

В.Л. Гавенко, Г.А. Самардакова,
В.И. Коростий, А.М. Кожина,
В.М. Синайко, Т.П. Мозговая,
О.О. Демина

ПРОПЕДЕВТИКА ПСИХИАТРИИ

ВЫСШЕЕ
ОБРАЗОВАНИЕ



Министерство здравоохранения Украины
Харьковский государственный медицинский университет

В.Л. Гавенко, Г.А. Самардакова, В.И. Коростий, А.М. Кожина,
В.М. Синайко, Т.П. Мозговая, О.О. Демина
(под редакцией профессора В.Л. Гавенко)

ПРОПЕДЕВТИКА ПСИХИАТРИИ

Учебное пособие
для студентов медицинских вузов и врачей-интернов

Общая психопатология: учебное пособие для студентов медицинских вузов и врачей-интернов /В.Л.Гавенко, Г.А.Самардакова, В.М.Синайко, А.М.Кожина, В.И.Коростий, Т.П.Мозговая, О.О.Демина (под редакцией профессора В.Л. Гавенко) – Харьков: ХГМУ, 2002. – 176 с.

Рецензенты

- заведующая кафедрой психиатрии Харьковской медицинской академии последипломного образования д.м.н., профессор В.М. Козидубова
- заведующий кафедрой сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования д.м.н., профессор В.В.Кришталь

ВВЕДЕНИЕ

Врач любой специальности должен знать основные психические нарушения, встречающиеся при различных заболеваниях, т.к. многие больные с этими нарушениями обращаются вначале не к психиатрам, а к врачам общей медицинской практики. Умение определить характер этих нарушений, выработать правильную тактику в каждом случае позволяет повысить эффективность терапии этих пациентов

Учебное пособие призвано облегчить студентам подготовку к занятиям по психиатрии, преследуя цель оптимизации учебного процесса. Оно написано с учетом практических задач, которые предстоит решать будущим врачам. Настоящее учебное пособие составлено в соответствии с программой по психиатрии и наркологии, разработанной опорной кафедрой МЗ Украины, кафедрой психиатрии и наркологии Харьковского государственного медицинского университета. В нем пособия в доступной форме изложены основные нарушения психической деятельности, описаны симптомы и синдромы психических болезней.

В отличие от предыдущих, в данном издании освещены критерии современной международной классификации психических заболеваний, приведено описание психопатологических синдромов согласно этим критериям.

Учебное пособие «Пропедевтика психиатрии» дает возможность будущим врачам изучить основы диагностики психических нарушений, освоить психиатрическую терминологию.

В соответствии с требованиями положения о порядке подготовки и издания учебной и учебно-методической литературы для высших медицинских и фармацевтических учебных заведений III-IV уровней аккредитации по каждой изучаемой теме определена цель занятия, содержание, а также контрольные вопросы. В целях повышения успешности усвоения знаний студентами в учебном пособии приведены задачи для самоподготовки, составленные по формату тестовых заданий лицензионного экзамена «Крок-2».

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ. ПРИЧИНЫ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ, ОСОБЕННОСТИ УСТРОЙСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Цель занятия: ознакомление с причинами, классификацией психических нарушений, с особенностями организации психиатрической помощи, особенностями устройства психиатрических учреждений, историей и правовыми вопросами психиатрии.

Содержание занятия

Психиатрия – медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики, лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи.

Психиатрия (греч. *psyche* – душа, *iatreia* – лечение) – лечение души.

Задачи психиатрии:

А) изучение распространенности, условий возникновения, нозологической структуры и клинических особенностей психических заболеваний;

Б) изучение этиологии и патогенеза психических заболеваний;

В) лечение и профилактика психических заболеваний;

Г) социально-трудовая реабилитация больных;

Д) трудовая, судебная и военно-врачебная экспертиза;

Е) проведение санитарно-просветительных и психогигиенических мероприятий в населении.

Психиатрия – неотъемлемая часть медицины, органически связанная со всеми ее разделами. Каждый врач в своей практической деятельности неоднократно будет сталкиваться с различными психиатрическими проблемами. Это обусловлено тем, что при всех заболеваниях у больных возникают те или иные психические нарушения – от непсихотических (чаще всего), до психотических, а иногда и дефектно-органических. Каждый врач обязан адекватно определить регистр этих нарушений и определить свою тактику в каждом конкретном случае.

Все психические нарушения целесообразно делить на 3 группы в зависимости от уровня и глубины расстройств. Это 3 различных регистра психических нарушений: психотический, непсихотический, и дефектно-органический.

Психотическое состояние характеризуется наличием хотя бы одного из следующих признаков: помрачение сознания, бредовые мысли, галлюцинации. При этом больной не может критически оценить свое болезненное состояние, не понимает болезненного характера нарушений.

Непсихотические (пограничные) психические расстройства характеризуются, в основном, нарушением эмоций и двигательно-волевой сферы. Больные критически оценивают свое болезненное состояние, понимая, что они больны.

Дефектно-органические расстройства проявляются нарушениями интеллектуальных функций (памяти и мышления).

Каждый врач должен уметь оказать неотложную помощь при различных острых психотических состояниях, а также проводить необходимые мероприятия с целью профилактики психических нарушений у больных с разными формами патологии.

Основные разделы современной психиатрии

Детская, подростковая и гериатрическая психиатрия изучают особенности клинических проявлений психических нарушений в зависимости от возраста.

Наркология включает диагностику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

Судебная психиатрия разрабатывает основы судебно-психиатрической экспертизы и профилактики общественно опасных действий. В последнее время выделился такой раздел, как пенитенциарная психиатрия, занимающаяся изучением особенностей психических нарушений у лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы.

Социальная психиатрия изучает роль социальных факторов в этиологии, течении, лечении и профилактике психических расстройств.

Психотерапия – изучает различные методы психотерапевтического воздействия на больных.

Психоневрология изучает непсихотические, в основном, невротические нарушения.

Сексопатология изучает профилактику и лечение сексуальных нарушений.

Суицидология изучает причины и разрабатывает меры по предупреждению суицидального поведения.

Военная психиатрия изучает особенности психических нарушений у лиц, несущих военную службу. Близкой к ней является психиатрия катастроф и стихийных бедствий.

В последнее время выделен раздел **экологической психиатрии**, изучающей психические нарушения, возникающие вследствие нарушения экологии.

Научные представления о психических болезнях отражают социально-экономические условия, идеологию, философию и естественнонаучные воззрения того или иного исторического периода. История психиатрии уходит своими истоками в глубь веков. Великий врач древности Гиппократ заложил основы материалистического, естественнонаучного понимания психических заболеваний.

В период средневековья господствующим было утверждение, что любые расстройства психической деятельности не есть болезнь, а являются результатом добровольного общения с дьяволом. Многие психически больные погибали на кострах инквизиции как виновные в колдовстве и богоотступничестве.

Особое значение в развитии психиатрии имели реформы, проводимые в период французской буржуазной революции, когда произошло законодательное изменение положения психически больных. Французский психиатр Ф.Пинель добился у национального конвента права на снятие цепей с душевнобольных. Его ученик и последователь Эскироль узаконил требование об обязательном медицинском осмотре лиц, помещаемых в психиатрические учреждения. Английский профессор Конолли провозгласил принцип нестеснения психически больных. В России отношение к душевнобольным всегда было гуманным, на психически больных смотрели как на провинившихся перед богом, их жалели. Первые организационные формы помощи психически больным в России были осуществлены на 3 века раньше, чем в Европе.

Среди наиболее выдающихся имен отечественных ученых-психиатров следует упомянуть такие: В.Ф.Саблер, А.Ф.Герцог, П.П.Малиновский, В.Х.Кандинский, И.П.Мержеевский, С.С.Корсаков, П.Б.Ганнушкин, Е.К.Краснушкин, В.П.Осипов, В.А.Гиляровский, М.О.Гуревич, В.М.Бехтерев и др.

Большой вклад в развитие отечественной психиатрии внесли ученые украинской школы психиатров, особенно Харьковской. Преподавание психиатрии на медицинском факультете Харьковского университета началось раньше, чем в других университетах – в 1834 г. Вначале курс психиатрии читал профессор П.А.Бутковский, который написал первый славянский учебник психиатрии, а в 1877 г. профессор П.И.Ковалевский организовал самостоятельную кафедру неврологии и психиатрии. Кафедрой психиатрии в Харьковском медицинском институте заведовали ученые, имена которых известны не только в своей стране, но и за рубежом: К.И.Платонов, В.П.Протопопов, Е.А.Попов, Н.П.Татаренко. В Украине работали также и такие ученые, как А.И.Ющенко, Т.И.Юдин, Я.П.Фрумкин, П.В.Бирюкович, И.А.Полищук и др.

Классификация психических заболеваний.

В основе классификаций психических заболеваний лежат различные принципы: этиологический, нозологический и синдромологический.

По этиологическому принципу психические заболевания подразделяются на следующие группы:

1. Экзогенные (вызванные различными патологическими воздействиями извне)
 - a. Инфекционные
 - b. Травматические
 - c. Интоксикационные
2. Соматогении и эндокринопатии (причиной их являются различные внутренние, в том числе и сосудистые, а также эндокринные болезни)
3. Психогении – связанные с различными неблагоприятными психологическими воздействиями
4. Эндогении – заболевания с недостаточно изученной этиологией, в возникновении которых большую роль играет фактор наследственности (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, генуинная эпилепсия)
5. Психозы возраста обратного развития: предстарческие (пресенильные), старческие (сенильные)
6. Аномалии развития личности (олигофрении, психопатии).

В целях облегчения и расширения международного сотрудничества в деле совершенствования диагностики психических болезней в нашей стране последние два десятилетия используется международная классификация болезней, предложенная ВОЗ. В настоящее время используется 10 пересмотр этой классификации (МКБ-10).

Международная классификация психических заболеваний построена по двум принципам – нозологическому и синдромологическому.

- F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
- F00 Деменция при болезни Альцгеймера
- F01 Сосудистая деменция
- F02 Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах (при болезни Пика, Крейцфельдта-Якоба, Гентингтона, Паркинсона, заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ))
- F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами
- F05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами
- F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни (галлюциноз, кататоническое расстройство, бредовое расстройство, аффективные расстройства, тревожное расстройство, диссоциативные расстройства, астенические расстройства).
- F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга
- F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголя, опиоидов, каннабиоидов, седативных или снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов, включая кофеин, галлюциногенов, употребления табака, летучих растворителей).
- F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F20 Шизофрения (параноидная, гебефренная, кататоническая, постшизофреническая депрессия, резидуальная, простая).
- F21 Шизотипическое расстройство
- F23 Острые и транзиторные бредовые расстройства
- F24 Индуцированное бредовое расстройство
- F25 Шизоаффективные расстройства
- F3 Аффективные расстройства настроения
- F30 Маниакальный эпизод
- F31 Биполярное аффективное расстройство
- F32 Депрессивный эпизод
- F33 Рекуррентное депрессивное расстройство
- F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения (циклотимия, дистимия).
- F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- F40 Тревожно-фобические расстройства (агорафобия, социальные фобии, специфические (изолированные) фобии)
- F41 Другие тревожные расстройства (эпизодическая пароксизмальная

- тревога, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство).
- F42 Обсессивно-компульсивное расстройство (навязчивые мысли, обсессивные ритуалы)
- F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации)
- F44 Диссоциативные (конверсионные расстройства) (амнезия, фуга, ступор, трансы и состояния овладения, расстройства моторики, судороги, анестезия, синдром Ганзера, расстройства множественной личности).
- F45 Соматоформные расстройства (соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное, ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, урогенитальной системы, хроническое соматоформное болевое расстройство).
- F48 Другие невротические расстройства (неврастения, синдром деперсонализации-дереализации и др.).
- F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F50 Расстройства приема пищи (нервная анорексия, нервная булимия, рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями)
- F51 Расстройства сна неорганической природы (бессонница, гиперсомния, расстройство режима сна–бодрствования, снохождение - сомнамбулизм, ужасы во время сна, кошмары).
- F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием (сексуальная ангедония, нарушение оргазма, преждевременная эякуляция, вагинизм, диспареуния)
- F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с родами и послеродовым периодом.
- F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (антидепрессанты, слабительные, анальгетики, средства снижения кислотности, витамины, стероиды и гормоны, специфические травы и народные средства, др.)
- F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное, тревожное, зависимое и др.)
- F62 Хронические изменения личности, не связанные с повреждением и заболеванием мозга (после переживания катастрофы, после психической болезни и др.)
- F63 Расстройства привычек и влечений (патологическая склонность к азартным играм, пиромания, kleptomания, трихотиломания и др.)
- F64 Расстройства половой идентификации (транссексуализм, трансвестизм двойной роли и др.)
- F65 Расстройства сексуального предпочтения (фетишизм, фетишистский

- трансвестизм, эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия, садо-мазохизм, множественные расстройства сексуального предпочтения и др.)
- F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией (расстройство полового созревания, эгодистоническая сексуальная ориентация по полу, расстройство сексуальных отношений и др.)
- F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (преувеличение физических симптомов по психологическим причинам, преднамеренное вызывание или симуляция соматических или психических симптомов или инвалидизации - симулятивное расстройство)
- F8 Нарушения психологического развития
- F80 Специфическое расстройство развития речи (артикуляции речи, экспрессивной речи, рецептивной речи, афазия)
- F81 Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования, счета).
- F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций
- F83 Общие расстройства развития (детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, гиперактивное расстройство, синдром Аспергера).
- F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F90 Гиперкинетические расстройства (нарушение активности внимания, гиперкинетическое расстройство поведения)
- F91 Расстройства поведения (ограничивающееся условиями семьи, несоциализированное, социализированное, оппозиционно-вызывающее, депрессивное).
- F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (тревожное расстройство в связи с разлукой, фобическое, социальное тревожное расстройство, расстройство сиблингового соперничества и др.)
- F94 Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста (элективный мутизм, реактивное расстройство привязанности детского возраста, расторможенное расстройство привязанности детского возраста и др.)
- F95 Тикозные расстройства
- F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (неорганический энурез, неорганический энкопрез, расстройство питания в младенческом возрасте, поедание несъедобного (пика) в младенчестве и в детстве, стереотипные двигательные расстройства, заикание, речь вздохом и др.)

