдром, этиология, патогенез, исход болезни. Но психиатр пользуется и психологическими понятиями (мышление, воля, эмоции, мы говорим: больной тосклив, возбужден, подозрителен и пр.). Психология помогла психиатрам описать всю симптоматику психических заболеваний. Она помогла показать, что при психических заболеваниях страдает вся личность, а не отдельные стороны, что психиатрия имеет дело не только с общими закономерностями, свойственными всем личностям, но и с индивидуальными особенностями. Психология исследует психические процессы в одной плоскости, а психиатрия имеет дело с особыми явлениями-галлюцинациями, бредом, растерянностью. И их исследовать можно только физиологически.

Большая заслуга Гризингера, И. М.Сеченова, И. П. Павлова в том, что они показали, что для познания природы психоза нужно отправляться от психологических явлений в глубину, исследовать психические функции физиологически. Кальбаум писал, что любой симптом психического заболевания относится к особым явлениям природы и при них страдает вся деятельность мозга. Галлюцинации и даже сенестопатии - не есть заболевание только одной какой-нибудь функции. При сенестопатии изменяется не только ощущение, но и отношение субъекта к внешнему миру, изменяется его аффект, его мышление. Т.е. каждое проявление, каждый симптом психического расстройства является сложным, особым образованием, которое нельзя понять с позиции чисто психологических.

В общей психопатологии речь идет о многоаспектном, многоорбитальном исследовании, как и во всей медицине.

Мозг является частью организма и, следовательно, для деятельности мозга важны и другие изменения, в частности, изменения самой мозговой клетки, гуморальные изменения в организме, в железах внутренней секреции, в вегетативной нервной системе, структурные изменения. Тут он встречается с новыми закономерностями - воспалением, атрофией, дегенерацией и т.д.

Общая психопатология занимается не только исследованием синдромов, их специфичностью, закономерностью смены синдромов, но также и общими вопросами патогенеза и этиологии, принципами классификации болезней и общими принципами восстановления нарушенных функций.

Синдромы в течении болезни сменяются, один синдром сменяет другой и эта смена происходит не хаотически, а закономерно, последовательно. В этих закономерностях проявляется природа болезни, патогенез. Установив эти закономерности мы можем сказать какой синдром придет на смену данному синдрому.

В зависимости от закономерности смены синдрома, или как говорит И.В. Давыдовский, стереотипа развития болезни, устанавливается и нозологический диагноз.

В нашей стране создавалась традиционная клиническая психиатрия - это вторая родина (первая Германия).

Под феноменологическими теориями в науке понимают такие, которые ограничиваются описаниями внешних сторон описываемых явлений и не пытаются исследовать внутренние причины, обуславливающие свойства этих явлений.

Под динамическими теориями понимают те, которые не ограничиваются описаниями внешних сторон исследуемых явлений, а пытаются вскрыть внутренние причины, обуславливающие соответствующие свойства явлений.

Болезни – это видовые формы реакций на внешнюю среду. Болезни – такой же продукт эволюции, как и весь организм и его биологические и социальные потенциалы. Любая причина болезни вызывает те или иные ее проявления только через посредство эволюционно сложившихся, исторически предуготованных физиологических механизмов. В результате бесконечного повторения они путем закрепления в потомстве сложились в стереотипы.

Психоз - это всегда общее изменение, поэтому рассмотрение какого-то отдельного симптома лишь относительно оправдано. Психотический симптом – это не дефектный камешек в безупречной в остальном мозаике. При описании симптома в психиатрии, как правило, проводится разграничение между формой и содержанием. Так, если пациент говорит, что слышит голоса, называющие его гомосексуалистом, то формой его переживаний являются слуховые галлюцинации, а содержанием - утверждение о гомосексуализме. У другого появляются назойливые мысли

такого же содержания, но он осознает, что это не так. В этом случае формой являются навязчивые идеи.

При описании синдромов используется термин «первичный» (непосредственное выражение патологического процесса) и «вторичный» (когда один симптом может быть реакцией на другой. Например, бред как реакция на слуховые галлюцинации).

Человек – существо социальное, и **этиология** его болезней всегда социально обусловлена. Но связь причины и действия не линейная, а всегда многосторонняя, это структурно-сложный процесс, формы причинных связей в органическом мире являются исключительно сложными. Действие болезнетворной причины опосредуется организмом, его сложившимися в процессе эволюции приспособительными механизмами. Клиническая картина болезни, последовательность ее видоизменения выражает вонне целную реакцию организма.

Патогенез заболевания включает два момента: «генез», т.е. возникновение патологического явления, и кинез (патокинез), т.е. развитие возникшего явления в направлении того или иного стереотипа (общепатологического или нозологического). Нозологическая самостоятельность болезни образуется в результате единства ее этиологии и патогенеза.

Нозологические формы болезней иллюстрируют наиболее существенные факторы, складывающиеся причинные отношения. Не зная общих закономерностей, порождающих болезнь (социальные, бытовые, географические и пр.) нельзя лечить отдельного больного. Индивидуально и наследственно обусловленное преломление воздействий внешней среды на организм представляет важнейшую биологическую основу разнообразия форм болезней.

Симптом – строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Не каждый признак является симптомом, а только тот, который имеет причинно-следственные связи с патологией. Специфическими для психиатрии являются психопатологические симптомы. Они делятся на продуктивные (позитивные) и негативные.

Продуктивные обозначают привнесение чего-то нового в психику в результате болезненного процесса (галлюцинации, бред, кататонические расстройства).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого ущерба, изъяна, дефекта вследствие того или иного болезненного психического процесса (амнезия, абулия, апатия и т.п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни проявляются в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем меньше, беднее и фрагментарнее – позитивные.

Совокупность всех симптомов, выявленных в процессе обследования конкретного больного, образует *симптомокомплекс*.

Синдром – закономерное сочетание симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами. Синдромы, также как и симптомы, делятся на продуктивные и негативные.

По тяжести выделяют следующую последовательность *продуктивных* синдромов:

1. эмоционально-гиперэстетические расстройства,
2. аффективные (депрессивные и маниакальные),
3. невротические (навязчивости, истерические, ипохондрические),
4. паранояльные, вербальный галлюциноз,
5. галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические,
6. помрачение сознания (делирий, аменция, сумерки),
7. парамнезии,
8. судорожные,
9. психоорганические.

Негативные психопатологические синдромы представлены в следующей последовательности (по критерию тяжести):

1. истощаемость психической деятельности,
2. субъективно осознаваемая измененность «Я»,
3. объективно определяемая измененность личности,
4. дисгармония личности,
5. снижение энергетического потенциала,
6. снижение уровня личности,
7. регресс личности,
8. амнестические расстройства,
9. тотальное слабоумие,
10. психический маразм.

Болезнь включает в себя представление о некоторой группе патологических расстройств и без них она не существует. Она проявляется не в виде разрозненных признаков – симптомов, а в форме синдромов, т.е. типичной совокупности внутренне связанных симптомов. Синдром – это система взаимосвязанных типовых расстройств – симптомов (элементов), подчиненных некоторому особому закону. Симптом вне этой системы не имеет смысла. Развитие болезни сопровождается увеличением числа симптомов и изменением их взаимоотношений, а также возникновением новых симптомов, что приводит к видоизменению картины болезни, превращению одного синдрома в другой.

Познание болезни не может ограничиться знанием ее причин, не менее важно знание связей состояния (смены синдромов) болезни, закономерностей, по которым одно состояние переходит в другое.

Причина болезни и последовательность смены синдромов отражают разные стороны патологического процесса. Особенности патологического

процесса определяют характер связи его состояний, и наоборот, характер связи состояний того или иного патологического процесса предполагает его определенное причинно-следственное отношение.

Из синдромов и из их последовательной смены складывается клиническая картина болезни и ее развития. Иначе, болезнь проявляется непрерывной сменой синдромов – внешнее выражение патогенетической цепной реакции. Клиническому проявлению каждого нозологически самостоятельного психического заболевания свойственно преобладание одних синдромов над другими и закономерность их смены – стереотипный механизм развития болезни. Всем болезням, а психическим особенно, присущи разнообразные индивидуальные отклонения от стереотипа. Тем не менее, несмотря на подобные отклонения, типичность в преобладании одних синдромов над другими и повторяемость их последовательного возникновения, свойственная каждому отдельному психическому заболеванию, сохраняется довольно прочно. Последнее и позволяет выделить отдельные психические болезни - нозологические формы.

Стереотип развития болезни может выступать в качестве общепатологического, свойственного всем болезням стереотипа и стереотипа нозологического, присущего отдельным болезням (И. В. Давыдовский).

Любой патологический процесс, однажды возникнув, развивается по типу цепной реакции, включая в работу звено за звеном, сохраняя при этом фазы и периоды своего развития.

К общим закономерностям, свойственным для всех болезней, относится нарастающее по мере развития болезни усложнение клинической картины, ее проявлений - последовательная смена малых (простых) синдромов все более сложными (большими). В понятие малых и больших синдромов вкладывается различие степени генерализации патологического процесса – вовлечение в страдание одного органа, одной системы или нескольких органов (систем), что и находит свое выражение в однородности или сложности клинической картины болезни. Так, при шизофрении однородное паранойяльное состояние стереотипно сменяется более сложными галлюцинаторно-параноидными с разнообразными симптомами, с синдромом Кандинского-Клерамбо, а в дальнейшем еще более сложным – парафренным.

При лечении сначала происходит расщепление более сложного синдрома на простые, вследствие воздействия разными препаратами на отдельные звенья патогенеза.

К **простым** синдромам относятся: астенический, депрессивный, маниакальный, истерический, обсессивный, паранойяльный, вербальный галлюциноз, помрачение сознания. Но каждый из них может усложниться за счет другого.

Клиническая картина психоза, обнаруживаемая в данный момент у больного, является продуктом предшествующего развития болезни и одновременно содержит в себе предпосылки особенностей дальнейшего ее течения.

Синдром может содержать в себе помимо патологически **продуктивных (позитивных)** и негативные элементы (дефект, выпадение, деструкция). Между ними наличествует органическая связь, они образуют особенность структуры отдельных синдромов. Идея такого рода взаимосвязи впервые была высказана Джексоном. **Негативные** расстройства иногда могут обнаруживаться и без позитивных (или почти без них). Негативные симптомы достаточно инвариантны, а позитивные чрезвычайно вариабельны и зависят от пола, возраста, исходного состояния психической деятельности, особенностей психического развития.

Количество симптомов болезни зависит от особенностей личности больного, ее индивидуальных свойств, предшествующих наступлению болезни изменений, возраста, конституциональных особенностей и приобретенных в течении жизни.

Попытки обнаружения сути нозологической специфичности в результате поисков на более глубоком уровне жизнедеятельности больного организма оказалась безрезультатной. Морфологические изменения головного мозга, например при шизофрении, не только не специфичны, но обнаруживают исключительное сходство с такими же изменениями у пораженных лучами рентгена и радия (П. Е. Снесарев). Исследования М. Е. Вартаняна с сотрудниками установили, что у больных тяжелыми формами шизофрении, а также у страдающих болезнью Пика и у облученных в крови обнаруживаются метаболиты, которые одинаково:

- 1 – вызывают выраженную задержку развития экспериментальных животных,
- 2 - обладают антимитотическим действием,
- 3 – нарушают нормальные стрессовые реакции,
- 4 – в организме тех и других больных развиваются аутоимунные реакции,
- 5 – возникают свободно-радикальные соединения.

На глубоком уровне расстройства жизнедеятельности организма:

1. Нозологическая специфичность патологии нивелируется. Речь в этой области идет об особенностях функционирования элементарных механизмов надежности живых систем.
2. Нозологическая специфичность болезни проявляется не в элементарных процессах, а в особенностях расстройства всего организма как целого.
3. Идентичность расстройств, установленных у больных столь различными болезнями, свидетельствует о существовании общих закономерностей патологии не только для нозологически разных психозов, но и для всех болезней человека, в том числе и психических.
4. Невозможно также разделение болезней, в том числе и психических, на функциональные и органические. Современные морфологические исследования, осуществленные на субклеточном и молекулярном уровне, обнаружили, что структурные изменения предшествуют расстройству функций, то есть чисто функциональных изменений не существует.

Количество симптомов психической болезни зависит от особенностей личности больного, ее индивидуальных свойств, предшествующих наступлению болезни изменений, возраста.

Психопатологические расстройства и нозологические формы

Негативные расстройства		Позитивные расстройства	Нозологические формы
Дисгармония личности (психопатоподобные изменения)		Астенические Аффективные Невротические(обсессивные, истерические, деперсонализационные и др.)	Маниакально-депрессивный психоз
Регресс личности (падение энергетического потенциала, дискордантность, расщепление и т.п..)		Паранойяльные Галлюциноз вербальный Галлюцинаторно-параноидные Фантазиофренические Кататонические	Шизофрения
		Помрачение сознания	Экзогенные острые и пролонгированные психозы
Деменция	острая	Судорожные	Эпилепсия
	хроническая	Психоорганические	Грубо-органические психозы

При установлении особенностей психического расстройства исследователь сквозь индивидуальное стремится проникнуть к общим закономерностям и, установив их, возвращается вновь к индивидуальному их видоизменению, конкретному выражению у данного больного. Этот путь исследования и реализуется в своем конечном результате в диагнозе болезни и диагнозе больного.

Клиническое исследование невозможно противопоставлять ни лабораторному исследованию, ни экспериментальному.

Биопсихосоциальная сущность человека придает психической болезни признаки биосоциальности. В связи с этим разделяют психопатологические синдромы по критериям *дезорганизации психической деятельности* и социальной *дезадаптации* на психотические и невротические.

Психотические расстройства (психозы) характеризуются:

- грубой дезорганизацией психики,
- исчезновением критики,

- исчезновением или значительным снижением способности произвольно руководить своими действиями.

Непсихотические (пограничные, невротические) расстройства характеризуются:

- адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но не соответствием по силе, длительности и т.п.,
- сохранением критичности, нередко утрированной,
- ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с законами психологии и реально сложившейся ситуацией.

Условно в психической деятельности выделяют сферы – восприятие, память, эмоции, воля, мышление, интеллект, сознание. При выделении отдельных симптомов, их относят к определенным сферам психической деятельности. Синдромы могут наблюдаться как внутри одной сферы, так и в нескольких сферах психики.

Необходим многоосевой подход к пониманию психиатрической симптоматики. Поскольку психиатрические симптомы отражают расстройства психической деятельности, то и соотносить их прежде всего следует с конкретными психологическими процессами: эмоции, мышление или восприятие (**1-ая классификационная ось**).

Во-первых, необходимо установить неадекватность таких переживаний, которая и выражает нарушение протекание психических процессов. В эмоциональной сфере неадекватными могут быть интенсивность эмоций, их продолжительность, несоответствие психологическим переживаниям в других сферах (эмоциональное искажение или извращение).

В когнитивной сфере может устанавливаться неспособность прийти к надлежащим суждениям, формирование неправомерных умозаключений (в том числе бредовых), изменения темпа или последовательности мыслительных процессов.

В области восприятия патологичны изменения его объема, его несоответствие реальности.

Во-вторых, следует учитывать, что содержание психических процессов тесно взаимосвязано. В окружающей обстановке предметы, явления и события воспринимаются, когнитивно оцениваются и эмоционально окрашиваются не только как приятные или неприятные, но знакомые или чуждые, одушевленные или неодушевленные и т.д. Дисгармоничность содержания мыслей и чувств патологична. Так, если знакомая обстановка воспринимается с чувством новизны, то это деперсонализация, а если утрата близкого родственника не сопровождается чувством сожаления, то это эмоциональная обедненность. В таких случаях аргументировано утверждать вторичность какого-то расстройства, его производность от другого, не представляется достаточно обоснованным.

В третьих, взаимосвязь протекания психологических процессов (в отличие от их содержания) при обычной психической деятельности, в

частности в рутинной обстановке, незначительна. Сильные же эмоции могут привести к редукции восприятия, снижению продуктивности мышления, сужению сознания. Равным образом, интенсивные мыслительные нагрузки способствуют эмоциональной анестезии и редукции восприятия.

Соответственно, незначительные нарушения в одной из сфер по существу не отражаются на течении других видов психической деятельности, вероятность изменений в которых возрастает с углублением выраженности первичной патологии. Такие вторичные изменения по существу имеют характер психологической реакции и свидетельствуют об интенсивности первичного расстройства в смежной сфере психической деятельности. Так, при относительной тяжести депрессии замедляются когнитивные процессы, а при достаточной активности бредаобразования сужается диапазон эмоционального реагирования. Речь может идти о «депрессии фона» (по К. Шнайдеру), которую следует рассматривать как вариант психологической, а не патологической реакции.

Существует три вида нарушения каждого из психических процессов:

(2-ая классификационная ось): ослабление, искажение и усиление.

3-я классификационная ось учитывает особый вариант проявлений психопатологической симптоматики.

4-я классификационная ось характеризует аутохтонность (вне связи с внешними условиями) или психогенность (ответ на ситуацию) развития симптоматики. Т. е. помимо собственно психопатологических характеристик необходимо учитывать ситуационные факторы, от которых зависит развитие симптомов, их яркость и подвижность.

А характеристика симптоматики по сравнительной выраженности некоторых особенностей ее проявления может отражать разную степень провоцирующего участия психогенных факторов в развитии психических расстройств.

Задания для самоконтроля.

Выберите правильный вариант из предложенных:

1. Синдром наилучшим образом характеризует (*причину болезни, темпы её развития, текущее состояние, прогноз*).
2. Классификация МКБ-10 в большей степени нацелена на различение (*синдромов, регистров, нозологических единиц*).
3. Необратимыми чаще всего считают (*невротические, психотические, продуктивные, негативные*) расстройства.
4. К негативным относят многие расстройства, только не (*корсаковский синдром, депрессию, деменцию, апатию*).
5. Простыми называют формы заболеваний, проявляющиеся преимущественно (*невротической, психотической, продуктивной, негативной*) симптоматикой.

6. Нарастание продуктивной симптоматики свидетельствует о (злокачественности, остроте, необратимости, пароксизмальности) болезни.
7. Нарастание тяжести болезни приводит к тому, что мягкие невротические симптомы (замещаются психотическими, преобразуются в негативные, сосуществуют с психотическими).
8. В любой психоз обязательно входит (невроз, схизис, дефект, бред).
9. Наибольшим разнообразием симптоматики отличается клиническая картина (неврозов, МДП, шизофрении, органических заболеваний).
10. Наиболее специфичным считают симптомы, соответствующие регистру расстройств (астенических, аффективных, кататонических, психоорганических).

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Вопросы:

1. Что включает понятие «клинический метод обследования».
2. Опрос больного и наблюдение.
3. Что включает понятие «психический статус».
4. Субъективный и объективный анамнез.
5. Другие виды обследования (общесоматическое, нейрофизиологическое, психологическое).

Особенностью психиатрии как медицинской специальности является то, что ее объект исследования нематериален. Это значит, что психика не может быть непосредственно исследована с помощью приборов и лабораторных методов.

Это означает также, что и в будущем основным в психиатрии будет оставаться клинический (описательный, феноменологический) метод диагностики.

Клинический метод. Суть клинического метода заключается в выявлении путём опроса и наблюдения любых психических феноменов, имеющих отношение к возникновению, условиям течения, развития и проявлениям психического заболевания. Клинический метод применяется в форме целенаправленной беседы с пациентом и его близкими, в процессе которой врач пытается выяснить суть имеющегося психического неблагополучия в настоящее время (*психический статус*), личностные особенности пациента, жизненные события, предшествовавшие болезни, характер её течения (*анамнез*). В процессе беседы происходит *наблюдение* за мимикой, интонацией, реакциями больного – это также позволяет получить важную диагностическую информацию.

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

Опрос больного и наблюдение. Цель опроса больного – выявить:

- отношение пациента к своей болезни (критики) и цели его обращения за помощью;
- мнение больного о причинах и природе болезни;
- наличие психопатологических симптомов и синдромов;
- индивидуальные личностные особенности пациента;
- особенности течения болезни с момента возникновения до настоящего времени;
- отношение пациента к проводимому лечению, наличие побочных эффектов и осложнений.