Организация психиатрической помощи

В Украине принят Закон о психиатрической помощи, который регламентирует права психически больных, правила оказания им помощи, а также четко определяет показания к госпитализации больных в

психиатрические учреждения. Основные положения Закона о психиатрической помощи исходят из утверждения, что психически больные, являющиеся гражданами нашей страны, пользуются всеми правами, записанными в Конституции Украины.

Закон о психиатрической помощи основывается на 10 основных принципах, разработанных отделом психического здоровья ВОЗ. Эти принципы следующие:

1. Развитие психического здоровья и профилактика психических расстройств.
Каждый человек должен заботиться о своем психическом благополучии и принимать меры по устранению причин психических расстройств.
2. Доступность базовой психиатрической помощи.
Психиатрическая помощь должна сохранять достоинство пациента, должна быть материально доступной, справедливой, находится на доступном расстоянии от места жительства пациента, а также оказываться на основе добровольности.
3. Оценка психического здоровья в соответствии с общепринятыми международными принципами.

Этот принцип включает в себя следующие компоненты:

- a. оценка психического здоровья должна проводиться исключительно в целях, непосредственно связанных с психическим заболеванием или его последствиями;
- b. в оценку психического здоровья входят: диагноз, выбор лечения, определение компетентности, определение наличия возможности нанесения ущерба себе или другим лицам вследствие психического расстройства.

При реализации этого принципа необходимо:

- a. соблюдать общепринятые международные принципы;
- b. при оценке вероятности нанесения ущерба себе и другим воздерживаться от ссылок на неклинические критерии, например, на политические, экономические, расовые и религиозные основания;
- c. каждый раз при проведении новой процедуры оценки проводить полную переоценку, воздерживаться от использования медицинской истории психического расстройства в прошлом в качестве единственной основы оценки

4. Обеспечение психиатрической помощи в наименее ограничительной форме.

При необходимости использование различных мер ограничения периодически пересматривать это решение (например, каждые 30 минут при физическом ограничении и не более 4 часов).

5. Самоопределение, т.е. получение согласия лица до начала применения любого типа вмешательства.
6. Право на получение помощи в самоопределении.

Если пациент испытывает трудности в оценке последствий своего решения (обусловленные общим уровнем знания, языковыми возможностями, заболеванием), ему необходимо предоставить потенциальных помощников (юриста, социального работника).

7. Доступность процедуры пересмотра.

Для любого решения должна существовать процедура пересмотра, осуществляемая с помощью официального лица (судьи), замещающих лиц, уполномоченных принимать решение (например, опекуна), и лиц, оказывающих помощь. Эта процедура должна быть своевременной (в течение 3 дней после принятия решения) и пациенту должна быть предоставлена возможность личного присутствия

8. Механизм автоматического периодического пересмотра.

При решениях, касающихся лечения или госпитализации, с долговременными последствиями, должен существовать механизм автоматического периодического пересмотра, который должен быть автоматическим, с разумным интервалом (например, через 6 месяцев), проводиться квалифицированным лицом.

9. Квалификация лиц, принимающих решение.

Лица, принимающие решение в отношении пациента, должны быть:

- a. компетентными;
- b. осведомленными;
- c. независимыми;
- d. беспристрастными.

В идеале орган, принимающий решение, должен состоять минимум из 3 человек.

10. Уважение закона.

Решение должно соответствовать совокупности правовых норм, действующих в данный момент. Законы должны быть открытыми, доступными и в понятной форме. Пациента необходимо ставить в известность о его правах. Контроль за фактическим применением закона о психическом здоровье должен осуществляться органом, независимым от руководства здравоохранения.

Закон Украины о психиатрической помощи составлен с учетом 10 принципов ВОЗ. Он состоит из 10 разделов, 33 статей. Закон описывает презумпцию психического здоровья, принципы оказания психиатрической помощи, государственные гарантии обеспечения психиатрической помощью и социальной защитой психически больных, определяет конфиденциальность сведений о состоянии психического здоровья и пр.

Основными принципами оказания психиатрической помощи являются: гуманизм, законность, соблюдение прав человека и гражданина, добровольность, доступность. Психиатрический осмотр проводится врачом – психиатром по просьбе или по осознанному согласию лица, а в отношении детей до 15 лет – по просьбе его родителей.

Схема организации психиатрической помощи

I. Амбулаторная (внебольничная) помощь

1. Психиатрический (психоневрологический) кабинет детской или общей поликлиники с участковым (районным) психиатром (детским или общим), психиатрический кабинет ЦРБ.
2. Психоневрологический диспансер или диспансерное отделение при психиатрической больнице города, области, республики - общий, имеющий в своей структуре детский, подростковый психиатрический и логопедический кабинеты, или детский, в составе которого могут быть участковые детские психиатры и кабинеты консультантов (логопеда и др.).
3. Наркологический диспансер.

II. Стационарная психиатрическая помощь:

1. Психиатрические больницы (городские и областные) в системе органов здравоохранения, имеющие в своем составе различные профильные отделения (мужские и женские, наркологическое, инфекционное, туберкулезное, судебно-психиатрическое и др.), в том числе детское и подростковое отделения.
2. Специализированные психиатрические больницы в системе МВД (для принудительного лечения особо опасных психически больных, совершивших противоправные действия).
3. Наркологические больницы
4. Психоневрологические отделения при психоневрологических диспансерах, крупных соматических больницах и военных госпиталях (для лечения больных острыми кратковременными психозами, невротами и реактивными состояниями, остаточными явлениями органических поражений головного мозга с психическими нарушениями и т. п.).
5. Дневные и ночные стационары (при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах) для долечивания выздоравливающих психически больных и для проведения противорецидивных поддерживающих курсов лечения больным, находящимся под наблюдением психоневрологических кабинетов и диспансеров.
6. Психоневрологические санатории (для взрослых и детей).
7. Дома для инвалидов – психохроников (для взрослых и детей).

III. Социально-реабилитационные учреждения.

1. Лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) при психиатрических больницах и диспансерах.
2. Подсобные хозяйства при психиатрических больницах, реабилитационные центры.
3. Санаторные школы (для детей с астеническими состояниями).
4. Школы и группы для детей с речевыми и другими нарушениями.
5. Интернаты и школы для умственно отсталых детей.

Там, где еще недостаточно развита сеть детских психиатрических учреждений, амбулаторная помощь обычно оказывается в

общепсихиатрических кабинетах и диспансерах. В раннем выявлении взрослых и детей, нуждающихся в психиатрическом наблюдении и лечении значительную роль играют семейные врачи, участковые терапевты и педиатры, которые обычно, в силу особенностей их работы первыми встречаются с различными психическими отклонениями у больных во время амбулаторных, профилактических и других осмотров.

Задачи психиатрических учреждений.

1. Задачи амбулаторных психиатрических учреждений (кабинетов, диспансеров):

- а) раннее выявление и учет больных психиатрического профиля;
- б) обеспечение динамического диспансерного наблюдения за больными;
- в) оказание амбулаторной лечебной помощи и направление на стационарное лечение;
- г) оказание социально-реабилитационной, медико-педагогической и правовой помощи больным;
- д) проведение профилактических осмотров в населении, в школьных, производственных и других коллективах;
- е) проведение экспертной работы (судебно-психиатрической, военно-врачебной и трудовой экспертизы), участие в работе комиссии по отбору детей во вспомогательные школы;
- ж) оказание консультативной помощи в учреждениях общесоматической сети;
- з) проведение санитарно-просветительной работы в населении.

2. Задачи психиатрических стационаров:

- а) оказание всех видов стационарной лечебной помощи больным;
- б) проведение всех видов стационарной экспертизы;
- в) разработка конкретных лечебных и социально-реабилитационных рекомендаций для выписывающихся больных;
- г) обеспечение преемственности в лечении и профилактике с амбулаторными психиатрическими учреждениями;
- д) проведение профилактической и санитарно-просветительной работы среди населения

3. Задачи социально-реабилитационных учреждений:

- а) проведение всех видов социально-реабилитационных мероприятий в отношении больных и инвалидов, находящихся в лечебных учреждениях и среди населения;
- б) восстановление трудоспособности и трудоустройство (у детей — восстановление психического здоровья без прерывания учебы);
- в) общеобразовательное и производственное обучение лиц с умственной отсталостью;
- г) корректирование аномальных форм поведения в случаях искаженного развития личности.

Структура психоневрологического диспансера

В структуру психоневрологического диспансера могут входить следующие кабинеты:

- 1) участковых врачей — психиатров (при отсутствии участковых или районных психиатров в соответствующих поликлиниках);
- 2) психотерапевтический;
- 3) наркологический;
- 4) детский;
- 5) подростковый;
- 6) логопедический,
- 7) организационно-методический,
- 8) правовой помощи,
- 9) стационар, дневной стационар и лечебно-трудоустройство мастерские.

Структура психиатрической больницы

1. Профилизация лечебных отделений: мужские и женские, геронтологическое, соматическое, туберкулезное, инфекционное (или изолятор), детское и подростковое, судебно-психиатрическое, отделение невротиков, приемное отделение («санитарный пропускник»), отделение для оказания неотложной психиатрической помощи. В ряде психиатрических больниц введена система территориальной профилизации основных психиатрических отделений (отделения закреплены за определенными районами города и области соответственно участкам диспансеров, что обеспечивает лучшую преемственность в лечении больных).
2. Профилизация вспомогательных лечебных служб больницы: лечебно-трудоустройство мастерские, аптека, лаборатории, рентгеновский кабинет, стоматологический, хирургический, офтальмологический, ЛОР — кабинет, терапевтический кабинет, физиотерапевтическое отделение, отделение электродинамических исследований.
3. Административно-хозяйственный аппарат больницы: главный врач, его заместители, хозяйственная часть, бухгалтерия, медицинская часть, архив, склады (вещевой, продовольственный, для вещей больных и т.д.), пищеблок.

Устройство и организация работы психиатрического отделения (клиники)

1. Особенности устройства психиатрического отделения определяются его функциями:
 - а) особенности оборудования окон, дверей, внутренних помещений и т.д. (предупреждение побегов и самоповреждений больных);
 - б) подразделение на наблюдательную и спокойную (санаторную) части (обеспечение максимального наблюдения за возбужденными, агрессивными и суицидными больными, содержание их отдельно от спокойных и выздоравливающих больных);
 - в) организация работы манипуляционной, сестринских постов, постов санитаров и т.д. (обеспечение лечебного процесса);

- г) оборудование столовой, туалетов, комнат для отдыха больных и для свиданий с родственниками, классных комнат, игровых – в детских отделениях и т. д. (обеспечение уюта и всех условий для нормального осуществления лечебного и социально-реабилитационного процесса);
2. Штатная структура отделения (клиники): заведующий, ординаторы, старшая медицинская сестра, постовые медицинские сестры, сестра-хозяйка, санитарки, буфетчицы и др.;
3. Общие правила поведения медицинского персонала в психиатрическом отделении:
- а) чуткое и внимательное отношение к больному, уважение его личности;
 - б) недопустимость обмана больных;
 - в) недопустимость пререканий с больными;
 - г) недопустимость посторонних разговоров в отделении;
 - д) бдительность на посту, особенно в отношении больных с особым надзором (агрессивных, суицидальных и др.);
 - е) недопустимость проникновения в отделение острых и других опасных предметов;
 - ж) бдительное хранение ключей от отделения;
 - з) обязательная взаимная информация об изменении состояния больных.
4. Документация психиатрического стационара:
- а) истории болезни;
 - б) журнал движения больных;
 - в) процедурный журнал;
 - г) журнал учета раздачи лекарств;
 - д) журнал наблюдения за больными.

Показания и порядок госпитализации в психиатрический стационар.

Показания к госпитализации могут быть:

- а) абсолютными социального (опасность для окружающих) и медицинского (необходимость неотложной терапии) характера;
- б) относительными (чаще имеют социальный характер — невозможность обеспечения ухода и надзора за больным в домашних условиях и т. п.).

В отдельных случаях при нежелании больного или его родственников, возможна неотложная госпитализация. Окончательно вопрос о госпитализации в психиатрический стационар решает только врач-психиатр (дежурный или консультирующий) данного учреждения после личного осмотра больного. При наличии сомнения в психическом здоровье больного врач любой специальности обязан направить его на консультацию к психиатру амбулаторного или стационарного психиатрического учреждения, предупредив родных или знакомых больного о необходимости выполнения данного назначения и обеспечения наблюдения за больным в этот период. Врач, производящий консультацию больного должен сообщить больному, что он – психиатр.

Контрольные вопросы

1. Предмет и задачи психиатрии и наркологии. Место психиатрии и наркологии среди других разделов медицинской науки.
2. Важнейшие этапы развития психиатрии.
3. Роль отечественных ученых в развитии мировой психиатрии.
4. Понятие о регистрах психических расстройств как основе классической психиатрической диагностики.
5. Классификация психических расстройств в Международной классификации болезней 10 пересмотра.
6. Правовые принципы психиатрической помощи. Десять принципов ВОЗ относительно защиты прав психически больных.
7. Закон Украины о психиатрической помощи.
8. Роль врача соматического профиля в оказании медицинской помощи больным с психическими нарушениями.
9. Современная структура организации психиатрической помощи. Особенности структуры стационаров для психически больных.
10. Первая и неотложная помощь больным с психическими нарушениями, основные показания к госпитализации.
11. Организация амбулаторной психиатрической помощи. Структура психиатрического диспансера.
12. Задачи социально-реабилитационных учреждений.