Врач должен тщательно следить за тем, чтобы в вопросах не было никаких намёков на предполагаемый ответ. Нужно добиваться, чтобы больной описывал имеющиеся расстройства собственными словами, наиболее характерные выражения больного записываются в историю болезни дословно.

Цель наблюдения за больными - установить:

- темы и вопросы, вызывающие наиболее яркий эмоциональный отклик у больного;
- расхождения между утверждениями больного и его реальным поведением;
- характер поведения пациента, его способность эффективно взаимодействовать с обществом.

Наблюдение в первую очередь позволяет объективно оценить сферу эмоций, поэтому во время беседы с больным врач внимательно наблюдает за его мимикой, жестикуляцией и интонацией.

Важно понаблюдать за поступками пациента вне беседы с врачом. Для этого необходимы журналы сестринского наблюдения, куда записываются сведения о том, что больной делал в течение дня, как меняется его состояние в зависимости от времени суток (известно, что при эндогенной депрессии больной чувствует себя лучше вечером).

Человек, симулирующий психическое расстройство, за пределами врачебного кабинета ведёт себя как здоровый: избавляется от скуки, вступая в общение с сознательными больными (например, с больными алкоголизмом), читает книгу, смотрит телевизор, кокетничает с медсестрами.

Полученные в процессе беседы и наблюдения сведения составляют содержание *психического статуса*.

В психическом статусе необходимо последовательно описать:

- возможность вступить в контакт с больным;
- нарушения ориентировки;
- внешний вид, аккуратность в одежде и причёске;
- манеру речи и поведения при беседе;
- демонстрируемые больным расстройства: восприятия, мышления, памяти, интеллекта, эмоций и воли, праксиса, речи, письма;
- поведение вне беседы с врачом, характер взаимоотношений с персоналом, другими больными;

- представления пациента о своём заболевании, наличие критики;
- высказываемые планы на будущее.

Субъективный и объективный анамнез.

Субъективным называют анамнез, собранный со слов больного. Для него необходимо собрать все сведения, высказанные пациентом, вне зависимости от того, вызывают они доверие у врача или нет. Субъективный характер информации подчёркивают уточнения: «со слов больного» и приведённые в истории болезни дословные его выражения в виде прямой речи.

Объективный анамнез может опираться на разные источники (родственники, друзья, сослуживцы, медицинская документация); всегда следует указывать, из какого именно источника получена та или иная информация.

Важна оценка отношения пациента к болезни и лечению - т.е. критика.

Стандартизованные глоссарии симптомов и шкалы.

С помощью шкал могут быть оценены отдельные симптомы и их сочетания. Так, для объективной оценки тяжести депрессии используются шкалы Гамильтона (HAM-D), Монтгомери-Айсберга (MADRS), Бека, Цунга, уровень тревоги можно оценить по шкалам Гамильтона (HAM-A), Спилбергера, Кови, выраженность мании – по шкале Янга(YMRS). Разработаны также инструменты для оценки тяжести побочных эффектов терапии, например неврологических расстройств (AIMS,ESRS) или соматических нарушений(UKU).

Постоянно принимаются попытки создать более общие инструменты, позволяющие оценить широкий спектр психических расстройств. Так, с 1973 г. ВОЗ разрабатывает методику PSE (Present State Examination), по которой оценивается 140 симптомов. Для испытания эффективности лекарственных средств применяются более компактные методики, например Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS), включающая 30 признаков, или Короткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS), основанная на 18 признаках. Для получения более надёжных оценок каждая шкала снабжается набором уточняющих критериев, исключающих двойное толкование. Такая формализация оценок не всегда позволяет отразить общее субъективное впечатление врача, поэтому наряду с упомянутыми шкалами используется Шкала общего клинического впечатления(CGI), которая по 7-бальной системе оценивает тяжесть состояния больного и степень его улучшения за исследуемый период.

Общесоматическое и лабораторное обследование.

Соматический осмотр.

Неврологическое обследование.

Офтальмологическое обследование.

Лабораторные тесты.

Нейрофизиологические методы.

Метод **Электроэнцефалографии** основан на записи электрических потенциалов одновременно с нескольких (от 8 до 20) симметрично расположенных участков кожи головы.

Реоэнцефалография заключается в регистрации колебаний в электропроводности головы, вызванных пульсовым изменением кровенаполнения сосудов.

Метод доплерографии даёт возможность точно оценить скорость кровотока только в крупных питающих сосудах, выявить препятствия в них.

Исследование структуры мозга.

Традиционная **рентгенография костей черепа** не позволяет непосредственно оценить состояние мозга.

КТ (компьютерная томография) в последнее время рассматривается как относительно доступная, эффективная диагностическая методика, позволяющая обнаружить выраженные дефекты в структуре мозга.

МРТ (MRI-магнитно-резонансная терапия) основана на исследовании поведения протонов в сильном магнитном поле.

При проведении научных исследований используются и другие виды томографии: **магнитно-резонансная спектроскопия (МРС)** и **позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)**.

Психологические методы

Психометрические методики.

Методики исследования личности разделяются на личностные опросники, шкалы самооценки и проективные методы.

Личностные опросники.

Проективные методики.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный вариант из предложенных:

1. Точнее всего представление о характере пациента можно составить по его (*телосложению, убеждениям, намерениям, поступкам*)
2. Нельзя признать вполне достоверными данные (*объективного анамнеза; субъективного анамнеза; ни объективного, ни субъективного анамнеза*).
3. Более адаптированным будет пациент с (*диссимуляцией, гипнозогнозией, анозогнозией, гипернозогнозией*).
4. Стандартизованные глоссарии и шкалы используются для установления (*показаний к госпитализации, эффективности лекарственной терапии, синдромального диагноза, нозологического диагноза*).
5. Субъективная, основанная на личном мнении врача, оценка тяжести болезни и выраженности достигнутого успеха в лечении проводится по шкале (**PSE, PANSS, BPRS, CGI**).
6. При диагностике органических поражений мозга наибольший интерес представляет (*отоларингологическое, офтальмологическое, пульмонологическое, гинекологическое*) обследование.

7. Двигательные расстройства – например, скованность, стереотипные движения, гиперкинезы – могут быть признаками многих патологических состояний, только не (*истерии, мании, кататонии, болезни Паркинсона, осложнений психофармакотерапии*).
8. Корректирующая проба применяется для исследования (*внимания, памяти, мышления, личности*).
9. Для исследования интеллекта применяют различные методики, только не (*тест Векслера, тест Розенцвейга, матрицы Равенна, отсчитывание по Крепелину, методику классификации понятий*).
10. Проективными называются тесты, которые (*имеют шкалы достоверности, не имеют заранее заготовленных вариантов ответов, нацелены на исследование абстрактного мышления, проводятся многократно для оценки динамики изменений*).

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ

Вопросы:

1. *Расстройства общего чувства, ослабление, усиление и извращение.*
2. *Иллюзии: определение, классификация и характеристика видов иллюзий, физиологические основы.*
3. *Галлюцинации: определение, классификация, физиологические основы, виды.*
4. *Псевдогаллюцинации и критерии отличия от истинных галлюцинаций.*
5. *Расстройства сенсорного синтеза. Дерезализация, деперсонализация.*

Все сведения об окружающем мире и внутреннем состоянии человек получает посредством работы анализаторов (зрительного, слухового, обонятельного, тактильного, проприоцептивного). При этом анализаторы позволяют получать доступные нам в *ощущениях* сведения (тепло, холод, цвет, вкус, запах, форма, размер и т.п.) 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 прошлый жизненный опыт. Нарушения мышления также влияет на наше восприятие: слабоумный больной видит белый халат, но не может определить, кто перед ним стоит. Т.о., процесс чувственного познания мира, представляет собой результат работы всей психики и его можно определить как *восприятие*.

Выделяют расстройства общего чувства в форме усиленного или ослабленного по интенсивности или чувственному тону восприятия, при сохранении правильности по существу.

Восприятие, ослабленное по силе, называется **гипестезией**. Усиленное восприятие – **гиперэстезия**. Понижение по чувственному тону называется **гипопатией**, повышение - **гиперпатией**.

Гиперестезия – временное снижение порога чувствительности анализаторов воспринимается больным как эмоционально неприятное чувство с оттенком раздражения. Это нозологически неспецифический синдром, указывает на общее истощение психической деятельности (астения), либо на выраженную тревогу (в дебюте алкогольного психоза). В составе астенического синдрома он встречается при многих соматических и психических заболеваниях. В качестве основного расстройства наблюдается при неврастении, при употреблении некоторых стимуляторов.

Гипестезия и *гипопатия* - временное снижение чувствительности анализаторов, проявляющееся неприятным чувством измененности, блеклости, серости окружающего мира. Могут наблюдаться при общем утомлении, и депрессивных состояниях.

Качественное нарушение ощущений – **парестезии**. Это неприятные многомерные ощущения (онемения, «ползания мурашек», боль, покалывание, жжение, пульсация), возникающие на поверхности тела в соответствии с зонами иннервации, но без раздражения извне. Чаще возникает при поражении периферических нервов в результате интоксикации или гиповитаминозе. Иногда на поздних стадиях алкоголизма-алкогольная полинейропатия, а также у больных с поражением сосудов (атеросклероз, болезнь Рейно).

Сенестопатии - ощущения без реального раздражения, возникающие в разных частях тела, а также во внутренних органах и полостях с мигрирующей локализацией. Необычные ощущения, недифференцированный характер которых вызывает у больных серьезные затруднения при попытке их точного описания. У каждого пациента оно уникально и не схоже с описаниями других больных: трепет, бурление, вытягивание, сжимание, шевеление, «хвыкает в селезенке», «шурундит в затылке», «свинтит под ребрами». Пациенты четко указывают, что это не похоже на физическую боль. Они приходят к выводу, что у них какая-то соматическая болезнь - в таком случае это обозначается как сенестопихондрический синдром. Чаще наблюдаются в дебюте шизофрении, при депрессии или вследствие органического поражения ЦНС. Сенестопатии рассматриваются как продуктивный симптом- могут исчезать под влиянием лечения или самопроизвольно.

Агнозия (неузнавание) - неспособность узнать и объяснить значение сенсорных ощущений. Это расстройство наблюдается при некоторых органических поражениях ЦНС и при истерических расстройствах.

Расстройства восприятия окружающего и собственной личности называются **расстройствами сенсорного синтеза**. Выделяют элементарные и сложные расстройства. Элементарные расстройства проявляются нарушением узнавания отдельных частей предмета или собственного тела. К ним относится нарушение ощущения схемы собственного тела, отдельных

его частей и называется **психосенсорным расстройством**. Больной может воспринимать свое тело уменьшенным, увеличенным, чрезмерно легким или тяжелым, изменяется ощущение отдельных частей тела (увеличились руки, нос стал непропорционально большим и т.п.). Такие расстройства могут наблюдаться при различных органических поражениях мозга. Наиболее типичны они для энцефалитов, эпилепсии, опухолей теменно-затылочных отделов правого полушария и области межзатылочного мозга.

Сложные нарушения проявляются нарушением узнавания отличительных (индивидуальных) свойств окружающей обстановки и собственной личности. Они включают в себя **дереализацию** и **деперсонализацию**.

Дереализация - искаженное восприятие окружающего мира. Может проявляться субъективным ощущением отчужденности внешнего мира. Окружение представляется потерявшим цвет и жизнь и кажется отдаленным, искусственным или сценой, на которой люди разыгрывают придуманные роли.

К *дереализационному синдрому* относятся нарушения восприятия размера предметов: **микropsия** (предмет воспринимается уменьшенным в размерах), **макрropsия** (увеличенным), а также освещенности, цвета и т.п. Может изменяться восприятие расстояния до предметов, изменение конфигурации и отдельных частей воспринимаемых предметов.

Разновидностью дереализации является симптом **«уже виденного»** (*deja vu*) и **«никогда не виденного»** (*jamais vu*).

Симптом «уже виденного» или «уже пережитого» заключается в том, что больной, попавший в незнакомую обстановку, внезапно ощущает уверенность в том, что окружающее он видел раньше, ему знакомы окружающие предметы, он знает последовательность событий, которые будут происходить.

Обратное восприятие наблюдается при симптоме «никогда не виденного». Больной начинает воспринимать знакомую, привычную обстановку, как неизвестную ему.

Деперсонализация - нарушение восприятия собственной личности. При этом больной ощущает себя другим человеком, отмечает изменение эмоций, мироощущения, отношения к близким. Больные характеризуют себя как «потерявших собственное лицо», «утративших полноту чувств», «поглупевших», «вывернутых наизнанку». Это состояние нарушенного самовосприятия, при котором осознание себя может быть повышено, но вся собственная личность или ее часть (включая ощущение тела) представляется нереальной, дистанцированной или искусственной. Такие изменения в восприятии происходят при сохранении нормальной сенсорики. Переживания сводятся к ощущению себя нереальным, отдаленным, завуалированным, как бы играющим роль. Вместо спонтанности и естественности индивид ощущает себя «как бы» тенью реальной личности ощущает. Понимание неестественной природы этого явления обычно сохраняется.

Деперсонализация может возникать как изолированный феномен у нормальных во всех других отношениях людей в состоянии тяжелой усталости, голода или сильной эмоциональной реакции (например, изнасилование, кровосмешение, унижение).

Деперсонализация и дереализация – неспецифические расстройства, которые могут быть проявлениями: острых транзиторных психозов (синдром острого чувственного бреда), депрессии (чувство собственной неполноценности), эпилептиформных пароксизмов, стойких изменений личности при шизофрении (ощущение собственной измененности), при которой деперсонализация может сохраняться длительное время. При эпилепсии могут быть кратковременные приступы с чувством *уже виденного* или *никогда не виденного*.

Качественные нарушения восприятия - **иллюзии и галлюцинации.**

Иллюзия – это расстройство восприятия, при котором ошибочно воспринимается реально существующие предметы или явления. Выделяют *физические, физиологические и психические* иллюзии.

При *физических* иллюзиях искаженное восприятие является следствием физических особенностей среды или сред, в которых находится воспринимаемый предмет. Например, бриллиант, опущенный в стакан с водой, не виден, поскольку коэффициент преломления у бриллианта и воды одинаков. Звук, воспринимаемый в воде, более громкий и измененный по тону.

Физиологические иллюзии связаны с условиями функционирования анализаторов. Например, при большой скорости приближения к предмету, он кажется увеличенным, «разбухающим» в размерах. При повреждении кожи, малейшее прикосновение воспринимается болезненно.

Психические (чаще аффективные) иллюзии связаны с измененным состоянием психики, преимущественно с изменением эмоционального состояния (страх, сильное напряжение, ожидание), а также при недостаточной четкости объекта (из-за недостаточной сфокусированности или из-за нечеткости сознания пациента).

Парейдолические иллюзии связаны с деятельностью воображения при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию. Например, в повторяющемся рисунке ковра больной видит устрашающие фантастические картины. В отличие от фантазирования иллюзии не могут быть прекращены по желанию человека. Психические, в том числе парейдолические иллюзии, могут наблюдаться и у психически здоровых людей, особенно в условиях необычных эмоциональных состояний. Однако эти же расстройства восприятия наблюдаются и при некоторых психических расстройствах. Это довольно грубое расстройство психики, указывающее на развивающееся помрачение сознания (например, при делирии).

Так парейдолические иллюзии возникают в состоянии тяжелой абстиненции, могут предшествовать развитию истинных галлюцинаций, указывая на возможность развития алкогольного делирия. Особенно часто они встречаются у детей при токсико-инфекционных психозах.

Галлюцинации - часто определяют как «восприятие без реального объекта» (немец. психопатолог Клосс) с характером, неотличимым от реальных объектов. Это возникновение в сознании чувственного образа, обладающего всеми критериями реальности и воспринимаемого человеком как образ реальный, при отсутствии объекта восприятия.

Однако, сказать, что галлюцинации - это только патология восприятия невозможно. Это особое, необычное для самосознания больного восприятие, которое имеет характер чуждости для самосознания, характер чуждости для «я». Любое восприятие даже чуждого, незнакомого предмета не потрясает так, как потрясает восприятие галлюцинации. Оно с самого начала носит характер особого явления. Нередко они возникают при помрачении сознания, когда все предметы воспринимаются искаженно, мышление становится фрагментарным, исчезает критика. При расстроенном сознании чаще возникают зрительные галлюцинации, а слуховые чаще возникают при ясном сознании и критика может быть иногда сохранена.

Это сенсорное восприятие любой модальности, возникающее в отсутствие соответствующего (внешнего) раздражителя. В дополнение к сенсорной модальности, в которой они возникают (зрительная, слуховая, тактильная и т. д.) галлюцинации можно подразделить по их интенсивности, сложности, ясности восприятия и субъективной степени их проекции во внешнюю среду.

Галлюцинаторные голоса, отдающие команды или комментирующие поведение индивида, или другие голоса, исходящие из какой-либо части тела, имеют место при шизофрении, а также при других психотических состояниях, таких как психотическая депрессия.

Галлюцинации возникают вследствие возбуждения чувственных отделов коры головного мозга. Этот процесс является следствием воздействия болезненных агентов (например, токсическое, в том числе аутоксическое действие) на функционально измененные в результате болезни (чаще в ультрапарадоксальной фазе) клетки ЦНС.

Галлюцинации подразделяются по преимущественной заинтересованности того или иного анализатора. Выделяют слуховые, зрительные, тактильные, вкусовые, обонятельные галлюцинации.

По степени сложности галлюцинации разделяются на *элементарные* - мнимое восприятие отдельных звуков, шумов, стука (акоазмы) или вспышек света (фотопсии). *Простые* галлюцинации - те, которые можно локализовать в пределах одного анализатора (только обонятельные или только слуховые и т.п.). *Сложные* (комплексные, комбинированные) - это галлюцинации, одновременно возникающие в двух и более анализаторах.

Выделяют также *гипнагогические* (возникающие в состоянии перехода от бодрствования ко сну) галлюцинации и *гипнопомпические* (возникающие при пробуждении). Эти симптомы не относятся к грубым нарушениям психики и при утомлении изредка встречаются и у здоровых людей, при тяжело протекающих соматических заболеваниях и алкогольном абстинентном синдроме. В последних случаях они могут служить ранним

признаком начинающегося делирия и указывают на необходимость начать специфическое лечение. Особенно яркие галлюцинации такого типа могут наблюдаться при нарколепсии.

Функциональные (рефлекторные) галлюцинации - возникновение образов, на фоне действия внешнего раздражителя, который, не воспринимаясь в иллюзорном смысле, создает условия для проявления галлюцинаций. Например, в шуме дождя больной начинает слышать голоса людей. Отличие функциональных галлюцинаций от иллюзий в том, что они не сливаются с внешним раздражителем и даже не искажают его, а воспринимаются одновременно с ним.

Психогенные и внушенные галлюцинации чаще наблюдаются у лиц внушаемых, с демонстративными чертами характера, особенно могут ярко проявляться при истерических реактивных психозах. В этом случае они возникают непосредственно вслед за психотравмирующей ситуацией и отражают важнейшие переживания человека.

Зрительные галлюцинации бывают *сценopodobные* (перед больным разыгрываются сцены с характером насилия, нападения и т.п.). Могут быть *панорамные* – видения ландшафта, часто неподвижные. Могут быть цветные, одноцветные (напр., при эпилепсии: все в красном или синем цвете). Могут видеть части фигуры (одно ухо, нос, один глаз). Тем не менее, они воспринимаются как реально существующий объект. Могут быть *экстракампинные* (вне поля зрения), но может описать все особенности этого образа.

Благожелательные - при повышенном настроении. Могут быть *императивные* - приказательные голоса. Могут быть *комментирующие* то, что пациент делает.

Бывают *галлюцинации обоняния и вкуса* - речь идет о появлении несвойственного пище вкуса (горького, соленого, жгучего и пр.).

К *тактильным галлюцинациям* относят восприятие на коже или под кожей посторонних предметов, животных, насекомых, червей и т.п., т. е. законченного предмета, а не беспредметного, мнимого ощущения. Последние относятся к *сенестопатиям*, а не к галлюцинациям.

Висцеральные галлюцинации – чувство присутствия в полости тела предмета, животного (жаба, змея и пр.), ощущение их движения, размеров. Их трудно дифференцировать с псевдогаллюцинациями.