Задания для самопроверки

1. Студент медицинского университета приступил к изучению курса психиатрии. Перелистывая учебник психиатрии, он понимает что является предметом этой медицинской дисциплины.
Что изучает психиатрия?
А. Психологию человека
В. Социологию
С. Психические заболевания
Д. Этапы формирования психики
Е. Все перечисленное выше.
2. Преподаватель на первом занятии по психиатрии знакомит студентов с этим разделом медицины. Демонстрируя больных и приводя примеры из своей врачебной практики, преподаватель рассказывает об основных задачах психиатрии.
Каковы задачи психиатрии:
А. Диагностика психических нарушений.
В. Диагностика психических заболеваний.
С. Лечение психических заболеваний.
Д. Профилактика психических нарушений.
Е. Все выше перечисленное.

3. Больной 32 лет, физик. Заболел психически. Высказывает бредовые идеи физического воздействия, испытывает слуховые галлюцинации.

Госпитализирован в психиатрическую больницу без его желания. Грозится пожаловаться в Европейский суд. Требуется предъявить международный документ, на основании которого его лечат.

В каком международном документе описаны основные принципы оказания помощи психически больным.

- А. 10 основных принципов ВОЗ
- В. Решения Международного суда
- С. Декларация о правах человека
- Д. Конвенция ООН
- Е. Ни в одном из них

4. Адвокат по просьбе больного, находящегося на лечении в психиатрической клинике, требует его немедленной выписки. Лечащий врач объясняет, что не может этого сделать, т.к. больной угрожает убийством жене, что у больного бред ревности. Адвокат требует показать документ, регламентирующий правовые и организационные основы обеспечения граждан Украины психиатрической помощи?

- А. Конституция Украины
- В. Закон о психиатрической помощи
- С. Уголовный кодекс Украины
- Д. Гражданский кодекс Украины
- Е. Ни один из них.

5. Больная жалуется на раздражительность, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон. Боли в области сердца, снижение аппетита. Понимает что она больна, просит помочь ей.

Какой основной признак пограничных психических нарушений?

- А. Возможность критически оценить свое состояние
- В. Нарушение эмоций
- С. Нарушение интеллекта
- Д. Психомоторное возбуждение
- Е. Правильная ориентировка в окружающем

6. Больная жалоб не предъявляет, считает себя здоровой. Выражение лица грустное, глаза печальные. Не общается с родственниками. Большую часть времени лежит. Говорит медленно, высказывает бредовые идеи самоуничтожения и самообвинения. Последние 2 недели говорит о желании умереть, просит сына принести яд или помочь повеситься.

Определите, какой симптом является показанием для неотложной госпитализации больной.

- А. Упорные суицидальные высказывания
- В. Отказ больного от амбулаторного лечения
- С. Заявление сотрудников

Д. Заявление соседей.

Е. Дебош в общественном месте в состоянии опьянения

7. В поликлинику к терапевту пришел больной с жалобами на боли в животе. В процессе беседы врач обнаружил, что пациент не может толково изложить свои жалобы, анамнестические данные. Запас знаний не соответствует его возрасту. Неадекватно смеется. Не помнит паспортных сведений (года рождения, адреса).

Определите тактику врача общеклинической практики (терапевт, хирург и т.д.) при обнаружении у больного дефектно-органической симптоматики

А. Не учитывать эти нарушения при обследовании и терапии больного

В. Срочно направить больного на консультацию к психиатру

С. При оценке жалоб, анамнестических данных и лечебных мероприятий учитывать недостаток интеллекта больного

Д. Посоветовать больному обратиться к психиатру для консультации

Е. Ни одно из перечисленного

8. Мальчик 12 лет лечится в детском отделении по поводу механической желтухи. На 3-ий день пребывания стал беспокойным, перестал ориентироваться, появились зрительные галлюцинации, страх. Не узнает окружающих, с трудом удерживается персоналом.

До какого возраста нельзя госпитализировать детей в психиатрическую больницу без разрешения родителей?

А. До 7 лет

В. До 3 лет

С. До 10 лет

Д. До 16 лет

Е. До 18 лет

9. Больной 37 лет страдает психическим заболеванием с 20 лет, неоднократно госпитализируется в психиатрическую больницу. Не работает, от оформления инвалидности отказался, мотивируя тем, что он здоров. Живет на иждивении родителей, считает себя «начальником страны», грубо критикует властные структуры. Срывает на улице плакаты с призывами участвовать в избирательной кампании. Заявляет, что все должны подчиняться только ему.

Что является признаком психоза у больного?

А. Бредовые мысли

В. Оппозиционная настроенность к власти

С. Асоциальные формы поведения

Д. Паразитический образ жизни

Е. Неустойчивость настроения

10. Больная 23 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца. Рассказала врачу, что

плохо спит, с трудом засыпает, сон поверхностный. Стала раздражительной, не может долго ждать чего-либо. Быстро утомляется, снизилась работоспособность. Описанное состояние развилось на протяжении последних 2 месяцев. В это время тяжело болел ребенок и была большая нагрузка на работе.

Определите тактику врача общей практики при обнаружении у больного пограничных психических нарушений?

- А. Вызвать психиатрическую бригаду МСП
- В. Срочно отправить больного на консультацию к психиатру
- С. Посоветовать больному обратиться к психиатру для консультации
- Д. Продолжать проводимую терапию без учета пограничных психических расстройств
- Е. Ни одно из перечисленного.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Цель занятия – овладеть методами обследования психически больных с последующим применением их при микрокурациях.

Содержание занятия

Главным в исследовании психически больных является клинико-психопатологический метод, который основывается на беседе с больным, наблюдениях за выражением его лица и поведением.

Чрезвычайно важным является первое знакомство врача с больным и установление между ними адекватного психологического контакта. Во время беседы врач также является объектом изучения со стороны больного. Психически больные и вообще больные лица очень чувствительны к проявлениям невнимательности, грубости, нетактичности, превосходства, фальши, они тонко реагируют на доброжелательность, сочувствие, милосердное отношение к себе врача и медицинского персонала.

В случае неадекватного эмоционального контакта врача с больным у последнего возникает настороженность, недоверие, желание скрыть свои переживания, а это ведет к неверному толкованию диагностической ценности признаков психических и соматических расстройств. Часто больные, которые не критически относятся к своему состоянию, диссимулируют, то есть намеренно скрывают свои психические нарушения.

Врач должен уметь выслушать больного, предоставив ему возможность максимально самостоятельно рассказать о себе. Тем не менее беседа может быть направленной; врач должен умело ставить вопросы, стараться вопросами не индуцировать больных, чаще просить более детально описать те или другие симптомы, а не ограничиваться лишь констатацией терминов, которые употребляют больные, так как они часто в известные терминологические обозначения вкладывают не общепринятый, а свой смысл. Поэтому врач должен спрашивать больного: «А что это такое?», «Опишите более детально, что именно вы чувствуете».

Врач должен ставить вопросы в понятной для больного форме, в беседе употреблять лишь известные больному термины или же, если больному что-то непонятно, терпеливо объяснить, быть активным участником диалога, внимательно выслушивать больного, не отвлекаться при нем на посторонние дела. Врач не должен эмоционально реагировать на нелепости, которые слышит от психически больного или видит их проявления в его поведении. В конце беседы необходимо в деликатной форме высказать больному свое предварительное впечатление о его состоянии.

Схема истории болезни

1. Паспортные данные (сведения).
2. Жалобы больного.
3. Анамнез жизни (со слов больного).
4. Анамнез заболевания (со слов больного).

5. Объективный анамнез (со слов лиц, знающих больного).
6. Состояние больного на момент обследования:
 - а) соматическое;
 - б) неврологическое;
 - в) психическое.
7. Выводы по материалам первичного обследования, предварительный синдромологический диагноз.
8. Данные последующего наблюдения и обследования больного.
9. Проведение дифференциальной диагностики.
10. Установление окончательного диагноза.
11. Назначение лечения.
12. Определение прогноза и социально-трудовых рекомендаций.

Паспортные данные: фамилия, имя, отчество, год рождения, образование, место обучения или работы, специальность, домашний адрес, дата поступления в стационар. Эти данные записывают не только со слов самого больного, но и уточняют из имеющихся документов, со слов родственников, сопровождающих больного, или медицинских работников.

Жалобы больных должны быть внимательно выслушаны и оценены врачом. При этом необходимо обращать внимание не только на жалобы психические, но и соматические. Нельзя игнорировать жалобы больных на боль или болевые ощущения в разных частях тела и считать их признаком психического расстройства. Недооценка «соматических» жалоб может привести к развитию тяжелых осложнений общего состояния больных. С другой стороны, некоторые больные стараются фиксировать внимание врача лишь на соматических жалобах, не желая раскрывать свои психические переживания. В таких случаях врач в тактичной форме должен перевести внимание больного на описание его психического состояния.

Анамнез жизни со слов больного. В психиатрической истории болезни принципиально важно собрать анамнестические данные о жизни больного перед анамнезом заболевания. Это необходимо сделать потому, что во время беседы о жизни больного врач побудит его к большей откровенности, а с другой стороны, это дает возможность выяснить некоторые эпизоды, которые больной не оценивает как болезненные или пытается намеренно скрыть от врача.

Изучению истории жизни больного предшествует выяснение данных о наследственности, соматическом и психическом здоровье его ближайших родственников. Необходимо узнать, не было ли среди родственников пациента психически больных, лиц с необычным характером, самоубийц.

Выясняют данные о ходе беременности у матери, как происходили роды, были ли они своевременными, не было ли во время родов травмы плода, асфиксии. Необходимо узнать, как развивался больной в детстве, когда начал ходить, говорить, не отставал ли от ровесников, или опережал их в развитии. Не было ли неравномерного развития психических или физических качеств. Необходимо также расспросить, не было ли

снохождения, сноговорения, ночного энуреза. Надо выяснить, в каком возрасте пошел в школу и к какому именно (массовую, вспомогательную, специальную и др.), как учился, каким предметам отдавал предпочтение; какие предметы давались трудно, какие - легко, чем интересовался в школе (чтение, художественная самодеятельность, общественная работа), какие были отношения с ровесниками, родителями, каким было течение пубертатного периода, сколько классов школы закончил и чем занимался дальше — продолжал обучения или пошел на работу. Следует отметить, отвечало ли место дальнейшего обучения или работы интересам и желанию больного. Должна быть обязательно учтена служба в армии, начало трудовой деятельности, часто ли менялись места работы (обучения), отношения в коллективе, интересы, способности, предпочтения, достижения по службе, материальные и бытовые условия жизни, наличие психотравмирующих факторов (их частота, устранение). Обязательно должно быть описано половое развитие: появление первых менструаций, их характер, регулярность, начало половой жизни, взаимоотношения в семье, беременность, роды, наличие детей, время наступления менопаузы. Необходимо выяснить перенесенные в прошлом заболевания, экзогенные вредности (инфекционные болезни, черепно-мозговые травмы, интоксикации), наличие вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, токсичных веществ), производственных вредностей.

Анамнез болезни со слов больного. В анамнезе заболевания должны быть отображены причины или провоцирующие факторы болезни, детально описаны первые признаки заболевания, их острота и развитие, влияние на образ жизни больного. Следует расспросить, где лечился больной, к каким врачам обращался, когда впервые обратился к психиатру и при каких обстоятельствах (по собственной инициативе, по совету близких, подвергался ли неотложной госпитализации), чем лечился и как чувствовал себя после лечения. Обязательно надо отметить, как повлияла болезнь на трудоспособность больного (смог ли после болезни продолжать обучение, работу, оставил ли обучение, снизилась ли трудовая квалификация). Если больной несколько раз находился в психиатрической больнице, необходимо детально описать каждую госпитализацию. Отмечают, когда больным был госпитализирован последний раз, в связи с чем и как это происходило.

Объективный анамнез (со слов лиц, знающих больного) предусматривает необходимость сверить достоверность сообщенных больным данных о своей жизни и болезни с реальными фактами и событиями. Его собирают по той же схеме, что и анамнез со слов самого больного. Врач должен помнить, что так называемый объективный анамнез содержит в себе определенную часть субъективизма, поэтому необходимо критически оценить степень достоверности сообщенных данных с учетом жизненного пути, профиля личности и структуры психопатологических переживаний больного.

Состояние больного во время обследования.

1. Соматическое состояние: телосложение, состояние питания, кожные покровы, состояние внутренних органов (по общей схеме исследования, принятой в соматических клиниках).

2. Неврологическое состояние: состояние черепно-мозговых нервов, двигательной сферы (объем движений, тонус мышц, состояние рефлексов — периостальных, сухожильных, кожных; патологические рефлексы, статика и координация движений); чувствительная сфера (боли, состояние поверхностной и глубокой чувствительности); вегетативная нервная система (дермографизм, цианоз, отеки, лабильность пульса и др.). Исследование производится в соответствии со схемой обследования неврологического статуса в неврологической клинике.

3. Психическое состояние («психический статус»):

а) степень контакта больного с врачом (хороший контакт, формальный контакт и др).

б) ориентировка в месте, в окружающих лицах, во времени, в собственной личности (состояние сознания);

в) нарушение восприятия (метаморфопсии, иллюзии, галлюцинации), описание их характера по отношению к анализаторам, по сложности, по полноте развития, по отношению к больному, признаки галлюцинаторного поведения);

г) нарушения памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии, исследование запоминания);

д) нарушение мышления: по темпу (ускорение, замедление, задержка мышления), по связности ассоциаций (расщепление мышления, паралогическое мышление, бессвязное мышление, резонерство, детализация), по содержанию (навязчивые, сверхценные, бредовые идеи), содержание бредовых идей, их систематизация, бредовое поведение, слабоумие (характер слабоумия, экспериментально-психологическое исследование);

е) нарушения эмоций: настроение, эмоциональные реакции во время обследования (неадекватность эмоций, амбивалентность и др.), нарушение эмоций по силе (усиление, ослабление), нарушение подвижности эмоций;

ж) нарушение эффекторно-волевой сферы: состояние внимания; состояние целенаправленной активности — усиление (возбуждение), ослабление (заторможенность и др.), извращение (кататонические симптомы, навязчивые, непреодолимые движения и действия; импульсивные поступки); состояние влечений (усиление, ослабление, извращение).

Все психопатологические проявления иллюстрируются прямой речью, высказываниями больного, описанием его поведения, мимики и т. д.

Лабораторные исследования:

а) клинические исследования крови, мочи, ликвора и др.;

б) рентгенологические исследования;

в) электрокардиография, электроэнцефалография, реоэнцефалография;

г) экспериментально-психологические.

Заключение по материалам первичного обследования: определение психопатологического синдрома, установление предварительного диагноза, назначение экстренных лечебных мероприятий.

Данные последующего наблюдения и обследования больного (лабораторные исследования, результаты обследования другими специалистами, записи дневников ежедневного наблюдения за больными и т.д.).

Проведение дифференциальной диагностики, установление окончательного нозологического и синдромологического диагноза и назначение лечения.

Для обнаружения и уточнения нарушений психических процессов проводится психологическое исследование. Методы экспериментально-психологического исследования изучались в курсе основ общей психологии и медицинской психологии.

Для исследования внимания, утомляемости, запоминания применяются: корректурная проба, счет по Крепелину, отсчитывание, отыскивание чисел по таблицам Шульте, заучивание 10 слов.

Особенности мышления и интеллекта исследуются с помощью следующих тестов: воспроизведение рассказов, объяснение сюжетов картин, классификация предметов, определение понятий, объяснение переносного смысла пословиц и поговорок, тест Векслера.

При оценке личностных особенностей используется Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП), опросник Шмишека, патохарактерологический опросник ПДО.

Выявить психотравмирующие факторы и болезненные переживания можно методом неоконченных предложений, с помощью тематического апперцепционного теста (ТАТ). Выявить скрытую депрессию помогает цветовой тест Люшера, шкала тревоги Тейлора.

Медицинский психолог дает толкование результатов исследования, которые являются лишь вспомогательным материалом для врача.

При диагностике экзогенно-органических психозов используются нейрофизиологические (электроэнцефалография – ЭЭГ, реоэнцефалография – РЭГ, эхоэнцефалография – Эхо-ЭГ), а также нейровизуализационные (рентгенограмма черепа, компьютерная томография мозга) методы исследования. Для диагностики и терапии многих психических болезней используются исследование крови, мочи, спинномозговой жидкости.

Контрольные вопросы

1. Особенности истории болезни психически больного.
2. Значение субъективного и объективного анамнеза для диагностики психического заболевания.
3. Значение исследования соматического и неврологического статуса.
4. Значение исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости больных.

5. Значение рентгеноскопических исследований, ЭЭГ, РЭГ и других методик в диагностике психических заболеваний.
6. Значение экспериментально-психологических методик исследования.
7. Понятие синдромологического и нозологического диагноза.

Задания для самопроверки

1. Больная жалуется на тревогу, беспокойство, плохой сон, раздражительность, заболела после неприятностей на работе. Появилась головная боль, боли в сердце, плохой аппетит. Обследовалась у терапевта, который не обнаружил патологии со стороны внутренних органов и посоветовал обратиться к психиатру. Какой метод исследования наиболее адекватен в данном случае?
 - А. Наблюдение
 - В. Рентгенография черепа
 - С. Электроэнцефалография
 - Д. Направленная психологическая беседа
 - Е. Компьютерная томография

2. Больной неохотно отвечает на вопросы врача. К чему-то прислушивается, иногда произносит фразы не по существу. Категорически отрицает галлюцинации. Какой метод исследования может дать наибольшую информацию о наличии галлюцинаций у больного?
 - А. Беседа
 - В. Электроэнцефалография
 - С. Компьютерная томография
 - Д. Рентгенограмма черепа
 - Е. Наблюдение за поведением больного

3. Мать ребенка 10 лет жалуется, что у ее сына в последнее время появились состояния «отключения», когда он застывает на несколько секунд, взгляд останавливается, на вопросы не отвечает. Придя в себя, ничего не помнит о случившемся. Какое исследование необходимо провести больному для постановки диагноза?
 - А. Беседа
 - В. Наблюдение за поведением
 - С. Рентгенограмма черепа
 - Д. Электроэнцефалография
 - Е. Эхо-энцефалография

4. Подросток перенес тяжелое инфекционное заболевание. Астенизирован, быстро утомляется, стал плохо запоминать. Жалуется на головную боль. Какое экспериментально-психологическое исследование даст возможность оценить состояние внимания у больного?
 - А. Ассоциативный эксперимент
 - В. Методика самооценки

- С. Корректурная проба
- Д. Тест Векслера
- Е. Исследование уровня притязаний

5. Больной 27 лет направлен на консультацию к психиатру терапевтом, к которому обратился с жалобами на боли в сердце, плохой аппетит, сон, слабость, быструю утомляемость, снижение умственной работоспособности. Какой-либо патологии со стороны внутренних органов обнаружено не было. В беседе с психиатром сдержан, немногословен, неохотно и кратко сообщает анамнестические сведения. Какой экспериментально-психологический метод дает возможность выявить психотравмирующие факторы и болезненные переживания у больного?

- А. Корректурная проба
- В. Тест Люшера
- С. Тест Векслера
- Д. Таблицы Шульте
- Е. Тест «Неоконченные предложения»

6. Мальчик из неблагополучной семьи (родители-алкоголики) не умеет читать, писать, но хорошо ориентируется в практической жизни, знает, где можно купить продукты по более дешевой цене. Каким методом можно определить уровень интеллектуальных способностей при решении вопроса о том, в какой школе (массовой или вспомогательной) может учиться ребенок?

- А. Тест Векслера
- В. Запоминание 10 слов
- С. Корректурная проба
- Д. Классификация предметов
- Е. Рисунки с нелепостями

7. У больной 27 лет возникло острое психотическое состояние с бредом, галлюцинациями, двигательным беспокойством. Температура – 38,4 °С. В неврологическом статусе – менингеальные знаки. Какой из нижеперечисленных методов исследования необходимо провести у больной?

- А. Рентгенограмма черепа
- В. Реоэнцефалограмма
- С. Исследование ликвора
- Д. Экспериментально-психологическое исследование
- Е. Клиническое исследование крови

8. В психиатрическую клинику поступила больная 72 лет с бредовыми высказываниями. Психические нарушения начались впервые, остро. В последнее время жаловалась на головную боль, головокружение, шум в ушах. Родственники замечали снижение памяти. Консультация какого специалиста необходима больной для постановки диагноза и назначения лечения?

- А. Инфекциониста
- В. Невропатолога
- С. Гинеколога
- Д. Фтизиатра
- Е. Психолога

9. Больная 19 лет поступила в психиатрическую больницу в связи с появившимися бредовыми идеями, галлюцинациями, психическими автоматизмами. Больной была назначена инсулинотерапия. Какое исследование необходимо провести перед началом этого вида лечения?

- А. Клинический анализ мочи.
- В. Исследование ликвора
- С. Исследование содержания сахара в крови
- Д. Рентгенограмма черепа
- Е. Экспериментально-психологическое исследование.

10. Больная 75 лет обнаруживает грубые расстройства памяти, совершенно не запоминает текущие события, забыла многое из прошлой жизни. Обнаруживает грубые нарушения праксиса. Какое исследование необходимо назначить больной для определения характера патологического процесса в головном мозге?

- А. Рентгенограмма черепа
- В. Компьютерная томограмма мозга
- С. Электроэнцефалография
- Д. Исследование ликвора
- Е. Биохимические исследования крови

НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЙ

Цель занятия: Уметь определять нарушения ощущений и восприятий у больных с различными заболеваниями и адекватно реагировать на них.

Содержание занятия

Начальным этапом познавательной деятельности человека, чувственным познанием окружающей действительности являются ощущения и восприятие.

Ощущение - первичный психический акт, психический процесс отражения в сознании человека отдельных свойств, качеств предметов или явлений при непосредственном их воздействии на органы чувств.

Отражение внешнего мира не ограничивается ощущениями, а проявляются в более сложном процессе - процессе восприятия.

Восприятие - психический процесс отражения в сознании человека предметов или явлений в совокупности их свойств при непосредственном воздействии их на органы чувств. Это не механическое объединение всех ощущений, а синтез комплекса наличных ощущений и представлений.

Представление - след бывшего ощущения или бывшего восприятия. Это образные воспоминания, мыслительный (субъективный) образ действительности, возникающий в сознании человека в отсутствие соответствующего предмета или явления, который действовал на органы чувств ранее.

Значение представлений особенно велико в детском и подростковом возрасте. Представления - главный компонент детского воображения, основа творчества, детских фантазий. От 3 до 7 лет у детей чрезвычайная яркость и образность зрительных представлений, поэтому ребенок с трудом отличает образы представлений от образов непосредственного восприятия. Такую способность воспроизводить яркие представления называют **эйдети́змом**.

Эйдети́зм - явление физиологическое. Он свойственен художникам (зрительный), музыкантам (слуховой).

Воображение - создание новых образов на основе имеющихся представлений. Оно является чувственной (образной) основой абстрактного (понятийного) мышления. В акте воображения формируются не только новые образы, но позднее, у подростков, и новые идеи.

Для лучшего понимания нарушений процессов ощущения и восприятия нужно знать, чем отличается восприятие от представления, каковы свойства восприятия. Они следующие:

1. Восприятие обладает чувственной живостью
2. Восприятие обладает экстрапроекцией
3. Восприятие не обладает произвольной изменчивостью
4. Восприятие обладает чувством реальности
5. Восприятие обладает непринадлежностью "мне".

Свойства представления:

1. Не имеет чувственной живости.
2. Проецируется во внутреннем мире человека.
3. Его можно произвольно изменять.
4. Не обладает чувством реальности
5. Принадлежит субъекту.

Классификация расстройств ощущений и восприятий

I Гипестезии и анестезии

II Гиперестезии

III Парестезии, синестезии, сенестопатии

IV Психосенсорные расстройства

1. Зрительные психосенсорные расстройства:

- а) микропсии
- б) макропсии
- в) дисморфопсии

2. Интеро- и проприоцептивные расстройства:
нарушение схемы тела

V Иллюзии

1. По анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные и проприоцептивные).

2. По механизму возникновения:

1. Физические

2. Физиологические

3. Психические (аффективные, вербальные, парэйдолические)

VI Галлюцинации

1. По анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные и проприоцептивные).

2. По сложности: простые (фотопии, акоазмы), сложные (имеющие содержание).

3. По полноте развития: полные (истинные) и неполные (ложные, псевдогаллюцинации, галлюциноиды).

4. По отношению к личности больного: нейтральные, комментирующие, императивные.

5. Особые виды галлюцинаций: гипнагогические, гипнапомпические, экстракампинные, рефлекторные, функциональные.

Гипестезия - снижение субъективной яркости и интенсивности ощущений и восприятий, проявляющееся в утрате ими чувственной живости, яркости, конкретности, вплоть до возникновения чувства их чуждости (входит в структуру синдрома деперсонализации и дереализации). Например, больной шизофренией мог смотреть на яркое солнце незащищенными глазами.

Анестезия - выключение ощущений и восприятий за счет нарушений по ходу проекционной системы или поражения коркового ядра анализатора (оптическая, слуховая, тактильная и другие анестезии). Наблюдаются при истерии.

Гиперестезия - обострение, усиление ощущений ранее нейтральных раздражителей, сопровождается гиперпатической эмоциональной окраской. Раздражитель воспринимается чрезмерно ярким или громким. Обычный свет слепит, звук голоса оглушает, прикосновение ощущается как тягостное.

Синестезии - обострение восприимчивости раздражителей с иррадиацией ощущений и восприятий на другой анализатор, в результате чего они приобретают несвойственную им окраску, характер двойственного ощущения. Так, звуковой раздражитель вызывает зрительные ощущения, например, цвет (цветная музыка); обонятельный - зрительные, цветные (розы пахнут синим); звуковой раздражитель вызывает болевые ощущения.

Гиперестезии и синестезии возникают в состоянии интоксикации галлюциногенами.

Сенестопатии - разнообразные, крайне неприятные, тягостные и необычные ощущения, исходящие из отдельных внутренних органов и различных областей тела, и не имеющие причин для их возникновения в данном органе. Это неопределенные ощущения в виде жжения, набухания, распираания, переливания, перекручивания, боли в различных частях тела или

в органах, в которых нет патологического процесса (воспаления, дегенерации и пр.). Сенестопатии могут быть локализованными или мигрирующими, единичными или множественными. При шизофрении характерны сенестопатии вычурные, "витиеватые" по характеру. Например: "чувство страха в области лба", - жалобы больного, ощущение "слипания" легких.