По мере развития заболевания истинные галлюцинации могут переходить в псевдогаллюцинации (особенно при алкогольном психозе) с развитием бреда физического воздействия. Это будет указывать на наличие прогредиентности процесса. Симулировать галлюцинации достаточно сложно. С другой стороны многие больные после прохождения острого состояния крайне неохотно о них рассказывают. В дебюте алкогольного делирия можно обнаружить готовность человека к возникновению галлюцинаций - симптом Липманна (при надавливании на глазные яблоки), поговорить по отключенному телефону - симптом Ашаффенбурга, почитать по чистому листу бумаги – симптом Рейхардта.

Очень важным для диагностики является деление галлюцинаций на *истинные* и *ложные* или **псевдогаллюцинации**. Они были впервые описаны В.Х.Кандинским (1849-1889).

По разновидностям они могут быть такими же как истинные. Только *кинестетические* галлюцинации – это преимущественно только псевдогаллюцинации. А зрительные псевдогаллюцинации бывают чаще при ясном сознании в отличие от истинных (нередко они просто предшествуют онейроиду).

От истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации отличаются следующими критериями:

1. Критерий неполноты компонентов реальности. Может отсутствовать одно или несколько свойств реальных предметов. Псевдогаллюцинации не имеют внешней проекции, а проецируются внутри тела больного, либо за пределами внешнего горизонта. Образы могут быть лишены цвета, формы, звучности и других свойств, что создают у больного впечатление необычности воспринимаемого предмета или явления. Они расцениваются больным не как настоящие предметы и физические явления, а как их образы.

2. Критерий чувственной яркости. Псевдогаллюцинации лишены реальности и чувственной живости, телесности, весомости, находятся как бы в эфире, в другом воображаемом пространстве, в сознании больного. Например «голоса», которые слышит больной слишком громкие или слишком тихие, лишены тембра или акустичности, высоты, направления, «плоские, как по радио». Больные характеризуют псевдогаллюцинаторные образы, как «нематериальные», «прозрачные», «лишенные объемности», они воспринимаются «внутренним взором», «внутренним слухом».

3. Критерий «сделанности», «навязанности извне». Неполнота и необычность восприятия, неестественный характер переживаемого при отсутствии критики к болезненному происхождению воспринимаемого образа порождает чувство искусственности, навязанности этих образов. Больные связывают эти образы с действиями определенных лиц, которые заставляют их воспринимать слуховые или зрительные образы. Это отражает неразрывную связь псевдогаллюцинаций с **бредом воздействия**.

4. Критерий актуальности поведения. Истинные галлюцинации, как правило, отражаются в поведении больного. Так, он старается закрыть уши руками, «чтобы не слышать голоса», старается «не наступить на видимую змею» и т.п. В то же время больной, испытывающий псевдогаллюцинации, продолжает безучастно лежать в постели, хотя в ряде случаев, особенно при *императивных (приказы)* псевдогаллюцинациях, больной может подчиняться псевдогаллюцинаторным «приказам».

5. Критерий социальной уверенности. Больные с истинными галлюцинациями уверены, что и окружающие испытывают те же переживания, в то время как больные с псевдогаллюцинациями считают свои переживания сугубо личным делом. Этот критерий во многом сходен с чувством навязанности и «сделанности».

Если при истинных галлюцинациях воображаемые объекты находятся снаружи от больного (экстрапроекция), то при псевдогаллюцинациях они могут исходить из тела больного, его головы (интрапроекция), или приниматься из областей, недоступных нашим органам чувств (вне границ чувственного горизонта): с Марса, из подвала дома и т.п.

Они возникают на фоне ясного сознания и являются характерным синдромом параноидной шизофрении, являясь составной частью *синдрома Кандинского – Клерамбо*. Данный синдром указывает на хроническое, затяжное течение болезненного процесса и наблюдается, как правило, при эндогенных психозах, чаще в рамках параноидной шизофрении. В качестве исключения псевдогаллюцинации могут встречаться при органических заболеваниях, чаще в форме пароксизмов.

Галлюциноз – проявляется обильными простыми (в пределах одного анализатора) галлюцинациями, которые могут составлять единственное проявление психоза без бреда или расстройства сознания. Типичными причинами галлюциноза являются экзогенные вредности (интоксикации, инфекции, травмы) или соматические заболевания (атеросклероз сосудов головного мозга). В качестве примера можно привести алкогольный галлюциноз, где голоса обсуждают больного, называя его в третьем лице с алкогольным содержанием. При кокаиновой (и некоторых других, например, фенаминовых) интоксикации бывает тактильный галлюциноз с ощущением ползания под кожей насекомых, червей – симптом Маньяна.

Нарушения восприятия, сопровождающие органическое психическое расстройство, наблюдаются обычно в форме зрительных иллюзий и галлюцинаций. Иллюзии и ложные толкования образов в поле зрения могут принимать форму искажения очертаний и положения объектов в пространстве или даже положения собственного тела индивида. Зрительные галлюцинации могут быть простыми (вспышки света, геометрические узоры, цвета) или полностью оформленными галлюцинациями сцен, животных или людей.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный из предложенных вариантов:

1. Психогенные боли служат проявлением (*мании, истерии, эпилепсии, деменции*).
2. Общее снижение порога чувствительности с повышенной раздражительностью называется (*гипестезией, гиперестезией, сенестопатией, парестезией, парейдолией*).
3. При депрессии обычно наблюдается (*анестезия, гипестезия, гиперестезия, парестезия, парейдолия*).
4. При истерических расстройствах кожной чувствительности (*отсутствуют безусловные рефлексы, нарушения соответствуют зонам иннервации, характерно преимущественное снижение чувствительности в*

дистальных отделах, нарушения усиливается при повышенном внимании окружающих).

5. Ощущение, похоже на то, что «кислота разъедает грудину», следует назвать (*парестезией, парейдолией, нарушением схемы тела, сенестопатией, гиперестезией*).

6. Типичными симптомами шизофрении являются (*истинные галлюцинации и парестезии, псевдогаллюцинации и сенестопатии, дереализация и нарушения схемы тела, обонятельные галлюцинации и гиперестезия*).

7. Деперсонализация выступает как симптом (*продуктивный, негативный, продуктивный и негативный*).

8. Особую опасность представляют галлюцинации (*рефлекторные, обонятельные, императивные, висцеральные, Шарля Бонне*).

9. Обман восприятия, заключающийся в том, что больной чувствует запах цветов, специально вызванный у него «гипнозом», следует назвать (*псевдогаллюцинацией, истинной галлюцинацией, иллюзией, сенестопатией*).

10. Характерное свойство псевдогаллюцинаций – это (*телесность и весомость, интрапроекция, чувство физической угрозы, усиление в вечернее время*).

11. Истинные галлюцинации чаще всего возникают при (*шизофрении, мании, депрессии, эпилепсии, делирии*).

12. Чувство, что окружающий мир повернулся на 180°, следует назвать (*галлюцинозом, деперсонализацией, психосенсорным расстройством, псевдогаллюцинацией, сенестопатией*).

13. При галлюцинозе сознание (*выключено, помрачено, аффективно сужено, не нарушено*).

14. Парейдолические иллюзии нередко сосуществуют с (*сенестопатиями, псевдогаллюцинациями, истинными галлюцинациями, нарушениями схемы тела*).

15. Обман восприятия, при котором больной видит на чистом листе бумаги написанный текст, следует назвать (*псевдогаллюцинацией, истинной галлюцинацией, парейдолией, психосенсорным расстройством*).

16. Состояние, при котором больному, находящемуся у себя дома, кажется, что он оказался в незнакомом месте, следует назвать (*симптомом Липманна, симптомом Маньяна, jamais vu, déjà vu*).

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Вопросы:

1. *Виды нарушений памяти, количественные и качественные.*
2. *Корсаковский амнестический синдром, клинические проявления, прогностическое значение.*

Память-основа, важнейшая предпосылка работы интеллекта. В основе краткосрочной и долговременной памяти – химические перестройки белков, РНК и др. и активация межклеточных контактов (синапсов). Переход из кратковременной в долговременную память возможно связан с работой глубоких отделов височных долей мозга и лимбической системы. Однако, механизмы памяти пока изучены недостаточно.

Чаще всего причиной расстройств памяти бывают органические поражения мозга. Тогда они стойки и необратимы. Иногда нарушение памяти возникает вторично, как проявление расстройств других сфер психики. Память во многом зависит от внимания и сознания. При маниакальном состоянии память может нарушаться из-за недостатка внимания.

Расстройства памяти можно условно разделить на количественные (дисмнезии) и качественные (парамнезии).

Дисмнезии.

Расстройства памяти подразделяются на *гипермнезии*, *гипомнезии* и *амнезии*, к которым могут присоединяться парамнезии, включающие в себя псевдореминисценции, конфабуляции и криптомнезии.

Гипермнезия – непроизвольная, несколько беспорядочная актуализация прошлого опыта. Это не улучшает продуктивности мышления, а лишь отвлекает больного, мешая ему усваивать новую информацию. Это усиление памяти в болезненном состоянии на события прошлого (например, в гипоманиакальном состоянии человек может вспоминать события, казалось бы давно забытые). Гипермнезия может наблюдаться также при различных отравлениях (гашиш, опий, ЛСД, фенамин). Временное усиление памяти, как компенсаторное явление, иногда наблюдается при плохом развитии смысловой памяти у детей - олигофренов.

Снижение памяти - *гипомнезия* – общее ослабление памяти проявляется ухудшением регистрации, сохранения и воспроизведения новой информации. Ранее приобретенный и знакомый материал также может быть утрачен, особенно на поздних стадиях деменции. Нередко гипомнезии сопутствует симптом *анекфории*, когда забытые события, слова лучше вспоминаются после подсказки. Гипомнезия – типичное проявление органических поражений мозга (церебрального атеросклероза, диабетической энцефалопатии, болезни Альцгеймера и др.). При утомлении (астеническом синдроме) она кратковременна и полностью обратима.

Амнезии - выпадение из памяти более или менее значительного количества воспоминаний, утрата информации.

От амнезии следует отличать *амнестическую афазию* - неспособность вспомнить названия предметов при понимании их назначения (поражение теменно-височных и теменно-затылочных отделов доминантного полушария).

Если амнезия распространяется на события, относящиеся к периоду болезни, ставшей причиной нарушения памяти, она называется *антероградной*. Причиной ее иногда бывает неявное нарушение сознания,

хотя в целом пациент производит впечатление человека действующего сознательно (сумерки, особое состояние сознания).

Если амнезия распространяется на события, предшествовавшие болезни, которые в свое время были хорошо усвоены, она называется *ретроградной*. Сочетание носит название *антеро-ретроградной* амнезии. Наблюдается чаще, как следствие органического поражения головного мозга (последствия черепно-мозговой травмы, энцефалита и др.). У детей и подростков эти разновидности амнезий охватывают короткий отрезок времени.

Нарушение памяти преимущественно на текущие события носит название *фиксационной* амнезии – утрата способности фиксировать полученные сведения в долговременной памяти. Это «память на минутку». При этом могут хорошо помниться события, происходившие до начала заболевания, могут не утрачиваться профессиональные навыки и знания.

Конграданная амнезия – амнезия на период выключения сознания. Она объясняется не столько расстройством памяти, сколько невозможностью воспринимать информацию. Ее разновидностью является *палимпсест* – запомывание отдельных событий в период опьянения на высоте его развития.

Истерическая амнезия (психогенная, кататимная) – в отличие от органических носит тематический характер, когда из памяти выпадает только неприятная информация, тягостное событие. В ее основе лежит истерическое вытеснение и она имеет исключительно психогенное происхождение.

Замещение провалов памяти при различных видах амнезии событиями, которые могли иметь место, или просто переставленными по времени, в случаях фиксационной амнезии, называется *псевдореминисценциями*.

Они отражают еще одну закономерность памяти – дольше сохраняется содержание пережитого («память содержания»), чем временные соотношения («память времени»). Замещение провалов памяти событиями фантастическими, явно выдуманскими, называется *конфабуляциями*. В отличие от псевдореминисценций, конфабуляции наблюдаются в случаях выраженного слабоумия, когда у больного утрачена критика относительно отношения окружающих к его высказываниям и осмысление ситуации. Это *замещающие конфабуляции*. От них следует отличать *фантастические конфабуляции* (конфабуляторный бред) про невероятные приключения и удивительные происшествия, встречи с выдающимися людьми.

Криптомнезии – нарушение памяти, с утратой не самой информации, а невозможности установить ее источник, при котором человек, прочитав, или услышав что-либо интересное, забывает о происхождении и источнике этих сведений и по прошествии времени выдает данные сведения, как исходящие от него лично. Такие нарушения могут стать предметом конфликтов, либо причиной обвинения в плагиате. Причиной подобного расстройства может быть не только нарушение памяти, но и патология суждений (бред). Т.е. может наблюдаться и при шизофрении.

Эхомнезия (редуплицирующая парамнезия Пика) выражается в уверенности пациента в том, что существует несколько абсолютно идентичных событий или объектов: несколько матерей и отцов, несколько одинаковых квартир. Иногда кажется, что данное событие происходит во 2-ой или 3-ий раз. Данный симптом бывает при преимущественном поражении теменно-височной области.

Прогрессирующая амнезия (амнезия по закону Рибо) – последовательное выпадение из памяти все более глубоких слоев в результате прогрессирующего органического заболевания. Эти нарушения памяти при хронических заболеваниях (безинсультное течение церебрального атеросклероза, болезни Альцгеймера и Пика), сопровождающихся нарушениями психики, а также в процессе естественного старения происходят по закономерности описанной в 19 веке французским психиатром Т. Рибо (1882) и названной его именем.

Так, *по закону Рибо* в первую очередь забываются события недавнего прошлого, а события, относящиеся к отдаленному времени остаются в памяти относительно сохранными.

Сочетание фиксационной амнезии с парамнезиями, нарушением концентрации внимания носит название **Корсаковского амнестического синдрома**.

Он проявляется: фиксационной амнезией, ретроантероградной амнезией, амнестической дезориентировкой, парамнезиями (конфабуляциями и псевдореминисценциями).

Такие нарушения могут наблюдаться при церебральном атеросклерозе, последствиях травмы, опухолях, инсульте, прогрессирующем атеросклерозе, острых интоксикациях, либо, как ведущий синдром в рамках Корсаковского психоза (алкогольная энцефалопатия, при которой нарушения памяти и интеллекта сочетаются с периферическим полиневритом).

В отличие от синдрома помрачения сознания тут не затруднен процесс получения информации, относительно сохранен интеллект и прошлый опыт и могут составлять правильное общее представление о ситуации. Такие пациенты в привычной обстановке не дезориентированы, хотя не ориентируются в датах, времени, не могут сказать как давно болеют и в какую попали больницу, не могут там найти свою палату и вещи.

Корсаковский синдром в основном проявляется негативной симптоматикой, поэтому плохо поддается лечению и стойко сохраняется на протяжении многих лет. Если же заболевание развилось остро, то терапия более успешна.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный из предложенных вариантов:

1. Гипомнезия рассматривается как типичный признак (*обсессивно-фобического невроза, церебрального атеросклероза, простой шизофрении, генуинной эпилепсии*).
2. Невозможность вспомнить события, предшествующие болезни, называют (*антероградной, конградной, ретроградной, фиксационной, прогрессирующей*) амнезией.
3. Палимпсест рассматривают как вариант (*антероградной, конградной, ретроградной, фиксационной, прогрессирующей*) амнезии.
4. Истерическая амнезия (*склонна к прогрессированию, развивается по закону Рибо, имеет тематический характер, сопровождается анэкфорией*).
5. При типичном Корсаковском синдроме способность к абстрактному мышлению (*сохранена, значительно снижена, утрачивается по мере прогрессирования, полностью утрачена*).
6. При типичном Корсаковском синдроме нарушена ориентировка (*в месте и времени, в ситуации и собственной личности, во всех отношениях, совсем не нарушена*).
7. Больные с фиксационной амнезией (*нетрудоспособны, могут работать по своей прежней специальности, нуждаются в освоении более легкой профессии, полностью трудоспособны*).
8. Прогрессирующая амнезия наблюдается при (*истерии, шизофрении, депрессии, болезни Альцгеймера*).
9. Корсаковский синдром в большинстве случаев (*полностью обратим, склонен к регрессу, протекает приступообразно, склонен к прогрессированию, не имеет никакой динамики*).
10. Причиной Корсаковского синдрома может быть (*тяжелая психическая травма, злокачественная шизофрения, злоупотребление алкоголем, героиновый абстинентный синдром, детская эпилепсия*).
11. К продуктивным симптомам относят (*гипомнезию, ретроградную амнезию, конградную амнезию, истерическую амнезию*).
12. К негативным симптомам относят (*гипермнезию, фиксационную амнезию, конфабуляции, криптомнезии*).

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Вопросы:

1. Определение понятия «эмоции», основные функции эмоций, их разновидности.
2. Синдромы усиления эмоций (*эйфория, мания, депрессия*).
3. Ослабление и извращение эмоций.
4. Клинические проявления маниакального синдрома. Диагностические критерии по МКБ-10.

5. *Клинические проявления депрессивного синдрома. Диагностические критерии по МКБ-10.*
6. *Панические атаки, вегетативная тревога.*
7. *Расстройства инстинктов, мотивации, их усиление, ослабление, извращение. Формы патологии.*
8. *Импульсивные поступки, компульсивные действия.*
9. *Кататонические расстройства: кататоническое возбуждение и кататонический ступор, этапы развития.*

Эмоции – один из важнейших механизмов психической деятельности, обеспечивающий чувственно окрашенную общую оценку внутреннего состояния человека и сложившейся ситуации. Эмоции выполняют ряд функций, имеющих большое значение для адаптации человека. Они дают быструю (хотя и не всегда точную) оценку сложившейся ситуации, а также помогают межличностному общению людей.

Функции эмоций:

- сигнальная (быстрая общая оценка ситуации)
- коммуникативная (невербальное общение)
- формирование поведения (оценка потребностей, контроль совести).

Врач судит об эмоциональном состоянии человека по **аффекту** (в широком смысле этого термина), т.е. по внешнему выражению эмоций: мимике, жестикуляции, интонации, вегетативным реакциям. В таком случае термины «аффективный» и «эмоциональный» в психиатрии используются как синонимы. Аффект точнее характеризует эмоциональное состояние человека, чем его слова. Считается, что до 60% значимой информации при общении человек получает через невербальные стимулы (мимику, интонацию, позу, жестикуляцию).

Наряду с устойчивым эмоциональным состояниями имеют место и кратковременные бурные эмоциональные реакции - состояние **аффекта** (в узком смысле этого слова).

Продолжительным эмоциональным состояниям соответствует термин **настроение**, которое у человека довольно подвижно и зависит от сочетания многих обстоятельств – внешних (удача или поражение, ожидание результата) и внутренних (физическое здоровье, естественные сезонные колебания настроения).

Предполагается, что эмоциональная оценка ситуации в основном происходит в недоминантном (правом) полушарии, с активацией которого связывают состояние тоски, подавленности, в то время как при активации доминантного (левого) полушария чаще наблюдается повышенное настроение. Потеря эмоций и воли (апатия и абулия) часто развиваются при поражении лобных долей мозга.

Расстройства эмоций проявляются их *усилением, ослаблением или*

извращением. По влиянию на поведение эмоции разделяются на *стенические* (активизирующие, побуждающие к действию, возбуждающие) и *астенические* (парализующие волю, лишаящие активности и сил). Одна и та же психотравмирующая ситуация у разных людей может вызвать как возбуждение, бегство, неистовство, так и оцепенение («от страха ноги подкосились»). Ухудшение эмоционального контроля – это снижение способности контролировать эмоции, выражающиеся в неустойчивости и меняющихся проявлениях настроения (эйфория может быстро сменяться депрессией, враждебность — дружелюбием).

Патологические изменения чувств выражаются в их неадекватности соответствующему раздражителю, что проявляется усилением, ослаблением, отсутствием и извращением.

Сильными могут быть как положительные эмоции (мания, экстаз), так и отрицательные (депрессия). *Слабость* или полное отсутствие эмоций (равнодушие) наблюдается при апатии.

К патологическому усилению эмоций относится **гипертимия** – стойкое болезненное повышение настроения. В отличие от ситуационно обусловленной радости она характеризуется стойкостью. На протяжении недель и месяцев больные полны энергии, во всем проявляют инициативу, заинтересованность. Ни печальные известия, ни преграды на пути реализации замыслов не нарушают их общего радостного настроения.

Гипертимия характерное проявления маниакального синдрома. Особым вариантом гипертимии является эйфория.

Эйфория - повышенное настроение с беспечным довольством, благодушием, пассивной радостью, безмятежным блаженством, все события окрашены только в светлые радостные тона, жизнь кажется безоблачной и прекрасной - и это нередко при объективно тяжелом состоянии пациента. Причиной эйфории являются различные органические заболевания мозга (опухоли, атрофии, энцефалиты) тяжелые интоксикации (наркотическое и алкогольное опьянения, интоксикации при печеночной и почечной недостаточности) и соматические заболевания (тяжелые соматические инфекции, атеросклероз и пр.). Такое состояние может сопровождаться и бредовыми идеями величия.

Мория - патологически повышенное настроение с дурашливостью, беспечностью, склонностью к плоским, циничным и грубым шуткам, расторможенностью инстинктов у глубоко слабоумных людей (в рамках деменции).

Экстаз - особенно сильные экзальтированные чувства, проявляющиеся в наиболее острых психозах.

Маниакальный синдром характеризуется триадой симптомов: резко повышенным настроением с усилением положительных эмоций, повышением двигательной активности и ускорением мышления. Обычно протекает на фоне интеллектуальной сохранности. Больные в состоянии мании, как правило, оживлены, беспечны, смеются, поют, танцуют, полны радужных надежд, переоценивают свои способности, вычурно одеваются,

острят. Маниакальная картина наблюдается, прежде всего, при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза. Выделяют атипичные маниакальные состояния: спутанная мания - беспорядочное возбуждение, гневливая мания - раздражительность, придирчивость, маниакальный ступор.

При маниакальном состоянии наблюдаются следующие симптомы, которые имеют важное диагностическое значение.

Приподнятое (экспансивное) настроение: состояние приподнятого настроения, часто заразительного и преувеличенного чувство физического и эмоционального благополучия, непропорциональное обстоятельствам жизни индивида. Часто присутствует элемент раздражительности.

Повышенная физическая активность: проявляется в непоседливости, перемещении, бесцельных движениях, неспособности сидеть или стоять спокойно, и т. д.

Повышенная говорливость: больной говорит слишком много, быстро, часто громким голосом, в речи присутствуют ненужные слова. Чрезмерное стремление говорить.

Отвлекаемость: тривиальные события и раздражители, обычно не привлекающие внимания, завладевают вниманием индивида и делают его неспособным устойчиво задерживать на чем-либо внимание. Пониженная потребность во сне.

Уменьшение сна отражает гиперактивность индивида. Некоторые аффективные больные истощаются в период дневной активности; другие идут спать в первые часы пополуночи, рано просыпаются, чувствуя себя отдохнувшими после краткого сна, и горят желанием начать следующий, полный активности день.

Сексуальная несдержанность: поведение, при котором индивид делает сексуальные предложения или поступки вне рамок социальных ограничений или учета преобладающих общественных условностей.

Безрассудное, опрометчивое или безответственное поведение: поведение, при котором индивид пускается в экстравагантные или непрактичные предприятия, безрассудно тратит деньги или берется за сомнительные предприятия, не осознавая их рискованности.

Повышенная общительность и фамильярность: утрата чувства дистанции и потеря нормальных социальных ограничений, выражающиеся в повышенной общительности и крайней фамильярности.

Скачка идей: беспорядочная форма мышления, субъективно проявляющаяся как «напор мыслей». Речь быстрая, без пауз, и, благодаря возрастающей бессвязности, теряется цель и пациент блуждает далеко от исходной темы. Часто употребляет рифмы и каламбуры.

Гипертрофированная самооценка: гипертрофированные идеи собственных возможностей, владений, величия, превосходства или собственной значимости.

Структура маниакального синдрома (по МКБ – 10) характеризуется следующими признаками:

А. Преимущественно повышенное, экспансивное, раздражительное или

подозрительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума.

Б. Присутствуют минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то - четыре), приводя к тяжелому нарушению личностного функционирования в повседневной жизни:

- 1) повышение активности или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость («речевое давление»);
- 3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение «скачки идей»;
- 4) снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;
- 5) сниженная потребность во сне;
- 6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);
- 7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;
- 8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;
- 9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

Гипотимия – это стойкое болезненное понижение настроения, которое при психических заболеваниях отличается удивительной стойкостью. Важной характеристикой является не только сильное чувство тоски, но и неспособность испытывать радость (ангедония). Как проявление сильных эмоций гипотимию относят к продуктивным психопатологическим расстройствам. Данный симптом не является специфичным и может наблюдаться при обострении любого психического заболевания. Нередко встречается при тяжелой соматической патологии (злокачественные опухоли), а также входит в структуру обсессивно-фобического, ипохондрического и дисморфоманического синдрома. Однако, в первую очередь его связывают с депрессивным синдромом, для которого гипотимия является основным синдромообразующим расстройством.

Депрессивный синдром характеризуется выраженным снижением настроения с усилением отрицательных эмоций, замедленностью двигательной активности и замедлением мышления. Самочувствие больного плохое, им владеет грусть, печаль, тоска. Больной целыми днями лежит или сидит в одной позе, спонтанно в беседу не вступает, ассоциации замедлены, ответы односложны, часто даются с большим опозданием. Мысли больных мрачные, тяжелые, надежд на будущее нет. Тоска переживается как крайне тягостное, физическое ощущение в области сердца. Мимика скорбная, заторможенная. Характерны мысли о никчемности, неполноценности, могут возникать сверхценные идеи самообвинения или бред виновности и греховности с появлением суицидальных мыслей и тенденций. Депрессивные переживания могут сопровождаться явлением болезненной психической анестезии - мучительного бесчувствия, внутреннего

опустошения, исчезновения эмоционального отклика на окружающее. Для депрессивного синдрома характерны выраженные соматовегетативные расстройства в виде нарушений сна, аппетита, запоров, тахикардии, мидриаза; больные худеют, расстраиваются эндокринные функции. Депрессии у взрослых могут наблюдаться также в рамках реактивных психозов и невротозов, при некоторых инфекционных и сосудистых психозах.

Выделяют следующие варианты депрессий:

депрессивный ступор - полная обездвиженность, мрачное оцепенение, которое может внезапно прерываться состоянием меланхолического неистовства (*raptus melancholicus*),

бредовая депрессия - бред занимает центральное место в структуре депрессивного синдрома, при этом бредовые расстройства приобретают фантастический характер громадности,

тревожная депрессия - над аффектом тоски преобладает тревога, характерно двигательное беспокойство.

Если в клинической картине на первый план выступают разнообразные соматовегетативные расстройства, тогда как типично депрессивные симптомы стираются или полностью перекрываются вегетативными, такие депрессии называются **ларвированными, маскированными, соматизированными или скрытыми**. Такие состояние особенно характерны для эндогенных депрессий, в частности для депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства (маниакально-депрессивного психоза), шизофрении, инволюционной меланхолии.

Большое диагностическое значение имеют следующие симптомы депрессии.

Депрессивное настроение: пониженное настроение, которое может быть выражено многими способами — печалью, страданием, упадком духа, неспособностью чему-либо радоваться, мрачностью, подавленностью, ощущением уныния и т. д. Это состояние становится патологическим, когда оно непрерывно, всепроникающе, болезненно или неадекватно жизненным обстоятельствам индивида.

Утрата интересов: понижение или потеря интересов или чувства удовольствия в условиях обычно приятной деятельности. Некоторые интересы либо снижаются, либо уменьшается их значение для индивида. Степень снижения должна быть измерена в контексте размера и глубины обычной деятельности индивида.

Потеря энергии: ощущение усталости, слабости или истощения. Также ощущение утраты способности встать и идти или потери энергии. Начать дело, физическое или интеллектуальное, представляется особенно трудным или даже невозможным.

Потеря веры в себя и самоуважения: утрата веры в собственные способности и квалификацию, предчувствие неловкости и неудач в вопросах, зависящих от уверенности в себе, особенно в социальных взаимоотношениях. Налицо также ощущение приниженности по отношению к другим и даже малоценности.

Необоснованные упрёки к себе или чувство вины: излишняя озабоченность каким-либо действием в прошлом, вызывающим болезненное ощущение, неадекватное и неконтролируемое. Индивид может проклинать себя за какую-то мелкую неудачу или ошибку, которую большинство людей не приняло бы всерьёз. Он осознает, что вина преувеличена или это чувство держится чрезмерно долго, но не может ничего с этим поделать. Иногда чувство вины может быть связано с действиями или ошибками, действительно имевшими место. Однако чувство вины чрезмерно велико. В более интенсивной форме индивид распространяет чувство собственной виновности на все, что происходит плохого в его окружении. Когда вина приобретает бредовые свойства, индивид ощущает себя ответственным за все грехи мира.

Суицидальные мысли или поведение: постоянные мысли о причинении себе вреда с упорным обдумыванием или планированием способов для этого. О серьезности намерения можно судить по осведомленности индивида о летальности выбранного метода, попыткам скрыть суицидальные намерения и поступки, указывающие на уверенность, что попытка будет успешной, например, предсмертная записка.

Затрудненное мышление или концентрация: неспособность мыслить ясно. Больной обеспокоен и жалуется, что его мозг менее эффективен, чем нормальный. Он не способен принять легкого решения даже по простым вопросам, будучи не в состоянии удержать одновременно необходимые элементы информации в своем сознании. Затруднение концентрации проявляется в неспособности фокусировать мысли или обращать внимание на те предметы, которые этого требуют.

Нарушения сна: нарушения характера сна, которые могут проявляться следующим образом:

- периоды пробуждения между начальным и конечным периодами сна,
- раннее пробуждение после периода ночного сна, т. е. индивид после этого не засыпает снова,
- нарушение цикла сна—бодрствования — индивид бодрствует почти всю ночь и спит днем,
- гиперсомния обозначает состояние, при котором продолжительность сна, по крайней мере, на два часа дольше обычной, представляя собой определенное изменение обычного характера сна.

Изменение аппетита и веса: пониженный или повышенный аппетит, ведущий к потере или увеличению на 5% или более обычного веса тела.

Утрата способности испытывать удовольствие (ангедония): потеря способности получать удовольствие от ранее приятной деятельности. Часто индивид не способен к предвкушению удовольствия.

Углубление депрессии по утрам: плохое или депрессивное настроение, которое более выражено в раннее время дня. Характерно, что индивид просыпается рано и лежит без сна, чувствуя, что он не может встать и встретить новый день. По мере течения дня депрессия уменьшается.

Частый плач: частые периоды рыданий без явной побудительной

причины.

Неспособность справиться с рутинной ответственностью. Ухудшение исполнения ежедневной деятельности и обязанностей.

Пессимизм в отношении будущего: мрачный взгляд на будущее независимо от реальных обстоятельств. Личные и общественные дела могут быть заброшенными из-за чувства безнадежности будущего. Пессимизм в связи с будущим может быть очевидной причиной суицидальных мыслей и поступков.

Структура **депрессивного синдрома по МКБ – 10** характеризуется следующими симптомами:

- *Депрессивное настроение* до уровня, определяемого, как явно ненормальное для пациента, представленное почти ежедневно и захватывающее большую часть дня, которое в основном не зависит от ситуации и имеет продолжительность не менее двух недель;
- отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно приятна для больного;
- снижение энергии и повышение утомляемости;
- снижение уверенности и самооценки;
- беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
- повторяющиеся мысли о смерти или суициде или суицидальное поведение;
- проявления и жалобы на уменьшение способности обдумывать или концентрироваться, такие как нерешительность или колебания;
- нарушение психомоторной активности с ажитацией или заторможенностью (субъективно или объективно);
- нарушение сна любого типа;
- пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени;
- депрессия тяжелее по утрам;
- изменение аппетита (повышение или понижение) с соответствующим изменением веса тела;
- заметное снижение либидо,
- аменорея.

Дисфория – немотивированные, внезапно наступающие приступы гнева, злобы, раздражения, недовольства окружающими и собой. Это одно из проявлений психоорганического синдрома. Также наблюдаются при эксплозивной (возбудимой) психопатии и у больных алкоголизмом и наркоманиями в период абстиненции. Пароксизмальное течение данного расстройства указывает на эпилептиформный характер симптоматики. При эпилепсии дисфория наблюдается в качестве самостоятельного типа припадков как эквивалент судорожного припадка.

Тревога – важнейшая эмоция человека, тесно связанная с потребностью в безопасности, выражающаяся ощущением надвигающейся

неопределенной угрозы, внутренним волнением. Это стеническая эмоция с неусидчивостью, метанием, беспокойством, напряжением мышц. Как важный сигнал неблагополучия она может возникать в инициальном периоде любого психического заболевания. При неврозе навязчивых состояний и психастении тревога служит одним из основных проявлений заболевания. В качестве самостоятельного расстройства в последние годы стали выделять внезапно возникающие панические атаки, проявляющиеся острыми приступами тревоги.

Чувство тревоги - один из ранних признаков начинающегося острого бредового психоза. Так, при синдроме острого чувственного бреда тревога выражена настолько резко, что достигает степени *растерянности*, при которой непонимание ситуации сопровождается нарушением восприятия окружающего мира (дереализация, деперсонализация). Такие больные ищут поддержки и защиты, их взгляд выражает недоумение (*аффект недоумения*).

Панические атаки: эпизоды захлестывающей тревоги с внезапным началом и быстрым развитием до высшей точки. Эпизоды длятся от нескольких минут до одного часа и непредсказуемы, т. е. не ограничиваются какой-то конкретной ситуацией или набором внешних обстоятельств. Другие ведущие симптомы включают дрожь, боли в груди, ощущения удушья, головокружение и ощущение нереальности (деперсонализация и/или дереализация). Часто наблюдаются вторичный страх смерти, утраты самоконтроля или помешательства.

Вегетативная тревога.

Важнейшая задача психической деятельности – обеспечение безопасности. С этой целью ситуация оценивается с точки зрения наличия или отсутствия угрозы, а свое поведение определяется с позиции возможности ее избежать.

Тревога - это эмоциональная озабоченность ожидаемыми неприятностями с одновременным переживанием беспомощности перед ними и желанием их избежать. Она включает переживание неконтролируемости чувства и сопровождается вегетативной реакцией. Основное содержание идеаторной сферы при тревоге – опасения, неблагоприятного исхода ситуации.

При этом речь может идти как о беспредметной тревоге (без содержания), так и об осознании тревожного аффекта как неадекватного реальной и конкретной опасности.

Для дифференциации с тоской важно выяснять, что предшествовало состоянию: сомнение и волнение или безрадостность и печаль.

Аутохонно утрачиваемое чувство уверенности - признак патологичности состояния. При этом тревожность как реакция на отсутствие чувства уверенности сама по себе может быть и адекватной. При реактивных состояниях чувство неуверенности не аутохонно, а вторично по отношению к волнению из-за какой-либо опасности. У предрасположенных личностей оно характеризуется стойкостью и глубиной, что служит основой для трансформации состояния в эндогенное. Примером такого эндоактивного

состояния могут служить страх темноты, возникающий после испуга, после просмотра устрашающего фильма. В последующем ребенок забывает повод к страху и страх темноты остается на всю жизнь, тогда как «пусковая ситуация» забывается.

Тревога, выраженная различными вегетативными (автономными) симптомами, (такими как сердцебиение, влажность ладоней, сухость во рту, головокружение, дрожание конечностей, горячий или холодный пот или «приливы», затрудненное дыхание, стеснение или боль в груди, затруднение глотания («ком в горле»), частое мочеиспускание, звон в ушах, бурление в желудке, тошнота), сопровождается страхом — таким, как страх умереть, сойти с ума, потерять эмоциональный контроль или чувством надвигающегося большого несчастья. Могут присутствовать ощущения нереальности объектов (дереализация) или чувство отстраненности (деперсонализация).

Амбивалентность — одновременное сосуществование взаимоисключающих эмоций (любви и ненависти, привязанности и безразличности). Амбивалентность причиняет значительные страдания пациентам, дезорганизуя их деятельность и приводит к противоречивым, непоследовательным действиям (амбитендентность). Швейцарский психиатр Е.Блейер (1857-1939) рассматривал ее как одно из наиболее типичных проявлений шизофрении. В настоящее время многие психиатры отмечают, что она неспецифический симптом и может наблюдаться и при шизоидной психопатии, а порой и у здоровых людей, склонных к самоанализу.

Амбивалентность (или двойственность) эмоций выражается в одновременном сосуществовании двух противоположных чувств. Может проявляться неадекватностью эмоциональных реакций, когда проявляемая эмоциональная реакция не совпадает с ожидаемой. Индивид может смеяться, обсуждая печальное событие, и наоборот. Обеднение невербального общения с помощью мимики. Ограниченное использование мимики и зрительного контакта при вербальном общении.

К *патологическому ослаблению эмоций* относят: эмоциональную тупость или эмоциональное оскудение - постепенное обеднение и ослабление эмоциональных реакций вплоть до почти полного их исчезновения - **апатия**. Это сильно пониженная эмоциональная реакция безразличия, равнодушия. Мимика однообразна. Выражение лица и голос - невыразительные и при перемене темы разговора отсутствует эмоциональная окраска. Речь скучная и монотонная. Не выказывают заинтересованности в беседе, при встрече с близкими остаются безучастными, не задают вопросов, молча съедают принесенную пищу. Это состояние также называют «уплощением эмоциональной реакции». Причем, в первую очередь, исчезают высшие эмоции и наиболее долго сохраняются эмоциональные реакции, связанные с инстинктами. Этот вид нарушений наиболее типичен для шизофренического процесса и в исходных состояниях у больных с органическим поражением мозга (опухоли, травмы, атрофии).

При шизофрении апатия проходит ряд этапов, различающихся степенью выраженности эмоционального дефекта: сглаженность (нивелировка) эмоциональных реакций, эмоциональная холодность, *эмоциональная тупость*.

Ее относят к негативным (дефицитарным) симптомам, как признак конечного состояния.

К извращению эмоций относится **паратимия**. При этом расстройстве в ответ на положительный раздражитель возникает отрицательная эмоциональная реакция и наоборот.

Нарушение динамики эмоций могут выражаться в эмоциональной лабильности или эмоциональной ригидности.

Эмоциональная лабильность (аффективное недержание, чувственная неустойчивость) – это чрезвычайная подвижность, неустойчивость, легкость возникновения и перемены эмоций. Пациенты легко переходят от слез к смеху, от суетливости к беспечной расслабленности. Выражаемые чувства являются поверхностными, больной не переживает их в глубине души. Нередко это характерно при истерических неврозах и психопатиях, при травмах головного мозга, при острых психозах с помрачением сознания (делирий, онейроид).

Одним из вариантов эмоциональной лабильности является *слабодушие*. Эмоциональное слабодушие (*эмоциональная слабость*) или эмоциональная слабость - фактически недержание эмоций, когда любая, даже ничтожная причина легко вызывает умиление и слезы. Однако такой аффект легко уступает место противоположному. Больной может расплакаться при каком-нибудь незначительном воспоминании и тут же рассмеяться, вспомнив что-либо смешное, хотя слезы еще не успели высохнуть на глазах. При этом состоянии больные теряют возможность контролировать внешние проявления эмоций. Любое, даже малосущественное событие переживается чрезвычайно ярко. Слезы выражают не только страдание, но и сочувствие, умиление, растроганность. Такое эмоциональное нарушение очень характерно для больных атеросклерозом мозга, для астенических состояний, иногда выступает как стойкая личностная особенность.

Патология воли.

При заболеваниях различной этиологии часто наблюдаются расстройства мотивации и волевой направленности личности.

Воля – это внутренняя сила, позволяющая сознательно ставить перед собой цели, разрабатывать план их реализации, преодолевать препятствия, удовлетворять потребности (влечения) с учетом сложившейся ситуации и убеждений (внутренних принципов).

Влечениями называют состояния конкретной нужды человека, потребность в определенных условиях существования, зависимость от их наличия. Осознанные влечения мы называем **желаниями**.