Метаморфопсии (зрительные психосенсорные расстройства) - искаженное восприятие реально существующих предметов с сохранением понимания их значения и сущности, а также критического отношения больного к ним (дисморфопсии - искажение формы предметов, макропсии - увеличение предметов, микропсии - уменьшение их размеров). Нарушаются пространственные отношения, изменяется чувство времени, оценка расстояния и пр. Психосенсорные интеро- и проприорецептивные расстройства - искажается или нарушается восприятие телесного "я", - проявляются в чувстве изменения пропорций и размеров тела, его частей. Обычно входят в структуру синдромов деперсонализации, нарушения схемы тела, дисморфофобии и ипохондрического. Примеры: "голова огромная", руки чрезмерно длинные, зубы шатаются.

Иллюзии - искаженное восприятие реально существующего предмета с изменением его содержания, значения.

В зависимости от расстройства деятельности того или другого анализатора выделяют слуховые (искаженное восприятие смысла реальной речи, слышание голосов в шуме и т.п.), зрительные и другие иллюзии. Например в шуме ветра больной слышит голоса: «мы тебя убьем». Вместо кактуса на подоконнике мальчик видит дикобраза.

К иллюзиям общего чувства (интеро- и проприоцептивным) относятся ощущения сжатия, давления, спазма, натяжения, пульсации во внутренних органах и других частях тела, т.е. те разнообразные и своеобразные ощущения, в основе которых могут быть и реальные раздражения соответствующих рецепторов.

По механизму возникновения иллюзии подразделяются на:

Физические - возникают в результате особенностей физических свойств предметов и веществ (преломление предметов на границе двух сред, миражи).

Физиологические - связаны с физиологическими особенностями функционирования анализатора (например, ощущение движения после остановки поезда; горизонт, где земля сходится с небом, параллельные линии вдали воспринимаются сходящимися и т.д.) Они связаны с несовершенством органов чувств.

Иллюзии могут быть связаны с тем, что внимание сосредоточено на одном раздражителе, поэтому другие могут быть восприняты искаженно. Ясперс называл эти иллюзии "иллюзиями невнимания".

Психические иллюзии связаны с изменением психической деятельности. К ним относят аффективные, вербальные, парейдолические.

Сильные эмоции, страх, ожидание, напряжение рождают *аффективные* иллюзии. Возникновению иллюзий способствуют

затрудненные условия восприятия (плохая освещенность, слышимость). Слуховые *вербальные*, или *интерпретативные* иллюзии возникают, когда больной в различных звуках (шум ветра, скрип, скрежет колес поезда и др.) или разговорах окружающих слышит замечания, приказы в свой адрес. Они часто сочетаются с бредом отношения. *Парейдолические иллюзии* возникают в связи с нарушением сознания (при интоксикации, гипертермии, употреблении галлюциногенов). При парейдолических иллюзиях больной в рисунках обоев, тенях от предметов видит причудливые, фантастические чудовища, страшные изображения. Парейдолии - сложные чувственные, образные иллюзии. Прочитанное, виденное ранее приобретает чрезмерную силу и накладывается на несоответствующий по содержанию реальный образ. Например: в стихотворении Гёте "Лесной упырь" больному мальчику, в лихорадочном состоянии окружающий лес, небо воспринимались устрашающими, ветви деревьев виделись протянутыми лапами лесного упыря.

Галлюцинации – мнимое восприятие без реального раздражителя (образа, явления) в данное время. Например, больной утверждает, что он видит черта "кривляющегося, танцующего" перед ним и чрезмерно удивлен, что врач на черта не реагирует и говорит, что "его здесь нет".

Согласно фазно-тормозной теории Е.А.Попова патоморфологической основой галлюцинаций являются уравнительная и парадоксальная фазы неполного запредельного торможения.

Зрительные галлюцинации - мнимое восприятие зрительных образов без реального раздражителя (образа, явления) в данное время. Например, больной утверждает, что он видит змей, ползающих под кроватью. Как правило, зрительные галлюцинации отражают острые состояния, слуховые (вербальные) и тактильные - хронические. Зрительные галлюцинации более характерны для экзогенно-органической патологии.

Слуховые галлюцинации - больной слышит оклики, разговоры, музыку, пение и т.д., которых в это время нет. Выделяют *вербальные галлюцинации* в виде человеческой речи. Они могут быть *по отношению к личности больного* нейтральными, комментирующими (враждебными, угрожающими, доброжелательными, антагонистическими - одни голоса добрые, другие злые), императивными, т.е. приказывающие больному совершить что-либо.

Императивные галлюцинации представляют большую опасность для самого больного и окружающих, т.к. «голоса» могут приказать убить кого-либо, поджечь квартиру, выбросить ценные вещи и т.д.

Обонятельные галлюцинации - больной воспринимает запахи, которые отсутствуют в это время. Они могут быть приятными, но чаще неприятны, например, резкие запахи гари, бензина, "запах отходящих из кишечника газов". Резкие запахи наблюдаются при обонятельной ауре у эпилептиков.

Вкусовые галлюцинации выражаются в том, что больной воспринимает вкусовые раздражения, которых нет в данное время, часто это привкус яда, "отравы" (ртути, свинца, стрихнина).

Тактильные галлюцинации: температурные, восприятие влаги на теле, в виде прикосновений, сжатия, поглаживания, щипков, поколачивания, растяжения кожи и др.

Висцеральные галлюцинации (сенестопатический галлюциноз) - воспринимается предмет или образ в каком-либо органе или части тела. Например, больной видел, как к нему «в рот заползла змея и поселилась в пищеводе».

Простые галлюцинации - фотопсии, акоазмы, не имеющие содержания. Они воспринимаются в окликах, световых эффектах, в светящихся точках и др.

Сложные галлюцинации - имеют содержание, могут быть в виде образов, сцен, панорам, диалогов, разговоров, запахов, прикосновений и др.

Истинные, полные галлюцинации - галлюцинации, обладающие всеми свойствами восприятия, а именно чувственной живостью, экстрапроекцией, отсутствием произвольной изменчивости, что создает чувство реальности. Например, больной видел ведьму. Он живо, ярко описывал подробности наружности "ведьмы", мертвенно бледный цвет тела, "когти", что послужило поводом считать этот образ ведьмой. Сидела она в комнате, кривлялась, пугала, а он ничего не мог поделать, ведьма была реальной, "настоящей". Этот больной испытывал полную, истинную галлюцинацию.

Неполные (псевдогаллюцинации) - галлюцинации, у которых отсутствует какое-либо из свойств восприятия. Если отсутствует экстрапроекция, то это псевдогаллюцинация, описанная В.Х.Кандинским и выражается в том, что больной слышит внутри головы голоса, звуки и пр., или видит "внутренним оком" "расположенных на извилинах мозга человечков", или другие образы. Псевдогаллюцинации теряют такое свойство восприятия, как чувство реальности и отличаются от реальных раздражителей.

Особые виды галлюцинаций

Гипногогические - галлюцинации, появляющиеся при переходе от бодрствования ко сну (при засыпании). Эти галлюцинации возникают при закрытых глазах, они могут быть единичными или множественными, сценopodobными или калейдоскопическими.

Значительно реже бывают **гипнопомпические**, возникающие при пробуждении, т.е. при переходе от сна к бодрствованию.

Эти галлюцинации исчезают, когда больной засыпает или полностью пробуждается.

Экстракампинные - галлюцинации, располагающиеся вне поля зрения. Например, больной, глядя прямо перед собой, "видит" сзади у себя черта.

Функциональные - галлюцинаторный раздражитель воспринимается наряду, параллельно с реальным. Пример: в шуме воды слышится и шум воды и "голоса". От иллюзий функциональные галлюцинации отличаются тем, что при иллюзиях вместо одного раздражителя воспринимается другой по содержанию (не шум воды, когда открывают кран, а шепотная речь), а при

функциональных галлюцинациях, как сказано выше, воспринимается и шум воды (реальный) и галлюцинаторная речь в ней.

Рефлекторные галлюцинации – отраженные, когда реальный раздражитель (например, поворот ключа в замке) галлюцинаторно воспринимается в другом месте (поворот ключа в сердце). Или, например, веретено в руке - веретено вертится и жужжит в сердце.

Внушенные галлюцинации – вызванные во время сеанса гипносуггестии.

Отрицательные галлюцинации - отсутствие восприятия действительно существующих предметов.

Эпизодические галлюцинации - периодически возникающие, например экстатические у эпилептиков.

Галлюцинации типа Шарля Боне - у людей психически здоровых, потерявших зрение или слух, возникают зрительные или слуховые галлюцинации (с критической оценкой). Например: больная (ослепшая) видела, как "вдоль забора, выкрашенного зеленой краской идет белокурая девушка в красивом голубом платье".

Явления фантома у ампутированных - галлюцинации психически здоровых (с критическим к ним отношением), когда человек воспринимает наличие ампутированной конечности, может ощущать боль в ней и пр.

В детском возрасте и у подростков чаще бывают зрительные галлюцинации (звери, чудовища из прочитанных сказок и т.п.), а слуховые - в виде простых или элементарных галлюцинаций (звон, шум, выстрелы, оклики по имени и т.п.).

Галлюцинации выявляют в беседе с больным, при расспросе, наблюдая за его поведением, мимикой и др. Больные со слуховыми галлюцинациями к чему-то прислушиваются, разговаривают с «голосами». При зрительных галлюцинациях к чему-то присматриваются, при тактильных – смахивают с себя что-то и т.д.

Возможно вызвать галлюцинации (если они исчезли) или вызвать их усиление (когда они имеются) у больных с алкогольным делирием с помощью легкого надавливания на глазные яблоки (*симптом Липмана*). Можно предъявить больному чистый лист бумаги и предложить прочитать там написанный текст (внушенные галлюцинации), при этом больной будет читать несуществующий галлюцинаторный текст (*симптом Ригера и Рейхардта*). Слуховые галлюцинации усиливаются или появляются при остром и хроническом алкогольном галлюцинозе после предложения врача больному вслушаться в монотонный звук метронома, часов (*симптом Бехтерева*). Можно предложить больному поговорить по телефону, трубка которого разъединена с аппаратом - больной будет "слышать" голос, раздающийся в трубке (*симптом Ашаффенбурга*).

Синдромы нарушений ощущений и восприятия

1. **Синдромы галлюциноза** (зрительного, слухового, тактильного и др.) - мнимое восприятие образов без реального раздражения соответствующего

- анализатора, без бредовой трактовки галлюцинаций, с критическим отношением или без него.
2. **Синдром нарушения схемы тела** - психосенсорные интеро- и проприорецептивные расстройства в виде искажения восприятия телесного «Я», проявляется в чувстве удлинения, укорочения, искривления конечностей, головы, внутренних органов и т.п. Входит в структуру синдрома деперсонализации.
 3. **Деперсонализация** – ощущения измененности психического и (или) физического, телесного «Я». Больные чувствуют отчужденным все свое тело или его часть, отчуждаются психические процессы: мышление, поведение. Больные чувствуют себя роботами, автоматами, не могут контролировать свои движения.
 4. **Дереализация** - ощущение изменения окружающего (отдаленность, призрачность, блеклость), осознается как необычное состояние, сопровождается неприятными переживаниями, часто сочетается с явлениями деперсонализации. Наблюдается при депрессии, шизофрении. При этом ориентировка в окружающем не нарушена.

Контрольные вопросы

1. Определение ощущений, восприятий, представлений.
2. Различие между восприятиями и представлениями.
3. Отличия галлюцинаций от метаморфозий и иллюзий.
4. Виды иллюзий.
5. Виды галлюцинаций.
6. Отличия полных галлюцинаций от неполных (псевдогаллюцинаций).
7. Патофизиологические механизмы иллюзий
8. Патофизиологические механизмы галлюцинаций.
9. Синдромы расстройств ощущений и восприятий.

Задания для самопроверки

1. Больная, 47 лет, жалуется на очень неприятные ощущения в области живота, объясняя это тем, что у нее «дырка в желудке», просит ее обследовать. Однако при объективном исследовании никакой патологии не обнаружено. Какое нарушение восприятия у больной?
 - А. Гиперестезии
 - В. Парестезии
 - С. Иллюзии
 - Д. Сенестопатии
 - Е. Синестезии
2. Больной, 67 лет, испытывающий страх и тревогу за свою жизнь, услышал в звоне ложек, доносящемся из столовой, «лязгание оружия, приготовленного для его казни». Какое нарушение восприятия у больной?
 - А. Галлюцинации
 - В. Иллюзии

- С. Гиперестезия
- Д. Психосенсорные расстройства
- Е. Синестезии

3. Больная, 61 год, утверждает, что видела, как « из стакана с чаем вырос красивый синий цветок до самого потолка». Какое нарушение восприятия у больной?

- А. Иллюзии
- В. Психосенсорные расстройства
- С. Сенестопатии
- Д. Галлюцинации
- Е. Синестезии

4. Женщина, 31 год, жалуется, что на протяжении последних 2 недель вздрагивает от телефонного звонка, звуков движения лифта в доме, не может переносить громкого разговора. Какое нарушения восприятия у нее возникло?

- А. Гипестезия
- В. Гиперестезия
- С. Парестезия
- Д. Синестезия
- Е. Макропсия

5. Больная, на высоте температуры при сыпном тифе, увидела в палате пожар, который другие больные не видели, пыталась спастись от огня. Какое нарушение восприятия возникло у нее?

- А. Иллюзии
- В. Галлюцинации
- С. Синестезии
- Д. Псевдогаллюцинации
- Е. Гиперестезии

6. Больная, 33 года, утверждает, что постоянно ощущает неприятный запах, похожий на запах из туалета, беспрестанно чистит свою палату, моет полы в отделении, ищет источник неприятного запаха даже на прогулке. Какое нарушение восприятия у этой больной?