Вывод о наличии нарушений воли и влечений надо делать не на основании декларируемых намерений, а опираясь на анализ совершаемых поступков.

Среди психиатров и психологов нет единого мнения относительно того, какое влечение считать важнейшим для человека. З.Фрейд считал, что это либидо (сексуальное влечение). А.Маслоу и К. Роджерс утверждали, что важнейшей потребностью человека является самореализация. Вероятнее всего, что набор важнейших потребностей у каждого уникален, субъективен.

Неприятное чувство, вызванное невозможностью реализовать актуальную для человека потребность, называют **фрустрацией**.

Выделяют патологию высшей и низшей волевой деятельности. Кроме того, выделяют количественные изменения (гипер-, гипо- и абулии) и извращения влечений (парабулии).

К **патологии высшей волевой деятельности** относится **гипербулия**. При этом обнаруживается патологическое искажение мотивации волевой активности. Вся жизнь больного подчиняется реализации его гипертрофированных патологических побуждений. Проявляется необычайное упорство в достижении целей любыми средствами.

Гипербулия характеризуется общим повышением всех базовых влечений. Потребность в общении проявляется навязчивостью, говорливостью, больные постоянно вмешиваются в беседу посторонних, дают советы, делают замечания, на улице заговаривают с незнакомыми. Они раздают деньги, вступают в драку с целью «защитить обиженного», но при этом забывают о своей семье, оставляют без присмотра собственных детей. Важно учитывать, что такие больные обычно отличаются сильной волей, поэтому они не склонны к сексуальному насилию, очевидно опасным или грубым противоправным действиям. Данный симптом относится к характерным проявлениям маниакального синдрома.

Гипобулия – общее понижение воли и влечений, сопровождающееся бедностью побуждений, вялостью, бездеятельностью, скудной речью, ослаблением внимания, обеднением мышления, снижением двигательной активности, ограничением общения. Больные тяготеют присутствием посторонних лиц и необходимостью поддерживать беседу, просят оставить их одних. У них подавлены все основные потребности, включая и физиологические. Снижено сексуальное влечение, не только нет интереса к противоположному полу, но отсутствует внимание к собственной внешности. Подавление инстинкта самосохранения может выражаться в суицидальных попытках. Может сопровождаться чувством стыда за свое бездействие и беспомощность. Гипобулия служит проявлением депрессивного синдрома.

Абулия - отсутствие побуждений, интересов, желаний влечений. Но обычно не происходит подавления физиологических явлений и ограничивается снижением воли. Лень и безинициативность сочетается с нормальной потребностью в пище, сексуальным влечением, осуществляющемся не всегда социально приемлемыми путями (например, сексуальными претензиями к матери). Наблюдается при хронических заболеваниях со снижением интеллекта и ослаблением аффективной деятельности. Часто сочетается с такими симптомами, как:

снижение социальной продуктивности - ухудшение в выполнении

социальных ролей и навыков, т. е. функционально организованных черт поведения, разделяемых большинством индивидов, занимающих определенное социальное положение, и рассматриваемых как существенные для поддержания этого положения,

снижение профессиональной продуктивности - ухудшение выполнения профессиональных обязанностей и навыков, т. е. специфических задач и обязанностей, знаний и стандартов в профессиональной области и ее продуктивности (материальное производство, обслуживание, сфера науки и искусства),

социальное отчуждение - форма поведения, характеризующаяся настойчивой тенденцией к отказу от социальных взаимодействий и связей. В культуре индивида такое поведение обычно рассматривается как отклонение от нормы, указывающее на наличие психического расстройства или аномальных черт личности. Абулия вместе с апатией составляют единый *апатико-абулический синдром*, характерный для конечных состояний при шизофрении.

Парабулии - извращенные тенденции к реализации побуждений и витальных влечений: булимия (переедание), анорексия (отказ от еды), копрофагия (пикацизм) - поедание несъедобных и вызывающих отвращение веществ, гомосексуализм, педофилия, эксгибиционизм (страсть к обнажению), садомазохизм, транссексуализм (изменить пол), дромомания, пиромания, гемблинг (влечение к азартным играм).

К **патологии низшей волевой деятельности** относится патология влечений, формирующихся на основе инстинктов. Она происходит в форме усиления, ослабления или извращения инстинктов.

Патология пищевого инстинкта:

Булимия - усиление влечения к пище, связанное с отсутствием чувства насыщения. Встречается в довольно раннем возрасте при органическом поражении головного мозга (диэнцефальные нарушения, психопатоподобные состояния после энцефалитов, травм головного мозга).

Анорексия - ослабление или отсутствие чувства голода. Выделяют: нервную анорексию, встречающуюся у девочек в подростковом возрасте, связанную с настойчивым стремлением к похуданию при сохранении чувства голода, психическую анорексию - утрата чувства голода и отказ от пищи, обусловленный психическим состоянием (например: при депрессии, кататонии, бреде).

Патология инстинкта самосохранения:

Фобии - патологическое усиление инстинкта самосохранения, сопровождающееся беспричинным чувством страха за свою жизнь.

С позиций психиатрической диагностики особую важность имеют следующие виды фобий.

Агорафобия – страх открытых пространств, близких к ним ситуаций, таких, как наличие толпы и невозможность сразу же вернуться в безопасное место (обычно — домой). Таким образом, термин включает в себя целую совокупность взаимосвязанных и обычно частично совпадающих фобий,

охватывающую страхи выходить из дома: входить в магазины, толпу или общественные места или путешествовать одному в поездах, автобусах или самолетах. Несмотря на то, что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения могут быть различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, и некоторые пациенты становятся полностью прикованными к дому. Многие больные ужасаются при мысли, что могут упасть и быть оставленными в беспомощном состоянии на людях. Отсутствие немедленного доступа к выходу является одной из ключевых черт многих агорафобических ситуаций. Большинство больных — женщины, и начало расстройства обычно приходится на ранний зрелый возраст.

Социальные фобии часто начинаются в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. В отличие от большинства других фобий, социальные фобии одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин. Они могут быть изолированными (например, ограничиваясь только страхом еды на людях, публичных выступлений или встреч с лицами противоположного пола) или диффузными, включающими в себя почти все социальные ситуации вне семейного круга. Важным может быть страх рвоты в обществе. В некоторых культурах особенно пугающим может быть прямое столкновение с глазу на глаз. Социальные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики. Они могут проявляться жалобами на покраснение лица, тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию, при этом иногда пациент убежден, что одно из этих вторичных выражений его тревоги является основной проблемой; симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак. Часто значительно выраженное избегание этих ситуаций в крайних случаях может привести к почти полной социальной изоляции.

Специфические (изолированные фобии) - это фобии, ограниченные строго определенными ситуациями, такими как нахождение рядом с какими-то животными, высота, гроза, темнота, полеты в самолетах, закрытые пространства, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, лечение у зубного врача, вид крови или повреждений и страх подвергнуться определенным заболеваниям. Несмотря на то, что пусковая ситуация является изолированной, попадание в нее может вызвать панику как при агорафобии или социальной фобии. Специфические фобии обычно появляются в детстве или молодом возрасте и, если остаются нелеченными, могут сохраняться десятилетиями при отсутствии лечения. Серьезность возникающего в результате снижения продуктивности зависит от того, насколько легко субъект может избегать фобической ситуации. Страх фобических объектов не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности, в противоположность агорафобии. Обычными объектами фобий заболеваний являются лучевая болезнь, венерические инфекции и, с недавнего времени, СПИД.

Снижение инстинкта самосохранения или его отсутствие характерно для апатико-абулических состояний.

Извращение инстинкта самосохранения выражается стремлением к самоубийству - **суицидомания** или нанесением себе увечий – **аутоагрессия**.

Патология полового инстинкта.

Патологическое усиление полового инстинкта – гиперсексуальность. Это неодолимые чрезмерные эротические влечения, сексуальная ненасытность в ее женском варианте - *нимфомания* и мужском - *сатириазис*.

Снижение или отсутствие полового инстинкта - импотенция или фригидность.

Чаще наблюдается извращение полового инстинкта в следующих вариантах.

Расстройства половой идентификации.

Транссексуализм: желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, что обычно сопровождается стремлением привести свое тело в как можно более полное соответствие с предпочитаемым полом, в том числе, с помощью хирургических методов и гормонального лечения.

Трансвестизм двойной роли: ношение одежды противоположного пола для временного переживания принадлежности к противоположному полу. При этом отсутствует какая-либо сексуальная мотивация к переодеванию в одежду противоположного пола.

Расстройство половой идентификации детского возраста у девочек проявляется тем, что жизнь девочкой вызывает постоянный и тяжелый дистресс и имеется твердое желание быть мальчиком (это желание определяется не только предполагаемыми культуральными преимуществами принадлежности к мужскому полу) или девочка настаивает, что она - мальчик.

Девочки обнаруживают отчетливое отвращение к обычной женской одежде и настаивают на ношении общепринятой мужской одежды, например, нижнего белья для мальчиков и другого. Они постоянно отрекаются от женских анатомических структур, о чем свидетельствует, по меньшей мере, один из следующих признаков:

- а) утверждение, что у нее есть и появится половой член;
- б) отказ от мочеиспускания в сидячем положении;
- в) утверждение, что ей не хочется, чтобы у нее росли грудные железы или были менструации.

У мальчиков расстройство половой идентификации проявляется тем, что жизнь мальчиком вызывает постоянный и тяжелый дистресс и сильное желание стать девочкой или, в более редких случаях, мальчик настаивает, что он - девочка.

Характерны занятия обычной для женщин деятельностью, о чем свидетельствует предпочтение к женской одежде или придание своей одежде вида женского наряда, или сильное желание участвовать в играх для девочек или других формах досуга и отказ от мальчишеских игрушек, игр и

деятельности.

Мальчики постоянно отрекаются от мужских анатомических структур, на что указывает как минимум одно из следующих неоднократных утверждений:

- а) что он вырастет женщиной (не только выполняя роль женщины);
- б) что его половой член или яички отвратительны или что они исчезнут;
- в) что лучше бы не иметь полового члена или яичек.

Расстройства полового предпочтения

Фетишизм – проявляется тем, что фетиш (какой-нибудь неживой предмет) является самым важным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительной сексуальной реакции.

Фетишистский трансвестизм - ношение предметов туалета противоположного пола или одежды противоположного пола для воссоздания соответствующей этому полу внешности и ощущения принадлежности к нему. Переодевание в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением. При достижении оргазма и снижении полового возбуждения возникает сильное желание снять одежду противоположного пола.

Эксгибиционизм - периодически возникающая или постоянная тенденция неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям (обычно противоположного пола), что обычно сопровождается половым возбуждением и мастурбацией.

Вуайеризм - периодически возникающая или постоянная тенденция подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, таких как переодевание, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией.

Педофилия - предпочтение половой активности с ребенком или детьми пубертатного возраста.

Садо-мазохизм - предпочтение половой активности в качестве реципиента (мазохизм) или наоборот (садизм), или того и другого, что включает боль, унижение, установление зависимости.

К расстройствам волевой мотивации под влиянием безудержных влечений относят неодолимые, навязчивые импульсивные явления, осуществляемые без контроля сознания.

Расстройства привычек и влечений

Патологическая склонность к азартным играм – постоянное стремление к участию в азартных играх, что не приносит выгоды индивидууму, но продолжается, несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни. Индивидуум списывает свое поведение на трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами, с ней связанными.

Патологические поджоги (пиромания) проявляется поджогами или попытками поджогов без видимых мотивов. Индивидуум описывает сильное

влечение к поджогам с ощущением напряженности перед этим актом и облегчением после него. Индивидуум мысленно озабочен поджогами и обстоятельствами, связанными с этим актом (например, пожарными машинами или вызовом пожарной команды).

Патологическое воровство (клептомания) - случаи воровства без видимых мотивов или выгоды для индивидуума или другого лица. Индивидуум описывает сильное влечение к воровству с чувством напряженности перед совершением поступка и облегчением после него.

Волевые нарушения, выражающиеся в патологии *моторики и произвольных действий*, приводят к дезинтеграции и деавтоматизации сложных привычных форм деятельности. Они проявляются в виде кататонических синдромов (кататонического ступора или кататонического возбуждения).

Компульсивные действия: повторяющееся стереотипное поведение и ритуалы, воспринимаемые индивидом как бессмысленные и неэффективные, так что он делает повторные попытки противостоять им.

Это мощное чувство, по силе сравнимое с такими жизненными потребностями как голод, жажда, инстинкт самосохранения. Больные осознают извращенный характер влечения, пытаются сдерживать себя, но при неудовлетворенной потребности у них возникает невыносимое чувство физического дискомфорта. Поэтому они быстро прекращают эту внутреннюю борьбу и удовлетворяют свое влечение, даже с возможностью дальнейшего наказания. Такие влечения могут быть причиной повторного насилия и серийных убийств.

Большинство компульсивных действий *или* ритуалов связаны с чисткой (особенно с умыванием рук), наведением порядка, аккуратностью или контролированием. Такое поведение возникает из страха перед опасными событиями, которые могут случиться с индивидом или быть им вызваны. Ритуалы представляют собой попытку предотвратить опасность. Компульсивные акты и ритуалы могут занимать многие часы ежедневно, и иногда связаны с заметной нерешительностью и медлительностью. Компульсивные влечения могут наблюдаться при психопатиях.

Импульсивные поступки совершаются человеком немедленно, без предшествующей борьбы мотивов и без этапа принятия решения. В момент действия нередко наблюдается аффективно суженное сознание, о чем можно судить по последующей частичной амнезии. Среди импульсивных поступков преобладают нелепые, опасные, лишённые какого-либо смысла. Впоследствии больные не могут объяснить содеянного. Они могут явиться проявлением эпилептиформных пароксизмов. К ним склонны больные с кататоническим синдромом.

Парабулии не рассматриваются как самостоятельные заболевания, а являются лишь симптомами. Причинами бывают грубые нарушения интеллекта, различные формы шизофрении, а также психопатии. Они могут быть проявлением нарушения обмена веществ, например, при беременности или эндокринных заболеваниях.

От собственно расстройств влечений следует отличать поступки, обусловленные патологией других сфер психики: наличием бреда отравления, императивные галлюцинации, грубые расстройства двигательной сферы (кататоническим возбуждением или ступором), помрачением сознания.

К расстройствам двигательной сферы относят кататонический и гебефренический синдромы.

Кататоническое возбуждение характеризуется выраженной диссоциацией, парадоксальными и неадекватными нарушениями во взаимопереходах от интрапсихических процессов к двигательным. В своем развитии кататоническое возбуждение проходит несколько последовательных этапов, причем развитие нарушений может остановиться на любом из них:

1. *Растерянно-патетическое возбуждение*, характеризующееся экзальтацией, вычурным пафосом, многоречивостью, перескакиванием с одной темы на другую, суетливостью, непонятностью речи.

2. *Гебефреническое возбуждение* - бессмысленное кривляние, гримасничанье, склонность к нелепым поступкам, немотивированному смеху. Мышление непоследовательное, разорванное.

3. *Импульсивное возбуждение* характеризуется неожиданностью поступков, больные внезапно прыгают, кричат, бранятся, разбрасывают и разрушают все вокруг. Появляются эхололии (повторение слов окружающих), эхопраксии (повторение действий окружающих), персеверации (преобладание одной мысли), вербигерации.

4. *Немое возбуждение* - утрата речевого контакта с интенсивным двигательным возбуждением.

Кататонический ступор может следовать вслед за возбуждением или независимо от него. Субступорозное состояние характеризуется отрывочной речью, заторможенностью. При ступоре с мутизмом наблюдается полная утрата речевого контакта. Выделяют ступор с восковой гибкостью - длительное сохранение приданной позы с малоподвижностью и повышенным мышечным тонусом. Характерен *симптом Павлова* – больные реагируют на слабый раздражитель, оставаясь безучастными к сильному. При этом больные днем молчат, а ночью становятся живее, могут ходить. Ступор с *мышечным оцепенением* проявляется в застывании в эмбриональной позе. Может быть ступор с *негативизмом* - пассивным и активным.

Кататонический ступор может протекать с сохранением ясного сознания - *люцидный*, когда все окружающее точно воспринимается и осознается. Ступор с нарушением сознания называется *онейроидным* - сновидное помрачение сознания с наплывом фантастических образов, грезоподобными переживаниями и обильными галлюцинациями.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный вариант из предложенных:

1. Дисфория чаще всего наблюдается при (*неврозах, эпилепсии, шизофрении, болезни Альцгеймера*).
2. Эйфория проявляется (*гиперактивностью, сентиментальностью, благодушием, злопамятностью*).
3. Интоксикация нередко проявляется (*эйфорией, амбивалентностью, апатией, слабодушием*).
4. Больные с патологическим обсессивным влечением (*представляют опасность для окружающих, относятся к своему расстройству без критики, должны быть госпитализированы, могут контролировать свое поведение в соответствии с ситуацией*).
5. Стремление к бродяжничеству называется (*эксгибиционизмом, гемблингом, пикацизмом, дромоманией, дипсоманией*).
6. Сон нарушен при (*депрессии, апатико-абулическом синдроме, депрессии и апатико-абулическом синдроме*).
7. Характерными признаками апатико-абулического синдрома считают (*похудение и потерю аппетита, молчание и обездвиженность, пониженную самооценку и пессимизм, безразличие и равнодушие, тахикардию и повышение АД*).
8. Типичной причиной апатико-абулического синдрома считают (*эпилепсию, повреждение лобных долей мозга, МДП, истерию*).
9. Характерными признаками депрессивного синдрома считают (*раннее утреннее пробуждение и ангедонию, тошноту и потливость, молчание и обездвиженность, безразличие и равнодушие, брадикардию и снижение АД*).
10. Ларвированной называют депрессию, которая проявляется не только гипотимией, но в большей степени (*ангедонией, возбуждением, ступором, соматическими расстройствами, бредом*).
11. Депрессию относят к (*продуктивным, негативным, продуктивным и негативным*) расстройствам.
12. Типичная продолжительность депрессии- несколько (*часов, дней, недель, месяцев, лет*).
13. В преобладающем большинстве случаев депрессия развивается (*после травмы головы, после интоксикации, после конфликта в семье, без какой-либо внешней причины*).
14. Признаком тяжелой депрессии с высоким риском суицида считают (*повышение АД и тахикардию, ощущение стеснения за грудиной, сонливость в дневные часы, снижение вкусовой и обонятельной чувствительности*).
15. При депрессии общая продолжительность сна (*уменьшается, увеличивается, не изменяется*).

16. При мании общая продолжительность сна (*уменьшается, увеличивается, не изменяется*).
17. Больные с манией (*представляют опасность для окружающих, отличаются высокой производительностью в профессиональном труде, часто проявляют упрямство и несговорчивость, любят помогать знакомым и незнакомым людям*).
18. Главным признаком, отличающим патологический аффект от физиологического, считают (*раздражение и агрессию, наличие галлюцинаций, помрачение сознания, компульсивное влечение к насилию и нанесению повреждений*).
19. Ступор относят к (*продуктивным, негативным*) расстройствам.
20. При депрессии может наблюдаться (*ступор, возбуждение, ступор и возбуждение*).
21. Чисто моторным называют возбуждение при (*кататоническом, депрессивном, маниакальном, делириозном*) синдроме.
22. Прогностически благоприятным расстройством считают (*люцидную кататонию, онейроидную кататонию, гебефренический синдром*).
23. К симптомам кататонического синдрома относятся (*аутизм, негативизм, альтруизм, инфантилизм*).
24. К симптомам гебефренического синдрома относят (*аутизм, негативизм, пароксизм, ментизм*).
25. К симптомам кататонического синдрома не относят (*каталепсию, эхололию, олигофазию, симптом хоботка, симптом Павлова*).
26. Гебефренический синдром считают характерным проявлением злокачественной (*шизофрении, эпилепсии, олигофрении, истерии*).
27. Полное молчание при кататонии называют (*копролалией, эхололией, мутизмом, каталепсией, вербигерацией*).
28. Опасность больных в кататоническом ступоре чаще всего обусловлена (*суицидальным поведением, помрачением сознания, отказом от еды, низкой устойчивостью к инфекциям, императивными галлюцинациями*).
29. Больные в маниакальном возбуждении (*склонны к сексуальному насилию, проявляют неконтролируемую агрессию, дезориентированы в месте и времени, обычно опасности не представляют*).
30. У больных с паническими атаками обычно обнаруживается (*гиперактивность симпатической нервной системы, гиперактивность парасимпатической нервной системы, патологические очаги в диэнцефальной области, психотравмирующая или конфликтная ситуация*).

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАСТРОЙСТВА

Вопросы:

1. *Определение пароксизмальных расстройств.*
2. *Эпилептиформные пароксизмы, их разновидности.*
3. *Истерические припадки, дифференциальная диагностика эпилептических и истерических пароксизмов.*

Пароксизмами называют кратковременные, возникающие внезапно и резко прекращающиеся расстройства, склонные к повторному появлению.

В виде пароксизмов могут протекать самые различные психические (бред, галлюцинации, приступы тревоги, страха или сонливости, помрачения сознания), неврологические (судороги) и соматические (сердцебиение, головная боль, потливость) расстройства. Хотя большинство наблюдаемых в клинике пароксизмов эпилептической природы, они могут повторно возникать и при других заболеваниях (неврозы, мигрень, нарколепсия и пр.).

К *эпилептиформным пароксизмам* относят повторно возникающие *стереотипные* кратковременные приступы с самыми различными клиническими проявлениями, обусловленные органическим поражением мозга. Сюда относится **большой судорожный припадок (grand mal)** с тонической и клонической фазами, *атонические* припадки с резкой утратой тонуса всех мышц и потерей сознания. В половине всех случаев возникновению припадков предшествует *аура* (различные сенсорные, моторные, висцеральные или психические явления, кратковременные и стереотипно повторяющиеся у одного и того же больного).

Аура свидетельствует о наличии патологического очага в мозге (фокальная эпилепсия). По проявлениям ауры можно судить о локализации очага: зрительная – затылочная доля, обонятельные – крючковидная извилина, соматомоторная – задняя центральная извилина.

Иногда за несколько часов до припадка возникают неприятные ощущения разбитости, недомогания, раздражительности, головокружения – это *предвестники припадка*.

К **малым припадкам (petit mal)** относят кратковременное выключение сознания с последующей полной амнезией. Типичным примером является *абсанс* без судорог с выключением сознания на 1-2 секунды, когда больной прекращает начатое действие, взор становится «плавающим», лицо бледнеет с последующей полной амнезией.

Атипичные варианты малых припадков (*сложные абсансы*) могут включать отдельные движения. При *пропульсии* больной наклоняется вперед (кивки, клевки). Иногда его движения напоминают восточное приветствие (*салам-припадки*), могут и упасть, но тут же встают и приходят в сознание. При *ретропульсии* могут откидываться назад. *Миоклонические* припадки проявляются своеобразным вздрагиванием (подергиванием плечами, поворот шеи, резкий наклон головы), иногда их путают с тиками.

Эквивалентами припадков могут быть сумеречные состояния, дисфория, психосенсорные расстройства. Так при *дисфории* наблюдается

резкое изменение настроения с преобладанием злобно-тоскливого аффекта, сознание не помрачено, но аффективно сужено. Больные возбуждены, агрессивны, злобно реагируют на замечания, всем недовольны, оскорбительно высказываются, могут ударить собеседника. Они помнят о случившемся и иногда извиняются за свое поведение, раскаиваются в нем.

Проявлением эпилептиформной активности могут быть пароксизмально возникающие расстройства влечений, например периоды неумеренного употребления спиртного – *дипсомания*. В отличие от больных алкоголизмом вне приступа влечения к алкоголю нет и могут употреблять его умеренно.

Часто во время приступа могут возникать психосенсорные расстройства и эпизоды дереализации.

М.О. Гурович (1936) предложил выделять «особые состояния сознания», при которых хуже запоминаются реальные события, могут вспоминать лишь фрагменты из высказываний окружающих, могут быть дереализация и деперсонализация, могут быть психосенсорные расстройства, расстройства схемы тела. По своей природе они близки к ауре и могут указывать на локальный характер приступа.

Согласно МКБ-10 все припадки подразделяются на *генерализованные (идиопатические)* и *парциальные (фокальные)*. Генерализованным припадкам на ЭЭГ соответствует одновременное появление активности во всех отделах мозга, а при фокальных – в одном очаге (с возможной последующей вторичной генерализацией).

Парциальные припадки не сопровождаются полной амнезией. Психопатологическая симптоматика их разнообразна и соответствует локализации очага. К парциальным припадкам относят джексоновские припадки (двигательные припадки с судорогами в одной конечности на фоне ясного сознания), сюда относят и дисфории и особые состояния сознания.

Генерализованные припадки могут быть и как вторичными по происхождению, начинающиеся с локальных предвестников и ауры.

Генерализованные припадки (как *grand mal*, так и *petit mal*) часто бывают наследственными и лучше поддаются лекарственному лечению. Их относят к проявлениям собственно эпилептической болезни. Парциальные же весьма неспецифичны, могут встречаться при самых разнообразных органических заболеваниях головного мозга (опухолях, травмы, инфекции, сосудистые и дегенеративные заболевания). Лекарственное лечение менее эффективно.

Возникновение парциальных и вторично-генерализованных припадков впервые в возрасте 30 лет и старше нередко оказывается первым проявлением внутричерепных опухолей и других объемных процессов в мозге.

Наиболее опасным пароксизмальным состоянием является эпилептический статус - серия эпилептических припадков (чаще больших), между которыми больной не приходит в ясное сознание. Нарастающий отек

мозга вызывает нарушение регуляции дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти.

Весьма характерно появление припадков в состоянии абстиненции при алкогольной и барбитуровой зависимости. Некоторые лекарственные средства (камфора, бромкамфора, коразол, бемеград, кетамин, прозерин и др. ингибиторы холинэстеразы) могут также провоцировать эпилептические припадки.

К истерическим припадкам относят функциональные приступообразные расстройства, вызванные действием психотравмирующих факторов и развивающиеся по механизму самовнушения.

У больных эпилепсией наряду с типичными эпилептическими пароксизмами могут наблюдаться и **истерические припадки**. Клиническая картина истерических припадков может быть крайне разнообразной и определяется тем, как сам больной представляет себе свою болезнь. Симптоматика не отличается разнообразием от приступа к приступу. Эти припадки предполагают присутствие наблюдателей и никогда не возникают во сне. Довольно надежным признаком большого судорожного припадка является коматозное состояние с арефлексией.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный из предложенных вариантов:

1. Вариантами эпилептиформных пароксизмов считают (*амбивалентность, дисфорию, делирий, манию, резонерство*).
2. К генерализованным припадкам относят (*petit mal, déjà vu, jamais vu, джексоновские припадки, особые состояния сознания*).
3. Лекарственное лечение более эффективно при (*первично-генерализованных, парциальных, вторично-генерализованных*) припадках.
4. Наследственная отягощенность чаще регистрируется при (*первично-генерализованных, парциальных, вторично-генерализованных*) припадках.
5. Типичная продолжительность большого судорожного припадка составляет (*10-20 сек, 1-2 мин, 3-5 мин, 7-10 мин, 15-20 мин*).
6. Полная амнезия характерна для (*панических атак, истерических припадков, petit mal, déjà vu*).
7. Эпилептические пароксизмы могут проявляться (*судорогами, бредом, галлюцинациями, влечением к спиртному, любыми продуктивными симптомами*).
8. Больные с истерическим припадком ведут себя (*стереотипно, импульсивно, демонстративно, негативистично*).
9. Пароксизмальность рассматривается как общее свойство всех продуктивных симптомов (*шизофрении, эпилепсии, истерии, мании*).

10. Связь симптомов с эмоциональным стрессом, их направленность на зрителей, подверженность самовнушению называется (*схизисом, пароксизмальностью, демонстративностью*).
11. Последовательное возникновение тонических и клонических судорог характерно для (*миоклонических припадков, petit mal, grand mal, истерических припадков, панических атак*).
12. При истерическом возбуждении действия больных (*бессмысленны, стереотипны, демонстративны, импульсивны*).

ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

Вопросы:

1. Патология мышления. Нарушения ассоциативного процесса по темпу, стройности и целенаправленности.
2. Патология суждений: *сверхценные идеи, доминирующие идеи, бредоподобные идеи.*
2. *Навязчивые идеи*
3. *Определение бреда, этапы формирования бредовой идей, классификация бредовых идей по содержанию.*
4. *Этапы формирования параноидного бреда.*
5. *Основные бредовые синдромы: Кандинского-Клерамбо, Котара, Кангра, Фреголи.*

Мышление - процесс познания общих свойств предметов и явлений, связей и отношений между ними. Это специфичная для человека способность отражать в собственном сознании окружающий мир в полноте существующих связей, внутренних закономерностей, способность не только наблюдать, но и понимать суть происходящего. Мышление способствует познанию действительности в обобщенном виде, в движении и изменчивости.

Основными элементами мышления являются *понятия* - выработанные опытом и знаниями человечества категории, отражающие сущность предметов и явлений. Важнейшим инструментом мышления являются *ассоциации*- связи, установленные между понятиями.

Мышление, опирающееся преимущественно на несущественные связи между понятиями, субъективное, противоречивое толкование их смысла, указывает на наличие психических расстройств.

Содержание мышления составляют *суждения и умозаключения*. *Суждения* в речевом выражении представляют собой отдельные высказывания о предметах и явлениях. *Умозаключения* – это логические выводы из сопоставления нескольких суждений.

Традиционно в психиатрии патологию мышления разделяют на расстройства ассоциативного процесса и патологию суждений и умозаключений.

Симптомы нарушения ассоциативного процесса выражаются в нарушении *способа* мышления: нарушение темпа мышления, нарушение стройности мышления, нарушение целенаправленности мышления.

Нарушения темпа ассоциативного процесса.

Ускорение мышления. Речевая продукция конспективно отражает содержание мышления, логические построения минуют промежуточные звенья, повествование отклоняется по боковой цепи. Это приводит к тому, что человек мгновенно меняет тему разговора (*отвлекаемость*). Любое замечание собеседника рождает новый поток поверхностных непродуктивных ассоциаций (*откликаемость*). Проявлением резкого ускорения темпа мышления является *скачка идей* (Fuga idearum). Такие расстройства характерны для маниакальных состояний, а также могут наблюдаться при приеме психостимуляторов.

Замедление темпа мышления характерно для депрессивных, апатических, астенических состояний и легких степеней помрачнения сознания. Замедление мышления в преобладающем большинстве случаев выступает как временный обратимый симптом и с разрешением психоза мыслительные функции полностью восстанавливаются.

Нарушение ассоциативного процесса по стройности проявляется в следующих формах.

Разорванность - выражается в полной утрате смысла высказываний при сохранности грамматической структуры построения фразы. На более ранних этапах заболевания она может проявляться в нарушении смысловых связей не внутри предложения, а в процессе повествования между фразами, которые в отдельности имеют законченное смысловое содержание. Хаотичным мыслям больного в выраженной степени может соответствовать распад речи – *шизофазия*. При всей нелепости высказываний больные с разорванностью сохраняют ясность сознания, понимают обращенную к ним речь, правильно выполняют инструкции. Чаще всего разорванность указывает на конечное состояние при шизофрении и является негативным симптомом.

Наплыв мыслей (**мантизм** или **ментизм**) представляет собой, возникающий помимо воли больного тягостное состояние хаотичного потока пронесшихся в голове мыслей, возникающих в виде приступа. В этот момент больной не способен продолжать обычную работу, отвлекается от беседы. Больной не может связно изложить эти мысли, они не представляют собой какой-то логический ряд: «мысли идут параллельными рядами»,

«скачут», «пересекаются», «цепляются одна за другую», «водят хороводы» (характерный симптом шизофрении).

Перерывы в мышлении - симптом остановки, блокирования мыслей или **Sperrung** (от немецкого - закупоривать) заключается во внезапном обрыве мыслей и вызывает ощущение того, что «мысли улетели из головы», «голова пустая», «думал-думал и - вдруг как будто в стену уткнулся». Насильственный характер этих симптомов может заронить в больном подозрение, что кто-то специально управляет его мышлением, мешает ему думать.

Ментизм и шперрунг характерны для шизофренического процесса, входят в состав синдрома психического автоматизма.

Бессвязность (инкогерентное) мышление – тяжелое расстройство, проявляющееся полным распадом речи. Расстройство, при котором главными чертами являются нарушение грамматического строя речи, необъяснимые переходы от темы к теме и потеря логической связи между частями речи с полной потерей смысла. Фактически удается уловить только отдельные словосочетания, обрывки мыслей и бессмысленные звуки («словесная крошка»). **Бессвязность** наблюдается при расстройствах сознания в структуре синдрома аменции. В ряде случаев бессвязность можно наблюдать в исходе злокачественных заболеваний на фоне ясного сознания: ядерная шизофрения, болезнь Альцгеймера.

К *речевым стереотипиям* относят персевирации, вербигерации и стоячие обороты. Это симптомы, при которых в речи больного постоянно повторяются одни и те же слова, мысли, выражения. Стереотипность речи обычно указывает на обеднение мышления, снижение интеллекта, нарастание негативной симптоматики.

Персевирации выражаются в возвращении к мысли, которая была высказана ранее. Часто больные просто не могут осмыслить очередной вопрос и повторяют ранее данный ответ. Он часто наблюдается при органических заболеваниях - при деменциях.

Вербигерации - своеобразные стереотипии в речи, доходящие в некоторых случаях до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов. Их лишь формально можно отнести к расстройствам мышления, поскольку фактически представляют собой насильственный двигательный акт. Они ритмически, иногда в рифму повторяют отдельные слова. Часто это сопровождается ритмическими движениями: раскачивание, вертят головой, размахивают руками. Вербигерация – чаще симптом кататонического или гебефренического синдромов.

Стоячие обороты – короткие стереотипные выражения, однотипные мысли, которыми больной настолько заполняет свою речь, что она теряет смысл. Например, вся речь больного может состоять из пословиц. Характерны при эпилептическом слабоумии, повреждениях лобных долей мозга и на поздних этапах атрофических заболеваний (болезнь Пика).

Паралогическое мышление. При паралогическом мышлении не просто нарушается нормальная логическая сущность умозаключений, а возникает

иная, свойственная только данному больному система логических построений. Путем сложных логических рассуждений приходят к выводам, явно противоречащим действительности. Это происходит из-за того, что в речи больных, связных и логичных на первый взгляд, происходит смещение понятий (*соскальзывание*), подмена прямого и переносного смысла слов, нарушение причинно-следственных взаимоотношений.

Нарушение целенаправленности мышления.

Патологическая **обстоятельность** - излагая события, больной застревает на деталях, которые занимают все большее место в основной линии повествования, отвлекая больного от последовательной цепи изложения, делая его рассказ чрезмерно длинным. Больные говорят не только медленно, растягивая слова, но и многословно, склонны к излишней детализации, добиваются до конечной цели сложным запутанным путем («лабиринтное мышление»). Чаще патологическая обстоятельность наблюдается при органических заболеваниях головного мозга, особенно при эпилепсии, и указывает на длительное течение заболевания, а также на наличие необратимого дефекта личности (негативная симптоматика). Во многом этот симптом связан со снижением интеллекта: так, причиной детализации может быть потеря способности отделять главное от второстепенного.

От вязкости мышления следует отличать обстоятельность больных с бредом. В таких случаях больные, охваченные нелепыми идеями, так увлечены рассказом, что не могут переключаться на другую тему.

Персеверация - болезненное повторение одного слова или группы слов, несмотря на стремление больного перейти к другой теме и попытки врача ввести новые стимулы.

Резонерство – мышление становится нецеленаправленным, появляется склонность к бесплодному рассуждательству. Больной в своем повествовании пользуется декларативными заявлениями, приводит необоснованные доказательства. Его речь изобилует сложными логическими построениями, вычурными абстрактными понятиями взятыми из психологии, этики, космологии, биофизики), терминами, нередко употребляемыми без понимания их истинного значения. Мышление становится аморфным, лишенным четкого содержания. Резонерство – негативный симптом и является типичным признаком шизофренического дефекта.

Символизм - имеется общепринятая система символов, которая находит широкое использование в повседневной жизни (знаки дорожного движения). Символизм психически больного принципиально отличается тем, что он вкладывает в те или иные знаки, рисунки, цвета особый смысл, понятный только ему. Это могут быть хорошо известные слова, которые используются в необычном значении, из-за чего смысл сказанного становится непонятным. Нередко выдумывают собственные слова – *неологизмы*, отсутствующими в обычном словаре, созданными самим больным и не обладающими общепринятым смыслом.

Аутистическое мышление - характеризуется отрывом от окружающей реальности, погружением в мир воображения, собственных фантастических переживаний. Больные не интересуются практической значимостью своих идей, обдумывают мысли, очевидно противоречащие действительности, делая из них бессмысленные выводы. Пациентов не волнует мнение окружающих, они малоразговорчивы, скрытны. А внутри охвачены фантастическими, абстрактными, философскими переживаниями, которые иногда излагают письменно.

Патологические суждения и умозаключения представляют собой нарушение содержания мышления. К расстройствам содержания мышления относят бред, навязчивые, сверхценные, доминирующие, бредаподобные и бредовые идеи.

Навязчивые идеи. К категории навязчивых состояний относятся навязчивые мысли, сомнения, воспоминания, представления, желания, страхи, действия. Они возникают в сознании человека произвольно и препятствуют нормальному течению мыслительного процесса. Больные понимают их ненужность, болезненность и пытаются избавиться от них. Навязчивые явления разделяются на три группы:

1 - отвлеченные, т.е. не вызывающие яркой эмоциональной окраски навязчивые идеи,

2 - образные, с тягостными, эмоционально отрицательно окрашенными переживаниями и

3 - фобические, навязчивые страхи.

Наиболее частые варианты фобий: клаустрофобия (страх закрытых пространств), агорафобия (страх толпы и открытых площадей), мизофобия (страх загрязнения и заражения), танатофобия (страх смерти), нозофобия (страх заболевания: канцерофобия, СПИДОФобия, сифилофобия, кардиофобия), социофобия (страх публичных выступлений), акрофобия (страх высоты), ксенофобия (боязнь иностранцев), зоофобия (боязнь животных: собак, змей, пауков и др.), панфобия (страх всего).

Сверхценные идеи - представляют собой аффективно насыщенные стойкие убеждения и представления. Они захватывают сознание целиком и надолго. Тесно связаны с реальностью и отражают личностные оценки больного и его устремления.

Сверхценные идеи по своему содержанию не являются нелепыми, они не носят характера чуждости в отношении личности. Патологичность сверхценных идей заключается не в их содержании, а в том непомерно большом месте, которое они занимают в психической жизни, чрезмерном значении, которое им придается.

Доминирующие идеи - это мысли связанные с реальной ситуацией, преобладающие в сознании человека на определенном промежутке времени и мешающие сосредоточиться на текущей деятельности.

Бредоподобные идеи - являются ложными умозаключениями, связанными с расстройствами воли, влечений, эмоциональными нарушениями. Они характеризуются отсутствием тенденции к

систематизации, кратковременностью существования и возможностью частичной коррекции путем разубеждения.

Признаки, по которым можно их дифференцировать со сверхценными, доминирующими и навязчивыми идеями:

- это ложные суждения или умозаключения, находящиеся в противоречии с действительностью,
- возникают на патологически измененной почве (то есть наблюдаются только в болезненном состоянии),
- в своем развитии подчинены законам «кривой логики»,
- не поддаются психологической коррекции,
- при полном отсутствии критики к ним у больного.

Бредовое восприятие - правильное сенсорное восприятие, внезапно приобретающее совершенно новый смысл или особое значение, обычно апокалептическое, мистического или угрожающего характера.

Бред – ложное, непоколебимое убеждение, касающееся себя и/или окружения, которое не отвечает реальности и не разделяется другими людьми сходного социокультурального происхождения. Больной стойко убежден в этом, вопреки очевидности, этому противоречащей. Эта патологическая убежденность может выражаться в идеях преследования, отношения, слезки, ревности, в сознании собственной важности и превосходства, либо эти идеи касаются собственной идентичности или внешнего вида.