- А. Галлюцинации
- В. Иллюзии
- С. Психосенсорные расстройства
- Д. Синестезии
- Е. Гиперестезии

7. Больной постоянно слышит внутри головы «голос», возникающий произвольно. Какое нарушение восприятия у данного больного?

- А. Иллюзии

- В. Психосенсорные расстройства
- С. Гиперестезии
- Д. Истинные галлюцинации
- Е. Псевдогаллюцинации

8. Больная, 23 года, призналась, что слышит «голос Бога из позвоночника», какое нарушение восприятия у нее возникло?

- А. Истинные галлюцинации
- В. Псевдогаллюцинации
- С. Иллюзии
- Д. Психосенсорные расстройства
- Е. Сенестопатии

9. Больная, 48 лет, ощущает «змею, которая ползает у нее в животе», требует ее обследовать. Какое нарушение восприятия у больной?

- А. Иллюзии
- В. Психосенсорные расстройства
- С. Тактильные галлюцинации
- Д. Висцеральные галлюцинации
- Е. Синестезии

10. На производстве работница подверглась отравлению ТЭС, после чего стала ощущать «волосы во рту», пыталась их вытягивать. Какое нарушение восприятия у нее наблюдалось?

- А. Вкусовые галлюцинации
- В. Тактильные галлюцинации
- С. Псевдогаллюцинации
- Д. Иллюзии
- Е. Психосенсорные расстройства

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И ИНТЕЛЛЕКТА

Цель занятия: уметь определять основные виды нарушений мышления у больных в общеклинической практике для адекватной оценки информации, полученной от них.

Содержание занятия

Мышление — высшая форма отражения объективной реальности, процесс обобщенного и опосредованного отражения предметов и явлений материального мира в их закономерных связях и отношениях.

При патологических состояниях может нарушаться ассоциативный процесс или исчезают связи между отдельными мыслями, что свидетельствует о нарушении мышления по форме. В других случаях нарушается процесс формирования умозаключений, страдает логика, нарушается мышление по содержанию.

Классификация нарушений мышления

1. Нарушение образования понятий:
 - а) псевдопонятия,
 - б) уплотнение понятий,
 - в) неологизмы.
2. Нарушение темпа мышления:
 - а) ускорение, «скачка идей»,
 - б) замедление,
 - в) задержка, остановка (шперрунг),
 - г) ментизм.
3. Нарушение формы мышления:
 - а) патологическая обстоятельность,
 - б) резонерство,
 - в) разорванность – шизофазия,
 - г) бессвязность,
 - д) аморфное мышление,
 - е) паралогическое мышление,
 - ж) аутистическое мышление,
 - з) символическое мышление,
 - и) вербигерации,
 - к) персеверации,
 - л) аффективное мышление.
4. Нарушение содержания мышления:
 - а) навязчивые идеи,
 - б) доминирующие идеи,
 - в) сверхценные идеи,
 - г) бредоподобные фантазии,
 - д) насильственные мысли,
 - е) бредовые идеи.

Формы бредообразования:

1. Первичный бред (интерпретативный).
2. Вторичный бред (чувственный, образный).

Содержание бреда:

- а) преследования,
- б) воздействия,
- в) отношения,
- г) инсценировки,
- д) ущерб,
- е) самообвинения и самоуничижения,
- ж) отрицания (нигилистический),
- з) ипохондрический,
- и) ревности,

- к) любовный,
- л) изобретательства,
- м) реформаторства,
- н) особого происхождения,
- о) сутяжничества,
- п) экспансивный,
- р) индуцированный.

Псевдопонятия – ложные понятия, создаваемые на основе случайных, несущественных признаков. Например, больная просит дать ей зеленое и обижается, что ее не понимают.

Уплотнение понятий (агглютинация) выражается в слиянии нескольких, достаточно отдаленных друг от друга представлений. Наблюдается при шизофрении и при некоторых органических поражениях головного мозга. Например: *на вопрос о самочувствии больная ответила: «шоколадно» и разъяснила это так: «после инсулиновых шоков здоровье мое налаживается».*

Неологизмы – новые, необычные понятия, создаваемые больным.

Например: *жалуюсь на свою судьбу, больная говорит: «это не жизнь, а афеиды и полторанши».*

Псевдопонятия, уплотненные понятия и неологизмы продуцируют обычно больные шизофренией. Однако следует помнить, что иногда неологизмы используются как литературный прием писателями, поэтами (Хлебников, Маяковский).

Ускоренное мышление наблюдается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях различного происхождения — при маниакально-депрессивном психозе, экзогенных психозах, в начальной стадии алкогольного опьянения. Обычно ускоренное мышление протекает на фоне повышенного настроения и повышенной отвлекаемости внимания, характеризуется быстрым, облегченным возникновением ассоциаций, чаще всего — поверхностных. Умственная продуктивность таких больных резко снижена, характерна легкая утрата объекта рассуждения. Значительное ускорение мышления называется «скачка идей». При скачке идей связь между мыслями не теряется, но больной может высказать лишь часть из них, речь не успевает за мыслью, начав одну фразу, больной, не заканчивая ее, переходит к другой, пропускает слова, спешит высказать следующую мысль и т. д.

При ускоренном мышлении нередко снижается рассудительность, чувство такта, смущения, больные могут сказать человеку в лицо то, что здоровый предпочтет утаить.

Пример речи больного:

«Доктор, я вас люблю...любовь не порок, а большое свинство... посмотрите на нее, у нее под халатом внука рубашка... из-под пятницы суббота... завтра суббота и придет мой муж...ха-ха...муж объелся груш... ха-ха».

Замедленное мышление наблюдается при астенических состояниях, депрессивном синдроме, характеризуется уменьшением количества идей и сопровождается субъективным чувством затруднения мышления, ощущением своей интеллектуальной несостоятельности. Мысли текут медленно, больные жалуются, что у них «мало мыслей», возможно появление ощущения пустоты в голове. Речь замедленная, бедна словами, ответы на вопросы односложные, после долгой паузы.

Задержка мышления (шперрунг) проявляется внезапной остановкой течения мыслей. Наблюдается у больных шизофренией и легко обнаруживается в беседе. Больной неожиданно замолкает, а затем объясняет свое молчание тем, что у него произошла задержка мыслей, на какое-то время возникло чувство отсутствия мыслей. Шперрунг может быть обнаружен при экспериментально-психологическом исследовании, когда в деятельности больного отмечаются различные по продолжительности остановки, которые он объясняет как «пропадание мыслей». Шперрунг может длиться от нескольких секунд до нескольких дней. Иногда сопровождается признаками психического автоматизма, в этом случае отсутствие мыслей больной объясняет как их «отнятие». Шперрунг не влияет на скорость протекания ассоциативных процессов, после задержки мысли вновь текут обычно.

Наплыв мыслей (ментизм) — тягостно переживаемый больным навязчивый автоматический поток мыслей, бессвязно возникающих и непрерывно текущих в сознании, независимо от желания больного. Наплыв мыслей входит в синдром психического автоматизма Кандинского — Клерамбо. Он наблюдается при шизофрении, энцефалите, травматических поражениях головного мозга, в состоянии крайней астении, при интоксикациях некоторыми лекарственными средствами (димедрол).

Патологическая обстоятельность мышления (вязкое мышление) наблюдается при эпилептическом слабоумии, в отдаленном периоде эпидемического энцефалита, при других органических заболеваниях ЦНС. Расстройство характеризуется обстоятельностью, повышенной детализацией, неумением отделить главное от второстепенного, трудностью в переключении с одной темы на другую. В речи отмечается наличие слов-паразитов («понимаете», «так сказать», «значит» и т. д.). Характерны повторения, паузы, уменьшительные и ласкательные слова. Больной уходит в сторону от основной темы рассказа, затем через некоторое время возвращается к ней и снова переходит к побочным деталям, мало реагирует на вопросы, которыми собеседник перебивает его речь, даже если эти вопросы должны помочь ему.

Образец речи больного:

Вопрос: «Правильно ли поступил человек, увязший в болоте, когда он пытался вытащить себя за волосы?»

Ответ: «Трудно сказать точно, какие волосы, брюнет наверно, если очень вязко, тогда не вытащит сам, а может ему и делать больше ничего

не оставалось. Пусть развлекается. Волос жалко, если хорошие, как в сказке, тянут-потянут - вытянут ли репку, а тоже трудно было».

Резонерство — пустые бесплодные рассуждения, лишённые познавательного смысла. Наблюдается при шизофрении, других заболеваниях. В резонерстве больной использует формальные, случайные ассоциации, при этом цель задания отодвигается на задний план, а на передний выдвигается стремление больного к рассуждательству. Особенно ярко резонерство выступает в тех случаях, где выполнение задания требует словесных определений, формулировок, сравнения понятий. В таких случаях можно наблюдать повышенную претенциозность, которая контрастирует с незначительностью объекта суждения, банальные рассуждения, патетичный тон речи, нередко на фоне повышенной самооценки и уровня притязаний.

При шизофрении резонерство выявляет актуализацию «слабых» признаков, нарушение ассоциативных процессов, разрушение формирующихся в течение жизни психических стереотипов. У больных эпилепсией резонерство носит компенсаторный характер, отражающий переоценку личности и проявляющееся поучительным тоном речи, шаблонными и бедными по содержанию суждениями, инертностью, трудностью отвлечения от ситуации, узостью диапазона мышления, эгоцентрическими тенденциями при бедности словарного запаса. При олигофрении степени дебильности резонерство также носит компенсаторный характер, когда за многословностью суждений скрывается бедность содержания речи.

Приводим образец резонерского мышления.

Трактат больного на тему «Почему возникает любовь». В организме человека в крови появляются гормоны. У мужчины – мужские, у женщины – женские. Эти гормоны белкового происхождения. Но когда они возникли? В каких условиях? Каждый человек с самого зарождения обладает способностью к возбуждению. Между возбужденной тканью и невозбужденной возникает биоток, который внешне выражается магнитным потоком. Сила этого магнитного возбуждения меняется в зависимости от внешних условий и внешние условия могут, таким образом, влиять на возбужденность организма. И вот сила этого магнитного поля одного человека (берем во внимание мужчину и женщину) начинает взаимодействовать с другим. Внутреннее возбуждение человека создает один потенциал. Внешний потенциал может способствовать внутреннему возбуждению. Внешний потенциал человек воспринимает через обонятельный орган, зрительный, чувствительный, слуховой и окружающее человека магнитное поле, которое не представляется возможности видеть, слышать и даже ощущать.

Паралогическое мышление наблюдается преимущественно при шизофрении и характеризуется нарушением логических связей в суждениях, умозаключениях, доказательствах, в причинно-следственных соотношениях. При этом нередко отмечается сохранная память, способность к счету, понимание и рассудительность по отношению ко многим обычным явлениям.

При паралогическом мышлении больной может употреблять не подходящие по смыслу выражения, мало заботясь о том, имеет ли то или иное выражение определенное содержание и смысл, отсутствуют рассудительность, критика в отношении логических ошибок, что с трудом поддается коррекции. При паралогическом мышлении больной игнорирует реальные верные предпосылки и доказательства, и заменяет их выводами, не имеющими логической связи с исходными суждениями.

Мышление соскальзывающее, аморфное – отклонение с главной мысли на побочные, которые заменяют главную. Утрата логической связи может быть полной или частичной.

Разорванное мышление типично для шизофрении и проявляется отсутствием смысловой связи между понятиями при сохранности грамматического строя речи. Речь больного лишена содержания, логической связи, хотя кажется внешне упорядоченной из-за сохранения грамматических связей. Лишь при резко выраженной разорванности нарушаются грамматические связи и тогда речь состоит из беспорядочного набора слов («словесная крошка»). При разорванном мышлении встречается соскальзывания мысли, выражающееся в переходах от одного представления к другому без естественных логических связей, возникают ассоциации по «слабому» или «латентному» признаку. Нередко речь больного не зависит от наличия собеседника (симптом монолога), речь перестает выполнять функции общения, она становится непонятной для окружающих.

Образцы речи больного с разорванным мышлением:

«Пирожное империализма – это сорок цыплят – пригорюнившись, чертили на ватмане луны ее глаза, а миллионер свистел.

«Покажи... я ее съем... Наделала бы пирожки... не знаю... я срежу такую же... пирожки... Ни про Ивана, ни про Дарего... Покажите... сделаю я... пластмасса... съем... дайте кружочек для пирожков.»

«Возьму все в кулак, понесу... повернутые можно. Ну, вот пожалуйста... Иван-пирожок... нажать кнопку... вертеть... маленький кабинетик... ходить по перрону.»

«А я кручу папиросу, а почему папиросу, а может папочку роз? А может быть не папиросу, а папирожное. Если папочка пирожное, то мама будет крем.»

«Спасибо, голубчик, что я - не Катя, Тетеньки, дяденьки, будьте любезны, посмотрите на мой любезный пальчик»

Образец «словесной крошки»: *«Хюмала, рюмала, тюмала, жюмала, мекс, регис, пан, пан, пан, ярбин, дирбин, паламида, бруда плет, ятка, пурус, лакхид, эливейтор, приобритейтед, манилоид, тюлиген, тридцать три, двадцать пять и два, двенадцать, двадцать два, помилуй мя, Господи, со святыми упокой, кой, кой, коечки, копеечки, рублики мои, твои, алишер навои, приди, уйди, вемала, пемала, так, всяк, як, бряк, как, так.»*

Бессвязное мышление (инкогерентное) характеризуется неспособностью образования ассоциаций, отдельные восприятия, образы, понятия не связаны между собой. Отсутствуют любые, даже примитивные,

механические ассоциации по сходству, по смежности во времени и пространстве. Больной дезориентирован во времени и месте, не понимает, что происходит вокруг, он растерян. Речь больных бессвязна, состоит из отдельных, случайных слов, не связанных ни по смыслу, ни грамматически, фразы построены неправильно.