В соответствии с доминирующими эмоциями выделяют три группы фабул бреда: идеи величия (богатства, изобретательства, реформаторства, высокого происхождения, любовный), идеи депрессивного характера (самоуничужения, самообвинения, греховности, ипохондрический, дисморфоманический) и бред преследования (*персекуторный*) бред (отношения, отравления, ущерба, воздействия, сутяжный, инсценировки, ревности). Различные варианты персекуторного бреда связаны с преобладанием у пациентов тревоги или страха, нередко определяют агрессивное поведение больных, что обуславливает их недобровольную госпитализацию. Особую опасность представляет «преследуемый преследователь», когда сам больной начинает активно преследовать выдуманного обидчика.

Выделяют *первичный* бред - самостоятельное расстройство сферы мышления, не связанное с другими симптомами психических расстройств, не сопровождается галлюцинациями. Такой бред- важнейшее проявление паранойяльного синдрома.

Вторичный бред возникает как следствие нарушения других сфер психики (галлюцинаций, расстройств сознания, памяти, интеллекта). Причиной появления у пожилых бреда материального ущерба нередко служат расстройства памяти.

Для понимания динамики бреда важно его разделение на *систематизированный* и *несистематизированный* (отрывочный).

Систематизированный бред указывает на длительный *хронический* характер течения психоза. Но по мере прогрессирования болезни наступает фаза *распада бредовой системы* и она вновь теряет систему. Остро возникший бред всегда лишен стройной системы. От хронических несистематизированных идей он отличается яркими эмоциональными переживаниями, наличием возбуждения, чувством измененности, инсценировки (дереализации). Такие идеи лучше поддаются лечению, обычно удается добиться выздоровления или хорошей ремиссии.

При *чувственном (образном)* бреде отсутствует четкое понимание происходящих событий. Основой ошибочных суждений являются яркие эмоциональные чувства: тревога, растерянность, недоумение, восторг и нарушения восприятия: иллюзии, галлюцинации, дереализация-деперсонализация.

В отличие от чувственного бреда *интерпретативный бред* (толкования) больные вполне четко понимают суть событий, связанных с бредом. У них, как правило, отсутствует патология восприятий, и бредовая убежденность возникает из предвзятой, паралогичной трактовки реальных фактов. Он всегда рассматривается как систематизированный.

По степени размаха бреда различают *бред малого размаха* (бред бытовых отношений), характерный для пожилого возраста, и *мегаломанический бред* (бред громадности). Мегаломанический ипохондрический бред проявляется ощущением, что «все нервы атрофировались», «внутренности сгнили», «я умер - осталась лишь оболочка» (нигилистический бред). Он наблюдается при синдроме Котара.

Индукцированный бред – это бред, возникший как результат общения человека с близким родственником, страдающим психическим заболеванием (индуктором). Бредовые идеи присущие индуктору довольно правдоподобные, обыденные принимаются индукцируемым на веру без критической обработки. Этому способствует высокий авторитет и активность индуктора, ситуация изоляции, определенный тесный контакт между ними, врожденные психические аномалии индукцируемого (инфантильность, дебильность, внушаемость, истерические черты). Подобный бред всегда нестойк и быстро проходит при изоляции их друг от друга.

О *резидуальном бреде* говорят, если после перенесенного острого психоза (чаще с помрачением сознания) на некоторое время сохраняется непоколебимая уверенность в реальности происходивших в воображении событий. Этому способствует обилие ярких истинных галлюцинаций в структуре перенесенного бреда.

От собственно бреда надо отличать *бредоподобные фантазии* у лиц с впечатлительным, демонстративным характером (при истерической психопатии). Больные прекрасно понимают, что излагаемые факты не могут быть в действительности, но не признают их вымыслом, видя какое яркое впечатление они производят на собеседников.

Нелепые трудно коррегируемые идеи могут возникать у больных с задержкой интеллекта. В таком случае обычно говорят не о бредовых, а о

примитивных идеях. Мнения, услышанные от окружающих, мысли, вычитанные в газетах, книгах, применяются без учета ситуации, под сложными наукообразными терминами кроется полное непонимание смысла. Примитивные идеи обычно отличаются стереотипностью.

Начальной стадией формирования бредового синдрома является *бредовое настроение*, которое выражается в чувстве неопределенного внутреннего беспокойства, в тревожном предчувствии беды, появляется настороженность, подозрительность, уверенность, что вокруг происходят опасные изменения. *Бредовое восприятие* – такое восприятие окружающего, когда, наряду с обычным восприятием реально существующего объекта, появляется необычная, странная, не связанная логически с реальной действительностью идея с характером особого отношения к больному. Приобретая более очерченную форму, бредовое восприятие превращается в *бредовое толкование*, которое проявляется в том, что больной начинает толковать события, факты, слова окружающих в бредовом плане, но еще не связывает свои болезненные умозаключения в единую систему. В дальнейшем происходит оформление бредовых соображений в *систему бредовых идей*. Этот этап называется «кристаллизацией бреда».

Система бредовых идей формируется в закономерной последовательности и проходит через три этапа: паранояльный, параноидный, парафренный.

Паранояльный этап - монотематический, систематизированный бред толкования, при отсутствии нелепых суждений и галлюцинаций, положительно эмоционально окрашенный. Паранояльный бред может быть представлен бредовыми идеями сутяжничества, изобретательства, реформаторства, высокого происхождения, реже идеями отношения, ревности, ипохондрическими и пр.

Параноидный этап - характеризуется наличием бредовых идей преследования, воздействия, отравления, которые сочетаются с галлюцинаторными расстройствами. Бредовые переживания эмоционально отрицательно окрашены, политематичны, по мере течения заболевания становятся все более нелепыми и отрывочными, теряется их конкретная направленность.

Парафренный этап отличается нелепым, фантастическим, глобального масштаба бредом величия, сочетающегося с нарушением ассоциативного процесса.

По механизму возникновения выделяют первичный бред, обусловленный нарушением умозаключений и суждений и вторичный, чувственный бред, возникающий на основе галлюцинаторных, аффективных и др. переживаний.

Синдром **Кандинского-Клерамбо** характеризуется совокупностью взаимосвязанных симптомов:

- псевдогаллюцинации,
- бред преследования и воздействия,
- психические и физические автоматизмы.

Выделяют идеаторные автоматизмы: насильственно возникающий наплыв мыслей; возникновение чужих, сделанных мыслей; симптомы открытости и отнятия мыслей; звучания мыслей или повторения собственных или сделанных мыслей. Сюда включаются следующие феномены.

Эхо мыслей - ощущение, что собственные мысли повторяются или отдаются эхом (но не произносятся вслух) с интервалом в несколько секунд между мыслью и ее эхом. Повторяемая мысль, несмотря на идентичность содержания, может быть изменена качественно. Это явление должно быть отдифференцировано от вербальных слуховых галлюцинаций, повторяющих мысль больного. При «эхо – мыслей» сами повторы воспринимаются как мысль.

Вкладывание мыслей - переживаемые собственные мысли осознаются как чужие или внедренные в мозг извне. Вопреки убеждению, что мысли не его собственные, индивид не может понять, откуда пришли чужие мысли. Убеждение в том, что мысль чужого происхождения, часто возникает одновременно с ощущением вкладывания мыслей.

Отнятие мыслей - ощущение, что собственные мысли отбираются или присваиваются внешней силой, так что индивид не имеет мыслей. Как и при вкладывании мыслей, индивид убежден в чужеродном происхождении вмешательства, и это убеждение часто возникает одновременно с ощущением отнятия мыслей.

Передача (открытость) мыслей - ощущение, что собственные мысли истекают из мозга, так что ими можно поделиться с другими людьми или сделать публичным достоянием.

Сенестопатический автоматизм выражается в разнообразных, крайне неприятных тягостных ощущениях, которые возникают с чувством, что они специально кем-то вызваны с целью воздействия. Кинестетический (речедвигательный) автоматизм представляет собой отчуждение движений и действий, которые осуществляются не по собственной воле, а в результате воздействия со стороны.

Физический автоматизм – расстройство, при котором больной совершает действия, расцениваемые им самим, как насильственные, навязанные извне.

Синдромы нарушения мышления.

Обсессивно-фобический синдром – широкий круг навязчивых явлений нередко с ритуалами.

Дисморфоманический (дисморфобический) – тягостные переживания по поводу физического недостатка или уродства с нелепыми идеями, явно противоречащими действительности.

Ипохондрический синдром - необоснованное беспокойство о собственном здоровье, с постоянными мыслями о мнимом соматическом расстройстве, с непоколебимой уверенностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания.

Синдром **Котара** - нигилистический бред громадного масштаба в сочетании с ипохондрическими бредовыми идеями и идеями собственной греховности.

Синдром **Капгра** - больные с этим синдромом утверждают, что они постоянно или периодически встречаются с двойником кого-то из близких людей. Синдром *положительного двойника* - когда больной узнает в окружающих своих родственников и *отрицательного двойника*, когда, наоборот, близкие люди являются чужими, только «загримированы» под родных.

Близким к синдрому Капгра является синдром **Фреголи** – больной убежден, что его преследователи постоянно меняют внешность и пытаются их узнавать в любом окружающем. Для этого психического феномена характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах.

Бред положительного двойника заключается в том, что больной ранее незнакомых ему людей считает своими родственниками или близкими знакомыми. При бреде отрицательного двойника больной начинает считать чужими ранее хорошо ему знакомых людей.

Бред *интерметаморфозы* проявляется в высказываниях больного о том, что окружающие его люди подверглись каким-то значительным внешним или внутренним изменениям.

Бред интерметаморфозы предполагает не столько изменение внешности, сколько внутренней сущности людей и предметов.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный вариант из предложенных:

1. Медленную тягучую речь, изобилующую отступлениями и несущественными подробностями, следует назвать *{замедлением мышления, Патологической вязкостью, резонерством, шпerrунгом, симптомом открытости}*.
2. Резонерство рассматривается как утрата способности *(к абстрактному мышлению, отличать главное от второстепенного, мыслить целенаправленно, концентрировать внимание)*.
3. Речевые стереотипии обычно рассматривают как признак *(мании, депрессии, расстройства сознания, деменции)*.
4. Продуктивным расстройством является *(идеаторный автоматизм, разорванность, резонерство, патологическая обстоятельность, символическое мышление)*.
5. Проявлением синдрома психического автоматизма является *(аутистическое мышление, резонерство, ментизм, ускорение мышления, бессвязность)*.
6. С инволюционным возрастом связывают появление бреда *(изобретательства, реформаторства, воздействия, материального ущерб, дисморфоманического)*.

7. Несистематизированные бредовые идеи наблюдаются при бреде {остром, хроническом, остром и хроническом).
8. Бред, возникающий на фоне возбуждения, иллюзий и дереализации, следует назвать (систематизированным, первичным, интерпретативным, чувственным).
9. Мегаломанический ипохондрический нигилистический депрессивный бред наблюдается при синдроме (Капгра, Котара, Кандинского -Клерамбо, дисморфоманическом).
10. Сохранение критики отмечается при (бредовых, сверхценных, навязчивых, примитивных) идеях.
11. Опасное поведение характерно для больных с (контрастными навязчивостями, шперрунгом, депрессивным бредом, бредом величия).
12. Страх открытых пространств и толпы называют (агорафобией, клаустрофобией, акрофобией, ксенофобией, танатофобией).
13. К проявлениям синдрома Кандинского—Клерамбо относят (метафизическую интоксикацию, симптом Фреголи, симптом открытости).
14. Вариантом идеаторного автоматизма считают (вербальные псевдогаллюцинации, вербигерации, персеверации, аутистическое мышление, стоячие обороты).
15. Вариантом сенсорного автоматизма считают (истинные галлюцинации, сенестопатии, деперсонализацию, резонерство, психосенсорные расстройства).
16. Синдром психического автоматизма рассматривают как характерный признак {гневливой мании, параноидной шизофрении, генуинной эпилепсии, инволюционной депрессии).
17. Завершающим этапом развития хронического бреда считают (парафренный, паранойяльный, параноидный) синдром.
18. Бред при паранойяльном синдроме возникает (вследствие галлюцинаций, в результате помрачения сознания, на фоне психического автоматизма, на фоне тревоги и растерянности, первично).
19. Обсессивно-фобический синдром (не является нозологически специфичным, характерен для простой шизофрении, обычно возникает вследствие органических заболеваний, является вариантом синдрома психического автоматизма).
20. Острый бред обычно (бывает систематизированным, бывает правдоподобным, возникает первично, включает идеи инсценировки, отличается монотонностью).
21. Отсутствие критики является типичным признаком (невроза, психоза, дефекта, схизиса).
22. Шизофрения может проявляться (невротической, психотической, невротической и психотической) симптоматикой.

ПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Вопросы:

1. Клиническая характеристика врожденного слабоумия, ее степени.
2. Приобретенное слабоумие, ее степени, классификация по МКБ-10.
3. Органический психосиндром, его основные признаки.
4. Формы и клинические проявления деменций, их разновидности.

Интеллект - сложное комплексное понятие, объединяющее способность человека к суждениям и умозаключениям, накоплению знаний и практическому их применению. В среде психологов и психиатров не существует однозначного понимания того, что следует называть интеллектом. При исследовании интеллекта обычно анализируют множество функций: мышление, счет, понимание речи, пространственную ориентацию, словарный запас, обнаружение сходства и различия и др. Кроме приобретенных в процессе воспитания способностей, каждый человек характеризуется определенным уровнем общего интеллекта, от которого зависит как он адаптируется к окружающей среде. Большинство современных шкал интеллекта ориентируются на коэффициент интеллекта IQ. Он должен соответствовать различным возрастным периодам. Для определения IQ у взрослых применяются батареи тестов, например Векслера.

Интеллект в собственном смысле – это развивающаяся параллельно с формированием ЦНС способность находить существенные связи между предметами и явлениями, умение понимать и предвидеть действительность.

В психиатрии различают две основные формы патологии интеллекта:

- 1) врожденное слабоумие - олигофрения,
- 2) приобретенное слабоумие - деменция.

Олигофрения (малоумие), врожденное или рано приобретенное (в первые три года жизни) слабоумие, выражающееся в недоразвитии психики в целом, преимущественно интеллекта. Важной особенностью олигофрении является отсутствие прогрессирования. Динамика болезни оценивается как эволюционная, т.е. в процессе взросления происходит, хотя и медленное, но постоянное приобретение новых навыков и способностей, накопление некоторого опыта, способствующей частичной адаптации в специально созданных условиях. Степени выраженности олигофрении: *дебильность, имбецильность, идиотия*.

Дебильность – легкая умственная отсталость со склонностью к конкретно-ситуационному мышлению. Резкое снижение способности к формированию отвлеченных понятий нивелируются у этих больных неплохой памятью, развитой речью и высокой способностью к подражанию. Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и

домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особенными проблемами являются чтение и письмо. Тем не менее, при легкой умственной отсталости значительную помощь может дать образование, предназначенное для развития их навыков и проявления компенсаторных возможностей. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. В социо-культуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы. Тем не менее, если наряду с этим отмечается заметная эмоциональная и социальная незрелость то проявятся и последствия ограничения социальной роли, например, неспособность справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью или воспитанием детей или затруднения в адаптации к культуральным традициям и нормам. Предоставленные сами себе, больные нередко попадают под влияние асоциальной компании, злоупотребляют алкоголем, совершают правонарушения.

При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50-69.

Умеренная умственная отсталость – *имбецильность*. У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди в общем полностью мобильны и физически активны и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях. Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 21 до 49. Для этой группы характерны расхождения в профилях тестирования способностей, когда у некоторых лиц достигаются высокие уровни по тестам на оценку зрительно-пространственных навыков по сравнению с результатами заданий, зависящих от развития речи, а в

других случаях значительная неуклюжесть сочетается с радостью от социального взаимодействия и простой беседы.

Глубокая умственная отсталость – *идиотия*. У больных этой группы коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что пациенты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или мало способны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Олигофрения - клинически однородная группа расстройств, различных по этиологии, но объединенных двумя обязательными признаками: психическое недоразвитие характеризуется преобладанием интеллектуальной недостаточности и отсутствует прогрессивность, указывающая на наличие текущего патологического процесса.

Психоорганический синдром характеризуется триадой, описанной Walter –Buel (Вальтер - Бюэлем):

- нарушения понимания,
- эмоционально-волевые расстройства,
- нарушения памяти.

Этот вид расстройства наблюдается при органическом поражении головного мозга вследствие инфекционного, токсического, травматического воздействия. Это, как правило, необратимое состояние.

Варианты психоорганического синдрома по критериям тяжести и доминирующего расстройства:

- церебрастенический,
- неврозоподобный,
- гипердинамический,
- психопатоподобный,
- Корсаковский синдром,
- псевдопаралитический синдром,
- деменция.

Приобретенное слабоумие (**деменция**) характеризуется общей деградацией психической деятельности, приобретающей специфические черты в зависимости от характера патологического процесса, лежащего в основе ее формирования. Признаками деменции являются потеря накопленных способностей и знаний, общее снижение продуктивности психической деятельности, изменение личности. При развитии деменции прежде всего страдает память, творческое мышление, затем нарушается способность к абстрактным суждениям и в конце концов оказывается невозможным выполнение простых задач. Необходимо учитывать, что иногда даже глубоко слабоумные больные могут обладать достаточным словарным запасом и сохранять многие практические навыки. Динамика деменции бывает различной. При опухолях мозга, атрофических

заболеваниях и атеросклерозе постоянно нарастает дефект психики. В случае посттравматической и постинсультной деменции возможно восстановление некоторых психических функций в первые месяцы заболевания и сохранение стабильного характера симптомов на протяжении многих последующих лет. Но полное выздоровление уже невозможно.

По степени тяжести выделяют деменцию с наличием критики к имеющимся расстройствам, деменция с отсутствием критики и деменция с распадом ядра личности.

Критерии деменции по МКБ – 10.

1) Ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушаться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала. Снижение памяти должно подтверждаться объективно надежным анамнезом от информанта и, по возможности, дополняться данными нейропсихологического тестирования или количественной оценки когнитивных способностей.

Уровни выраженности ухудшения памяти следует оценивать следующим образом: (пороговое диагностическое значение имеет легкое нарушение памяти):

Легкое расстройство памяти. Повседневная деятельность затруднена, хотя все же возможно независимое проживание. Нарушено главным образом усвоение нового, материала. Например, могут отмечаться трудности в повседневной жизни в фиксации, хранении и воспроизведении, касающиеся местонахождения бытовых предметов, социальных договоренностей или информации, полученной от родственников.

Умеренное расстройство. Нарушение памяти представляет собой серьезное препятствие для повседневной жизни. Удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый материал. Новая информация удерживается лишь случайно или на очень короткое время. Больной не в состоянии вспомнить основные сведения о том, где он живет, что он недавно делал или как зовут его знакомых.

Тяжелое расстройство. Эта степень нарушения памяти характеризуется полной неспособностью усвоенной информации. Больной не в состоянии узнать даже близких родственников.

2) Снижение других когнитивных способностей характеризуется ослаблением критики и мышления, например, в планировании и организации, а также ухудшением общей обработки информации.

Подтверждение этому должно основываться, если возможно, на данных объективного анамнеза и по возможности дополняться нейропсихологическими тестами или количественными, объективными оценками. Должно устанавливаться ухудшение по сравнению с предыдущим более высоким уровнем продуктивности.

Степень снижения должна оцениваться следующим образом (пороговое диагностическое значение имеет легкое нарушение):

Легкое нарушение. Снижение когнитивных способностей вызывает нарушение продуктивности в повседневной жизни; не обуславливая, однако, зависимости больного от других. Невозможны более сложные повседневные задачи и формы досуга.

Умеренное нарушение. Снижение интеллектуальных способностей делает невозможным функционирование в повседневной жизни без посторонней помощи, включая покупки в магазинах и обращение с деньгами. В пределах дома может выполняться лишь простая работа. Интересы очень ограничены и поддерживаются плохо.

Тяжелое нарушение. Ухудшение характеризуется отсутствием или фактическим отсутствием разумного мышления.

Общая тяжесть деменции лучше всего определяется уровнем нарушения памяти или интеллекта, в зависимости от того, что более выражено (например, при легком расстройстве памяти и умеренном интеллектуальном нарушении деменция оценивается как деменция умеренной тяжести).

3). Снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения проявляющееся минимум одним из следующих признаков:

- эмоциональная лабильность
- раздражительность
- апатия
- огрубение социального поведения

Органическое слабоумие наблюдается при самых различных заболеваниях, приводящих к нарушению структуры мозга и массовой гибели нейронов. Общим признаком этих заболеваний являются грубые нарушения памяти и выраженное снижение способности к пониманию (абстрактному мышлению).

Лакунарное (дисмнестическое) слабоумие проявляется в первую очередь расстройством памяти. Способность к формированию понятий и суждений нарушается значительно позже. Профессиональные знания и автоматизированные навыки могут у таких больных сохраняться долго. У них присутствует критика, понимают, что больны, стесняются своей беспомощности. Причинами такого слабоумия бывают сосудистые процессы, диабетическая микроангиопатия, сифилитический артрит. На фоне изменений в состоянии кровоснабжения мозга у больных часто отмечается колебание тяжести состояния и могут быть короткие периоды некоторого улучшения.

Тотальное (глобальное) слабоумие проявляется первичным повреждением способности к логике и пониманию действительности. Нарушения памяти развиваются медленно и могут стать заметными только на поздних этапах заболевания. Отмечается резкое снижение или полная утрата критики. Патологический процесс затрагивает нравственные стороны личности: исчезают чувство долга, деликатность, корректность, вежливость, стыдливость. Больные становятся непохожими на себя – происходит

разрушение «ядра личности». Причиной такого слабоумия является непосредственное поражение вещества мозга: опухоль, травма (небольшое локальное поражение лобных долей) или диффузный процесс, например дегенеративные заболевания: болезнь Альцгеймера, Пика, Крейтцфельда-Якоба, менингоэнцефалит, энцефалопатия вследствие интоксикации, повешения, у больных прогрессивным параличом. Динамика данных забоеваний не предполагает каких-либо улучшений. Возможно стабильное состояние или неуклонное нарастание симптомов.

Эпилептическое (концентрическое) слабоумие по сути является разновидностью органического слабоумия.

Шизофреническое же слабоумие существенно отличается от органического. Тут практически не нарушены запоминание и понимание. Причиной низкой продуктивности и беспомощности становятся нарастающая пассивность и равнодушие. Т. о., деменция при шизофрении носит вторичный характер.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный вариант из предложенных:

1. признаком патологии считается IQ ниже (70, 80, 90, 100)%.
2. При острых психозах с продуктивной симптоматикой интеллект (*не изменен, снижен, временно отсутствует, оценивать нельзя*).
3. Одно из заданий, используемых для оценки интеллекта у взрослого, это- (*умножить 5 на 5, перечислить дни недели, сравнить два понятия, посчитать пальцы на руках, назвать президента страны*).
4. Утверждение, что 1 кг пуха легче 1 кг гвоздей указывает на (*паралогичное, символичное, конкретное, абстрактное*) мышление.
5. У больных олигофренией IQ с возрастом (*повышается, снижается, существенно не меняется*).
6. Больные с имбецильностью могут (*самостоятельно одеваться, складывать однозначные числа, читать по слогам, работать дворником, выполнять все перечисленные операции*).
7. Больные с дебильностью преимущественно проживают и воспитываются (*в ПБ, в интернатах для психических больных, в специальных детских домах, в собственной семье*).
8. Точнее всего олигофрению можно определить как (*врожденное отсутствие, тяжелую потерю, недоразвитие, прогрессирующее снижение*) интеллекта.
9. При органическом повреждении лобных долей мозга обычно развивается (*лакунарная, тотальная, концентрическая, шизофреническая*) деменция.
10. К органическому слабоумию не следует относить (*дисмнестическую,*

глобальную, эпилептическую, шизофреническую) деменцию.

11. Главной чертой шизофренического слабоумия является расстройство *(памяти, абстрактного мышления, воли и эмоций, сознания, критики).*
12. Изменения личности при лакунарном слабоумии *(отсутствуют, выражаются в апатии и абулии, проявляются заострением прежних черт, сопровождаются нарастанием эгоцентризма, достигают степени распада «ядра личности»).*
13. Типичной причиной лакунарного слабоумия считают *(опухоли лобных долей, локальные инсульты, диффузные ангиопатии, прогрессирующий паралич).*
14. Типичной причиной тотального слабоумия считают *(генуинную эпилепсию, повторное сотрясение мозга, церебральный артериосклероз, дегенеративные процессы).*

РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ И НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Вопросы:

1. *Внимание, определение, разновидности видов внимания.*
2. *Диагностические критерии расстроенного сознания.*
3. *Клиническая характеристика количественных форм расстройства сознания (стадии оглушения).*
4. *Клиническая характеристика качественных форм нарушений сознания (делирий, аменция, онейроид, сумерки).*

Адекватное восприятие и понимание реальности невозможно без определенного уровня бодрствования. При этом между состоянием глубокого сна и ясным сознанием можно обнаружить множество фаз, при которых окружающее воспринимается фрагментарно и не может быть правильно осмыслено.

Сосредоточенность и направленность психической деятельности на определенный объект связывают с функцией **внимания**, при этом другие объекты перемещаются на периферию сознания. Различают *активное* внимание, которое человек намеренно концентрирует на объектах, необходимых для его деятельности, и *пассивное*, которое позволяет получать информацию обо всем происходящем вокруг. Пассивное внимание обеспечивает безопасность человека, и поэтому его усиление способствует повышению тревоги и усиливает отвлекаемость. Нарушение сознания всегда сопровождается нарушением внимания, особенно активного.

Понятие **сознания** отличается большей многозначностью и употребляется в различных значениях в психологии, физиологии,

философии. В большинстве случаев под этим термином понимают способность воспринимать себя и внешний мир во всей целостности событий. Такое широкое определение предполагает, что любое психическое расстройство в той или иной мере приводит к ухудшению сознания. Однако, в практической медицине в первую очередь необходимо своевременно диагностировать ряд острых преходящих расстройств с грубым нарушением способности воспринимать и понимать окружающий мир, которое обозначается термином **«нарушения сознания»**.

Структура сознания складывается из сознания своего «Я» и предметного сознания, отражающего объекты окружающего мира и ориентировку в месте и времени.

С клинической точки зрения к расстройствам сознания относятся состояния, характеризующиеся нарушением ориентировки во времени, месте, окружающей обстановке и в ряде случаев в собственной личности.

Для определения состояния расстроенного сознания чаще всего используют набор критериев, предложенных немецким психиатром К. Ясперсом.

Критерии диагностики состояний расстроенного сознания:

- дезориентировка во времени, месте, окружающей обстановке (аллопсихическая ориентировка), отрешенность от окружающего мира (затруднение или полная невозможность восприятия окружающего),
- нарушение ориентировки в собственной личности (аутопсихическая ориентировка),
- мышление в той или иной степени нечетко, бессвязно или утрачено,
- нарушение памяти (амнезия) на период психоза.
- ограниченность во времени (от нескольких часов, дней, недель до (в редких случаях) нескольких месяцев).

Ключевым симптомом нарушения сознания является отрешенность. Другие признаки не являются специфичными только для нарушения сознания и могут наблюдаться при самых различных синдромах.

Нечеткость мышления больных с нарушениями сознания не позволяет им стройно рассуждать, решать логические задачи, устанавливать связи между явлениями. Такие больные производят впечатление слабоумных, т.к. не справляются с простейшим счетом, не могут последовательно излагать свои мысли. Крайняя степень нарушения мышления является *бессвязность* (инкогеренция), когда речь распадается и превращается в *«словесную крошку»*. В отличие от слабоумия такая симптоматика обратима.

К. Ясперс разделил все нарушения сознания на:

- состояния *оглушенности*, или снижение уровня (выключение) сознания,
- помрачение сознания и
- состояние измененного сознания.

Выключение сознания – это бесконечный ряд состояний между ясным сознанием и его отсутствием (комой).

Помрачения сознания представляют собой ряд острых психозов с яркой продуктивной симптоматикой.

Состояния измененного сознания существенно изменяет способность воспринимать себя и внешний мир, но полностью не утрачивается. Так, отдельные объекты чрезвычайно привлекают внимание, меняют некоторые свои качества (психосенсорные расстройства), теряют естественность (дереализация), могут приобретать необычную яркость и живость. Все другие объекты не замечаются и не запечатлеваются в памяти. К таким состояниям относятся «особые состояния сознания», параксизмально возникающие. Сходные изменения сознания наблюдаются при гипнозе и приеме психотомиметических средств.

Ослабление интенсивности сознания происходит при *синдроме оглушения*. Наблюдается повышение порога для всех раздражителей, замедляется и затрудняется образование ассоциаций, восприятие и переработка впечатлений. Окружающая обстановка не привлекает внимания и не замечается. Сложные вопросы не осмысливаются. Больные отвечают с трудом, односложно, непоследовательно, движения замедлены.

По степени глубины оглушения выделяют:

- *обнубиляция («облачко»)* - легкая степень оглушенности, когда больные сохраняют некоторую активность, но производят впечатление отрешенности, погруженности в себя, состояние колеблется от полной ясности сознания до «загруженности»;
- *сомноленция («сонливость»)*- более глубокая степень нарушения сознания, когда слабые раздражители остаются незамеченными и воспринимаются только очень интенсивные, предоставленные себе больные все время спят;
- *собственно оглушение* - наиболее выраженная степень оглушения, еще возможен краткий словесный контакт;
- *сопор* – состояние глубокого оглушения, при котором с больным совершенно невозможно вступить в контакт. Больные в сопорозном состоянии могут лишь проявлять малодифференцированные и очень кратковременные реакции на сильные раздражители. Болевая чувствительность, конъюнктивальные и зрачковые рефлексы сохраняются.
- *кома* - характеризуется полным отсутствием реакции на внешние раздражители. Исчезает болевая чувствительность. Зрачковые, конъюнктивальные и корнеальные рефлексы очень слабые, либо не вызываются. Появляются патологические рефлексы. Этиология ком экзогенная (инфекции, интоксикации, метаболические комы, соматогенные, травматические и т.п.).

Качественные формы нарушения сознания.

Делирий - характеризуется наплывом ярких, преимущественно зрительных иллюзий и галлюцинаций на фоне ложной ориентировки в

окружающем, при этом ориентировка в собственной личности остается ненарушенной. Эмоциональное состояние и поведение больного зависят от характера галлюцинаторных переживаний. Продолжительность делирия от нескольких часов до нескольких дней. Воспоминания о пережитом отрывочные, в памяти остаются преимущественно болезненные переживания, на основе которых может формироваться резидуальный бред.

В динамике делирия выделяют стадии: простой делирий, профессиональный, мусситирующий.

Термин *делирий* используется для описания *состояния флюктуирующей органической психической спутанности, обычно с острым началом (в течение нескольких часов) и относительно коротким течением (дни)* (Американская психиатрическая Ассоциация 1985, Всемирная Организация здравоохранения, 1987).

Он характеризуется общим нарушением церебральных функций со следующими признаками:

1) изменением активности, бодрствования и уровня сознания с неспособностью к концентрации и сохранению внимания, изменениями в цикле сон/бодрствование, либо различными степенями проявлений ;

2) расстроеным восприятием и мышлением - обычно со страхом и элементами идей преследования

3) моторными расстройствами - такими, как тремор и дизартрия;

4) вегетативными расстройствами - повышенное потоотделение, тахикардия, спонтанная эрекция, зрачковые нарушения.

Выделяют следующие общие характеристики делирия:

1. *Общемозговая природа*: делирий можно рассматривать, как токсический или метаболический дефект, проявляющийся в большей степени со стороны центральной нервной системы (хотя и не только). Общемозговой дефект отличается от состояний, вызванных фокальным (и локализованным) повреждением церебральной функции, например, так, как происходит при преходящей общей амнезии.

2. *Флюктуация*: Определенный уровень флюктуации настолько характерен, что диагноз может быть подвергнут сомнению, если не отмечается изменения глубины нарушений.

3. *Обстоятельства начала*: делирий почти всегда начинается остро и в контексте остро развившегося заболевания.

Термин «делирий» не должен использоваться, как показатель тяжести имеющегося психического нарушения (как это используется в обыденной жизни), но как указание на тип нарушения: острый, глобальный, изменчивый.

Критерии делирия в классификации МКБ – 10:

А. Расстройство сознания, т.е. снижение ясности осознания окружающего с уменьшением способности направлять, концентрировать, поддерживать или переводить внимание.

Б. Нарушение когнитивной деятельности, проявляющееся обоими признаками:

1) нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительно сохранной памятью на отдаленные события;

2) дезориентировка во времени, в месте или в своей личности.

В. Минимум одно из следующих психомоторных расстройств:

1) быстрые непредсказуемые переходы от гипоактивности к гиперактивности;

2) замедление реакций;

3) ускорение или заторможенность речи;

4) повышенный рефлекс четверохолмия.

Г. Расстройство цикла сон-бодрствование, определяемое минимум по одному из следующих признаков:

1) бессонница, которая в тяжелых случаях заключается в полной потере сна, с наличием или отсутствием сонливости в дневное время или инверсия цикла сон-бодрствование;

2) утяжеление симптоматики в ночное время;

3) беспокойные сны и кошмары, которые после пробуждения могут продолжаться в форме галлюцинаций и иллюзий.

Д. Быстрое развитие и суточные колебания симптоматики.

Аменция (спутанность) - глубокое нарушение сознания, с неспособностью осмыслить ситуацию в целом, с дезориентировкой как в собственной личности, так и в окружающем. Продолжительность от нескольких недель до нескольких месяцев. Аментивный синдром отличается меньшей вариабельностью и специфичностью проявлений в зависимости от этиологического фактора (инфекции, интоксикации, соматогении). Появлении аменции говорит об истощении организма.

Онейроид - сновидное помрачение сознания, характеризующееся яркостью и сценичностью галлюцинаторных фантастических переживаний. Больные дезориентированы во времени и окружающей обстановке, возможна *двойная ориентировка* в собственной личности и окружающей обстановке. Продолжительность от нескольких недель до нескольких месяцев. О пережитом сохраняются обычно отрывочные переживания. Почти всегда присутствуют проявления кататонического синдрома: мутизм, стереотипное раскачивание, негативизм, восковая гибкость, импульсивные поступки. Могут быть псевдогаллюцинации. Состояние может растянуться на несколько недель.

Чаще всего онейроид – проявление острого приступа шизофрении. Но может вызываться экзогенными и соматогенными факторами. Тогда они занимают промежуточное положение между делирием и онейроидом. Среди экзогенных психозов более всего картине типичного онейроида соответствуют феномены, наблюдаемые при приеме галлюциногенов (ЛСД, гашиш, кетамин) и гормональных препаратов (например, кортикостероидов).

Сумеречное состояние – психоз, развивающийся по типу эпилептиформного пароксизма, т.е. характеризуется внезапным началом, относительно короткая продолжительность (от десятков минут до

нескольких часов), критическим окончанием и полной амнезией переживаний.

Сознание суживается на ограниченном круге переживаний, фрагментарно, часто извращенно оцениваются отдельные явления из окружающего и реагируют на них извращенным образом. Устрашающие галлюцинации, возникающие в измененном сознании, на фоне аффективной напряженности влекут за собой опасные или нелепые поступки. Аффект нередко характеризуется злобностью и агрессивностью. По окончании психоза никаких воспоминаний не остается: больные не помнят ни своих действий, ни поступков окружающих. В некоторых случаях психоз завершается глубоким сном.

Наблюдается при экзогенном типе реакций – в остром периоде инфекционных, интоксикационных психозов, либо как эквивалент эпилептического припадка. И при других органических поражениях мозга (опухоли, церебральный атеросклероз, травмы головы и др.).

Выделяют сумеречные помрачения сознания с яркой продуктивной симптоматикой (бред и галлюцинации) и с автоматизированными действиями (амбулаторные автоматизмы).

В первом случае больные представляют серьезную опасность для окружающих, их агрессивные действия отличаются удивительной жестокостью, нелепостью. Продуктивная симптоматика иногда напоминает картину делирия или онейроида, в связи с чем возможны диагностические ошибки.

Амбулаторные автоматизмы проявляются короткими периодами помрачения сознания с неосознанными автоматизированными действиями и без резкого возбуждения. Больные могут снимать с себя одежду, выходить на улицу, переходить дорогу, задерживаясь перед переходом, купить в кассе билет до какого-то пункта, сесть в поезд (автобус), давать краткие ответы на вопросы окружающих. По выходе из психоза не могут объяснить своих действий, как оказались вдалеке от дома (даже в другом городе). Ничего не помнят.

К разновидностям амбулаторного автоматизма относятся *фуги*, когда больные внезапно срываются с места, бегут, сбрасывают с себя одежду, вращаются на месте в течение 1-2 минут.

Трансы - более продолжительные бессмысленные блуждания: могут уехать в другой город, пропустить ряд остановок на автобусе, попадают на незнакомую улицу и пр. Могут продолжаться несколько часов.

Сомнамбулизм (снохождение) - в детском возрасте не является признаком заболевания. У взрослых - довольно тревожный признак и бывает у больных эпилепсией. Иногда предшествует припадку или бывает сразу после него.

От эпилептических сумерек следует отличать *истерические сумеречные состояния*. Они всегда возникают после психотравмы. Клиника часто принимает самые необычные черты: дурашливость, беспомощность

инфантилизм (синдром Ганзера). Амнезия может быть частичной фрагментарной.

Задания для самоконтроля

Выберите правильный из предложенных вариантов:

1. К признакам нарушений сознания относят (*амбивалентность, галлюцинации, кататоническое возбуждение, дезориентировку, разорванность мышления*).
2. Безусловные рефлексы утрачивают при (*сопоре, коме, обнубиляции, сомноленции, любом синдроме снижения уровня сознания*).
3. Состояния снижения уровня сознания нередко возникают при (*неврозах, МДП, шизофрении, органических заболеваниях ЦНС*).
4. Острым обратимым психозом является (*делирий, онейроид, сумеречное состояние, любой тип помрачения сознания*).
5. Внезапное возникновение и резкое прекращение характерны для (*сопора, делирия, онейроида, сумеречного состояния, любого типа помрачения сознания*).
6. При эпилепсии чаще всего возникает (*оглушение, делирий, онейроид, сумеречное состояние*).
7. Сохранение ориентировки в собственной личности характерно для (*сопора, делирия, онейроида, сумеречного состояния*).
8. Причиной делирия считают (*алкогольное опьянение, кортикальную дегенерацию, острый приступ шизофрении, различные экзогенные и органические поражения мозга*).
9. Причиной онейроида считают (*алкогольное опьянение, кортикальную дегенерацию, острый приступ шизофрении, различные экзогенные и органические поражения мозга*).
10. Смертельный исход возможен при (*делирии, онейроиде, сумеречном состоянии, любом типе помрачения сознания*).
11. Сочетание парейдолических иллюзий со сценopodobными истинными галлюцинациями характерно для (*обнубиляции, делирия, онейроида, сумеречного состояния, любого типа нарушения сознания*).
12. Сумеречные состояния могут возникать при (*истерии, МДП, шизофрении, корсаковском психозе*).
13. Типичная продолжительность делирия – несколько (*минут, часов, дней, недель, месяцев*).
14. Типичная продолжительность сумеречного помрачения сознания – десятки (*минут, часов, дней, недель, месяцев*).

15. При делирии наиболее тяжелые расстройства наблюдаются (*в первый день психоза, в последний день психоза, утром и днем, вечером и ночью*).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Банщиков, В.М. Общая психопатология / В.М. Банщиков, Ц.П. Короленко, И.В. Давыдов. - М.: Медицина, 1971. - 176 с.
2. Бачериков, Н.Е. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков. - Киев.: Здоровье, 1989. - 509 с.
3. Гиляровский, В.А. Психиатрия / В.А. Гиляровский. - М.: Медгиз, 1954. - 520 с.
4. Иванец, Н.Н. и др. Психиатрия и наркология / Н.Н. Иванец // Учебник. - М.-2009.-830с.
5. Ковалев, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985. - 286 с.
7. Коркина, М.В. Психиатрия / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. М.: Медицина, 1998. - 278 с.
6. Снежневский, А.В. Общая психопатология / А.В. Снежневский. М.: Медицина, 1985. - 410 с.