Бессвязное мышление наблюдается при острых экзогенных психозах, сопровождающихся нарушением сознания в виде аменции, свидетельствует о тяжелом состоянии больного.

Приводим пример речи больного с бессвязным мышлением.

«Пришил ... остыл... трах... рык... никогда... да, да,, никому ... пряли... нивы ...о-о-о. А мама такая молодая, молоденькая, володенькая... тибол и ниф ... пух и прах».

Аутистическое мышление – опирается не на реальные факты, а на внутренние переживания больного, его субъективные установки, желания, фантазии. Больной не обращает внимания на то, что его мысли противоречат действительности. Нередко возникает как «озарение» и проявляется в осуществлении своих «сокровенных желаний».

Мышление символическое – больной придает различным понятиям иносказательное значение, которое совершенно непонятно другим людям, но для самого больного имеющее определенный смысл. Больной может символически понимать речь окружающих, значение цветов. Так, увидев санитарку в желтой кофте, заявила: «она – предательница, т.к. желтый цвет – цвет предательства».

Вербигерация – бессмысленное повторение одних и тех же слов или обрывков фраз или одновременное появление двух противоположных мыслей. Характерно для шизофрении.

Персеверации и стереотипии мышления — застревание на каких-то представлениях. Проявляется многократным повторением одних и тех же слов или предложений, из-за чего ответы больного иногда становятся бессмысленными.

Персеверации и стереотипии нередко сопровождают афазии у больных с постинсультным или старческим слабоумием, отмечаются и при других органических поражениях головного мозга.

Приводим пример речи больного с персеверацией:

Вопрос: «Как Ваше имя, отчество?»

Ответ: «Петр Иванович.»

Вопрос: «В каком году Вы родились?»

Ответ: «Иванович»

Вопрос: «Назовите свой адрес»

Ответ: «Иванович»

Аффективное мышление – больной строит суждения и умозаключения не логически, а на преобладающих в данный момент эмоциях и желаниях.

Навязчивые идеи — это представления и мысли, возникающие произвольно, независимо от воли больного, чуждые содержанию сознания

в данный момент, характеризуются критическим отношением к ним, пониманием их болезненного характера, а также активным стремлением от них избавиться. В отличие от бреда, при навязчивых идеях больные сохраняют критическое отношение к ним, идеи характеризуются эпизодичностью, приступообразным течением. Они встречаются при неврозе навязчивых состояний, при психастенической психопатии.

Доминирующие мысли – правильные мысли, связанные с жизнью, преобладающие в сознании человека и иногда мешающие ему сосредоточиться на текущей деятельности. Например, постоянные мысли во время работы о больном ребенке. Чаще наблюдается при депрессии.

Сверхценные идеи – суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занимающие непропорциональное их объективному значению преобладающее значение в сознании в результате их эмоциональной насыщенности. Сверхценные идеи бесплодны, мышление становится односторонним, все, что не связано со сверхценной установкой или противоречит ей, игнорируется, подавляется. Сверхценные идеи могут влиять на поведение, толкая субъект на исключительные действия.

В отличие от бреда, сверхценные идеи хотя и с трудом, но поддаются коррекции под влиянием веских логических доводов и изменения жизненных обстоятельств, что способствует утрате их аффективной насыщенности и актуальной значимости. Наблюдаются при психопатиях, шизофрении, аффективных психозах.

Бредоподобные фантазии – относительно кратковременны, наиболее характерны для подростков-психопатов, которые хотят предстать перед сверстниками в роли героя, незаурядной личности, для чего преувеличивают факты, сочиняют небылицы и сами в них верят.

Насильственные мысли – элементарны, появляются в сознании неожиданно, отсутствует этап сомнения и борьбы. Больные просят удерживать их от того чтобы они не бросились в пролет лестницы, не плюнули в лица кому-нибудь, т.к. не уверены, что смогут сами сдержаться. Наблюдаются у больных, перенесших энцефалит, черепно-мозговую травму.

Бредовые идеи — это возникающие на болезненной основе неправильные суждения и умозаключения, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции. Они искаженно отражают действительность, отличаются постоянством и непоколебимостью, попытки разубедить больного, доказать ему неправильность его бредовых построений, как правило, приводят лишь к усилению бреда. Характерна убежденность, уверенность больного в полной реальности, достоверности бредовых переживаний.

Развитие бреда связано с определенной динамикой состояния больного. Вначале это эмоциональные нарушения в виде внутренней напряженности, необъяснимого беспокойства, предчувствие неотвратимой беды, нарастающей тревоги. Больной пытается понять, что происходит, почему окружающее приобрело новый, непонятный ему смысл, нередко возникает бредовое восприятие: все вокруг кажется нереальным, искусственным или

угрожающим, зловещим, имеющим особое, скрытое от больного значение. Бредовое восприятие непосредственно связано с формированием бредового представления, на основе которого особо выделяются некоторые события прошлой жизни больного в их новом значении. Наконец, возникает бредовое осознание — своеобразное озарение с осознанием сути ранее непонятных явлений, бредовые суждения получают конкретное содержание, что сопровождается субъективным ощущением облегчения, эмоциональным успокоением — происходит кристаллизация бреда.

Первичный бред – его основу составляют ложные интерпретации (толкования), отправной точкой являются или реальные факты внешнего мира, или внутренние ощущения и переживания. Больные неожиданным образом истолковывают поведение окружающих, их высказывания. То же происходит и по отношению к неодушевленным предметам.

Это бред систематизированный, стойкий, расширяющийся и усложняющийся.

Вторичный бред – чувственный (образный) – возникает при наличии других психических расстройств: галлюцинаций, нарушений эмоций, сознания. Его интенсивность соответствует интенсивности этих психических нарушений. Чувственный бред чаще всего возникает остро, обычно несистематизирован, нестойкий, фабула его яркая, но нестойкая.

В зависимости от содержания высказываний выделяют бред преследования, воздействия, отравления, ревности, самообвинения и самоуничтожения, величия и т. д., в названии обычно отражая содержание бредовых переживаний.

Бред величия проявляется в утверждениях больных, что они обладают незаурядным умом и большой силой. При бреде богатства больной утверждает, что он владеет огромными сокровищами. Различные клинические виды бреда не являются специфичными для какого-то определенного психического заболевания. Так, бред величия, высокого происхождения и богатства может наблюдаться в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, при экспансивной форме прогрессивного паралича, парафренических состояниях различного генеза. В рамках каждой нозологической формы бред имеет свои клинические особенности. При маниакальном синдроме идеи величия зависят от аффективного состояния и не достигают значительной выраженности, при прогрессивном параличе бредовые идеи нелепые, аморфные, нестойкие, в структуре парафренного синдрома бредовые идеи носят систематизированный характер.

При бреде изобретательства больные говорят об изобретении ими различных аппаратов, приборов, которые призваны улучшить жизнь человечества. Такой вид бреда часто наблюдается при парафреническом синдроме в рамках шизофрении.

При эротическом бреде больной усматривает заинтересованность в нем отдельных особ противоположного пола. Объект бредовых переживаний обычно подвергается настоящему преследованию со стороны больного,

который посылает многочисленные любовные письма, назначает встречи. Нередко при этом отмечается болезненная переоценка больным собственной личности. Этот бред чаще встречается при шизофрении.

Бредовые идеи, характеризующиеся отрицательной эмоциональной окраской, типичны для депрессивных состояний. Это бредовые идеи самообвинения, греховности, обнищания, физического ущерба, ипохондрические. Бред самообвинения, самоуничужения и греховности наблюдается при выраженной циркулярной депрессии. При инволюционной меланхолии наблюдаются идеи самообвинения, обнищания, протекающие на фоне тревожно-тоскливого аффекта.

Идеи отношения проявляются в том, что любое событие или поступок окружающих приобретает в глазах больного особое значение. Красный свет светофора обозначает, что прольется кровь. Стоит больному зайти в трамвай, все начинают переглядываться.

При бредовых идеях преследования больной заявляет, что он стал объектом преследования отдельными лицами или группой людей, объединившихся с целью убить его. Следует помнить, что такие больные представляют известную социальную опасность, так как нередко они из преследуемых становятся преследователями и наносят тяжелые повреждения своим мнимым обидчикам (персекуторный бред).

При бреде воздействия больные убеждены в том, что они подвергаются воздействию с помощью различных аппаратов, лучей (бред физического воздействия) или гипноза, телепатического внушения на расстоянии (бред психического воздействия). Больные с идеями отравления утверждают, что им в пищу подсыпают яд, в квартиру напускают смертоносный газ и т. п.

Бредовые идеи отношения, воздействия, преследования, отравления чаще всего наблюдаются при шизофрении. Идеи отравления в сочетании с идеями физического ущерба наблюдаются при инволюционных психозах.

При бреде отношения, дополняющем бредовые идеи преследования, индифферентные для больного события он относит на свой счет. Происходящее вокруг для больного имеет двойной смысл, всему придается особое значение (бред значения).

Бред ревности характеризуется утверждениями больных о супружеской неверности партнера по браку. Больные следят за своей женой или мужем, постоянно выискивают доказательства измены, все поведение, внешний вид, высказывания супруга, окружающая его обстановка и события расцениваются как «улики», говорящие о супружеской неверности. Нередко такие больные социально опасны, поскольку могут предпринять попытки убийства неверного супруга и их мнимых любовников. Бред ревности наблюдается при шизофрении, алкоголизме.

Индукцированный бред возникает у психически здорового человека как результат заимствования бредовых идей психически больного, с которым соприкасается индуцируемый субъект. Наиболее часто он развивается у личностей с невысоким интеллектуальным уровнем, не способных самостоятельно правильно критически осмыслить ситуацию, с повышенной

внушаемостью. В этих случаях индуцированный человек начинает высказывать те же бредовые идеи и в той же форме, как это делает психически больной. Обычно это лица из окружения больного, которые особенно близко с ним общаются, связаны семейно-родственными отношениями. Способствуют появлению индуцированного бреда глубокая убежденность больного в правдивости своих мыслей, а также авторитет, которым он пользовался до болезни.

Больные с бредом инсценировки, бредом интерметаморфозы утверждают, что все вокруг специально подстроено, разыгрываются сцены какого-то спектакля из их жизни, ведется эксперимент, двойная игра, все непрерывно меняет свой смысл: то это больница с медицинским персоналом и больными, то какое-то следственное учреждение; врач — не врач, а следователь, история болезни — заведенное на него дело, больные и медицинский персонал — переодетые сотрудники органов безопасности.

Бред ущерба: больные считают, что недоброжелатели наносят им материальный или моральный ущерб, обворовывают, портят вещи, порочат, ущемляют в правах. Обычно проявляется в рамках бреда преследования.

Сутяжный, или кверулянтский, бред. Убежденные в невнимательном, несправедливом или недоброжелательном к ним отношении больные конфликтуют, посвящают себя разоблачениям, тратят на это много сил, времени, а порой и все свои материальные средства, жалуются в различные инстанции, включая в бред все новых и новых лиц; тематика бреда черпается из реальной ситуации: склоки с соседями, столкновения с членами семьи, сослуживцами.

В позднем возрасте при депрессивном бреде с ипохондрической тематикой высказывания легко принимают гротескный, мегаломанический характер. При этом бред становится по своему содержанию нигилистическим, или бредом отрицания. Например, вначале больной упорно утверждает, что у него имеется нераспознанное тяжелое заболевание желудка, от которого он умирает; далее появляются высказывания, что желудка нет, он сгнил, на месте желудка пустота; вскоре можно услышать, что нет и самого больного, он — живой труп, заживо разложился; еще позже — нет ничего: ни мира, ни жизни, ни смерти (синдром Котара).

Ипохондрический бред связан с убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого недуга. Близкой к нему является и дисморфомафия, которую можно определить как бредовую убежденность в наличии физического уродства, чаще всего видимых частей тела: формы или величины носа, ушей, зубов, рук, ног и др. Для дисморфомании характерным является подавленное настроение, тщательная маскировка больными своих «физических недостатков», активная деятельность, направленная на исправление мнимого дефекта, вплоть до хирургических операций, тенденция к возникновению и развитию идей отношения.

Расстройства речи

Выражением мышления является речь устная и письменная, нарушения которой встречаются при различных заболеваниях.

Выделяют две основные формы нарушений устной речи:

а) обусловленные психическими расстройствами (аффектом, бредом, помрачением сознания и т.д.) и б) обусловленные органическим поражением мозга, при которых страдают в первую очередь сенсорно-моторные "инструменты" речи. Иногда выделяют также нарушения речи, обусловленные невротическими состояниями.

Расстройства речи, обусловленные психическими нарушениями, касаются ее темпа (скорости), дикции, грамматического строя и содержания.

Речь ускоренная. Легкая степень ускоренной речи в одних случаях проявляется просто многословием; в других она перемежается поговорками, каламбурами, афоризмами, метафорами и цитатами, заимствованными из литературных произведений, что делает речь более образной и выразительной. Последовательность и смысл высказываний при этом явно не страдают. При выраженном ускорении речи больные не успевают закончить начатую мысль, фразы обрываются, темы высказываний беспрерывно меняются, а сама речь становится отрывочной и нередко прерывается вопросами, на которые не ждут ответа, продолжая говорить свое. Речь может перемежаться смехом, выкриками, свистом, пением и т.п. Смысл высказываний и их последовательность нарушаются при этом всегда. Дальнейшее ускорение речи приводит к тому, что высказывания начинают представлять собою разрозненные по смыслу фразы, состоять из отдельных слов и, наконец, могут появиться обрывки слов или нечленораздельные звуки,

При замедленной речи спонтанные высказывания уменьшаются в числе. Беднеет словарный запас, упрощается грамматический строй фраз. В ряде случаев больные отвечают односложно — "да", "нет" и т.п. Спонтанная речь может исчезнуть совсем, этот симптом называется мутизм.

Нарушение дикции проявляется усилением силы звука до крика или, напротив, его ослаблением до шепота. В зависимости от аффективных и других расстройств, появляется театральная, высокопарная, патетическая речь или, напротив, речь стонущая, причитающая. Изменения дикции речи зависят от акцентов, делаемых на отдельных словах или фразах, от появления несвойственных данному лицу интонаций, например, при пуэрильной речи. Особенности дикции проявляются в таких оттенках речи, когда в ней звучат уверенность, безапелляционность, уклончивость, недомолвки, слащавость, умиленность, приниженность, недоумение, тревога и т.д.

Нарушения грамматического строя и содержания высказываний обычно не представляют собой изолированного расстройства. Во многих случаях они тесно связаны с ритмом речи и дикцией.

Это следующие нарушения:

Брадифазия — общее название для всех случаев замедленной речи.

Вербигерация (речь стереотипная) — однообразное повторение или выкрикивание одних и тех же коротких фраз, слов или междометий

Вербигерация тревожная — однообразное повторение или выкрикивание коротких фраз, слов или междометий, имеющих депрессивное содержание: "отправьте меня в крематорий", "страшно, страшно, страшно; умираю, умираю" и т.д.; "ой, ой, ой" и т.д.

Глоссолалия (криптолалия) — создание собственного языка, в котором преобладающее место занимают неологизмы. У каждого больного словарь и синтаксис являются постоянными, что позволяет в определенной мере понять то, что они говорят

Логорея (полифразия, речевое недержание) — быстрая, многословная речь; может сопровождаться бессвязностью содержания.

Мимоговорение (миморечь) — ответы больных находятся вне связи с задаваемыми им вопросами; иногда не к месту ответы включают отдельные слова вопроса.

Монолог — непрерывная речь, обращенная к собеседнику, но обусловленная прежде всего внутренним состоянием больного, а не потребностью в обмене мнениями. При монологе могут совсем не обращать внимание на задаваемые вопросы и продолжают говорить свое. Монолог может состоять из правильно произносимых слов, объединяемых синтаксически, но может состоять в значительной степени из осколков слов, парафазий (вербальных и литеральных), сопровождаться логоклонией и нарушением синтаксиса (болезнь Альцгеймера). Если монолог является постоянной формой речи — это достоверный признак хронического, сопровождаемого негативными симптомами психического заболевания.

Мутизм — отсутствие словесного общения с окружающими при сохранности речевого аппарата.

Мутизм избирательный — отсутствие словесного общения при разговоре на определенные темы, в определенных ситуациях или в отношении отдельных лиц. **Мутизм истерический** — отсутствие речевого общения, сочетающееся с выразительной или гиперэкспрессивной мимикой и движениями

Речь зеркальная — произнесение слов (читаемых, слышимых, возникающих спонтанно) с конца.

Речь манерная (речь вычурная) — использование необычных, малопонятных или же не подходящих по смыслу слов.

Речь олигофазичная (олигофазия) — медленная, монотонная грамматически упрощенная и бедная словами речь.

Речь пуэрильная — использование взрослым слов и речевых оборотов, свойственных детям: употребление уменьшительных слов сюсюканье, картавость, упрощенный или искаженный грамматический строй фраз, упоминание о себе в третьем лице.

Речь слащавая — замедленная речь с употреблением уменьшительных форм слов, шаблонных оборотов, в которых много

определений, содержащих положительную аффективную оценку: "милый, хороший, дорогой".

Речь телеграфная состоит из коротких или отрывочных фраз, в которых отсутствуют предлоги и союзы.

Речь эхολалическая (эхолалия) — автоматическое однократное или многократное (эхопалилалия) повторение отдельных слов (эхофразия), услышанных от окружающих.

Шизофазия (речь шизофазическая) — форма разорванной речи: лишенный смысла набор слов объединяется в грамматически правильно построенные фразы

Расстройства речи, обусловленные преимущественно органическими поражениями головного мозга

Афазия — нарушение речи с полной или частичной утратой возможности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения собственных мыслей; артикуляционный аппарат слух остаются сохранными.

Афазия амнестическая (афазия номинативная) — нарушение способности называть предметы при сохранении возможности их описать. Начальным проявлением амнестической афазии является нарушение способности называть пальцы рук.

Афазия моторная (афазия экспрессивная, афазия Брока) — нарушение моторной активности речи при сохранении понимания устной и письменной речи.

Афазия сенсорная (афазия семантическая) — нарушение понимания речи.

Дизартрия (речь дизартрическая) — расстройство артикуляции с неясным произношением (смазанная, спотыкающаяся речь), замедленностью или прерывистостью речи.

Жаргонафазия — разновидность сенсорной афазии с бессвязностью речи, многословностью и обилием парафазий — literalных и вербальных.

Логоклония — судорожное, прерывистое, многократное повторение отдельных слогов или междометий: "та, та, та, та" и т.д.

Палилалия — многократное повторение последнего слога в слове или последнего слова в предложении.

Парафазия — искажение отдельных элементов речи при афазии: нарушение порядка слов в предложении, замена отдельных слов или звуков на неправильные,

Невротические расстройства речи.

Афония — отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи.

Афония психогенная — вызванная психической травмой афония. Разновидностью психогенной афонии является истерическая афония.

Заикание — расстройство плавности речи с возникновением произвольных задержек произнесения отдельных звуков и слогов или их повторением.

Расстройства интеллекта

Слабоумие — стойкое снижение уровня интеллекта. Различают два вида слабоумия — врожденное (**олигофрения**) и приобретенное (**деменция**).

К приобретенному слабоумию приводят эпилепсия, а также органические заболевания, при которых имеют место атрофические процессы в веществе головного мозга (сифилитический и старческий психозы, сосудистые или воспалительные заболевания головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы), шизофрения.

При шизофреническом слабоумии никогда не наблюдается грубых расстройств памяти, дефект при шизофрении касается эмоциональной жизни и мышления в виде нарастающей апатии и расщепления, распада единства и целостности психических процессов.

При эпилепсии в картине слабоумия на первый план выступают изменения мышления — чрезмерная обстоятельность, вязкость, тугоподвижность, превалирование элемента конкретно-описательного над обобщающим.

Различают лакунарное и тотальное слабоумие. При лакунарном слабоумии снижается работоспособность, прогрессирует потеря знаний, навыков, неравномерное ослабление памяти, слабость суждений, аффективная неустойчивость, утрата гибкости психических процессов, ухудшение приспособляемости, снижение самоконтроля. Больные, как правило, критически оценивают свой интеллектуальный дефект. При этом отношение больного к окружающему и близким ему людям остается прежним, мало изменяется круг интересов, сохраняются сложившиеся прежде убеждения. Личность беднеет, но сохраняет присущую ей систему отношений, основные морально-этические свойства. В таких случаях говорят об органическом снижении уровня личности, образовании «остаточной личности».

При тотальном слабоумии происходит полный распад личности. Наблюдается резко выраженное сужение круга интересов, сводящихся к удовлетворению элементарных биологических потребностей. При этом в первую очередь страдают наиболее высокие уровни личности, высшие эмоциональные проявления. Больные грубо некритичны к интеллектуальному снижению. Лакунарное и тотальное слабоумие в ряде случаев являются стадиями развития патологического процесса. В клинике церебрального атеросклероза, сифилиса мозга можно наблюдать перерастание слабоумия из лакунарного в тотальное.

Олигофрению (врожденное слабоумие) в зависимости от степени выраженности принято делить на идиотию, имбецильность и дебильность. Причины олигофрении различны: наследственные факторы (50% всех случаев олигофрении); болезни матери во время беременности

(интоксикация, инфекция); физическая травма плода; тяжелые роды, обусловившие кровоизлияние в мозг или травмы черепа у родившегося ребенка, и т.д. При олигофрении, в отличие от деменции, нет прогрессивности, т.е. дальнейшего разрушения нервной системы. При олигофрении чаще всего отмечается равномерная недостаточность всех сторон интеллекта, в то время как для деменции характерно несоответствие между отрывочными остатками знаний, свидетельствующими о богатстве имевшегося когда-то опыта, и общим снижением рассудительности, критики. Кроме того, при олигофрении имеет место недоразвитие не только психики, но и всего организма.

У больных с глубокой степенью идиотии отсутствует речь, окружающих они не узнают, выражение лица у них бессмысленное, внимание почти ничем не привлекается; пищу глотают не прожевывая. Отмечается резкое снижение всех видов чувствительности. Ходить больные начинают поздно. Движения плохо координированы. На чужую мимику и жестикуляцию они не реагируют, неопрятны в естественных отправлениях и неспособны к самообслуживанию. Иногда наблюдаются стереотипные движения, например маятникообразные раскачивания головой или туловищем из стороны в сторону.

При идиотии средней и легкой степени отмечается умение смеяться и плакать, некоторое понимание чужой речи, мимики и жестикуляции. Такие больные в состоянии фиксировать взгляд на предметах. У них несколько развит ориентировочный рефлекс. Они могут самостоятельно принимать пищу, но едят неопратно, могут осмыслить простейшую ситуацию и хотя ориентируются в привычном месте, совершенно не ориентируются во времени. Их лексикон ограничен несколькими десятками слов. Они узнают близких им лиц и могут проявлять элементарную привязанность.

При имбецильности у больных более или менее развита речь. Однако ее развитие происходит с задержкой, больные начинают говорить на 3—5-м году жизни. Словесный запас крайне беден. Больные понимают чужую речь, мимику и жестикуляцию в пределах их постоянного обихода. Новую ситуацию не осмысливают полностью и нуждаются в помощи, указаниях и руководстве. Простейшие навыки они усваивают, но выполняют их небрежно. С трудом выучиваются счету в пределах двадцати, могут заучить буквы алфавита, но не в состоянии овладеть чтением и письмом.

Дебильность — легкая степень олигофрении. Больные обладают значительно большим, чем при имбецильности, запасом слов, но им не хватает гибкости речи и они большей частью прибегают к стереотипным выражениям, трафаретным фразам, заученным словесным оборотам. Нередко отмечаются дефекты речи в виде шепелявости, аграмматизмов. Дифференцированные движения развиты недостаточно, но несложные формы трудовой деятельности они могут усваивать. Возможно обучение их в условиях вспомогательной школы.

Синдромы с преимущественным нарушением мышления

Параноидный синдром – характеризуется наличием несистематизированных бредовых идей различного содержания в сочетании с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями. Образный бред, чаще преследования, возникает остро, отличается многообразием фабулы, яркостью, масштабностью. Больные тревожны, беспокойны, испытывают страх, иногда растерянность. Они не могут понять, кто, за что и как их преследует. Поведение чаще пассивно-оборонительное. Наблюдается при экзогенных, психогенных психозах, шизофрении.

Синдром Кандинского-Клерамбо является разновидностью параноидного синдрома и характеризуется явлениями психического автоматизма, проявляющегося в виде идеаторного (кто-то руководит мыслями), моторного (движениями больного управляет чужая сила), эмоционального («делают настроение», «вызывают радость, печаль, страх, восторг»). Отмечаются псевдогаллюцинации, чаще всего слуховые, бредовые идеи воздействия, ментизм, симптомы открытости мыслей (ощущения, что мысли больного доступны окружающим людям) и вложенности мыслей (ощущение, что мысли больного являются чужими, переданными ему). Нередко у больных возникает ощущение, что в их голове звучат их собственные или чужие мысли, либо происходит их насильственный обрыв. Иногда бредовые идеи воздействия распространяются не только на самого больного, но и на его родственников или знакомых, в таких случаях больные уверены, что не только они сами, но и другие люди находятся под посторонним влиянием. Наиболее характерен для шизофрении.

Паранойальный синдром характеризуется наличием систематизированного бреда, при отсутствии нарушений восприятия и психических автоматизмов. Бредовые идеи основаны на реальных фактах, однако страдает способность больных к объяснению логических связей между явлениями реальности, факты отбираются односторонне, в соответствии с фабулой бреда. Нередко больные в течение длительного времени пытаются доказать свою правоту, пишут жалобы, обращаются с иском в суд, становятся «преследователями своих преследователей», что может представлять определенную социальную опасность. Наблюдается при шизофрении, пресенильных, реактивных психозах, алкоголизме.

Парафренный синдром – сочетание систематизированного или несистематизированного бреда с психическими автоматизмами, вербальными галлюцинациями, конфабуляторными переживаниями фантастического содержания, склонностью к повышению настроения. Наиболее характерен для поздних стадий шизофрении.

Синдром Котара – характеризуется сочетанием ипохондрического бреда с идеями громадности на фоне тоскливого настроения. У больных возникают идеи ущерба, смерти, гибели мира, самообвинения в совершении тяжких преступлений, характерны утверждения, что у больного «сгнил кишечник», «нет сердца», больные могут считать, что они уже давно умерли

и разлагаются. Наиболее часто синдром Котара наблюдается при инволюционной депрессии.

Особенности нарушения мышления у детей.

Преобладают элементарные нарушения, в основном темпа. Редок бред, как правило, несистематизированный. Бред простой и конкретный, нестойкий. При навязчивостях компонент борьбы выражен незначительно. В подростковом возрасте чаще бредоподобные фантазии, сверхценные идеи изобретательства и дифморфофобические идеи.

Диагностику расстройств мышления и интеллекта проводят путем беседы, наблюдения за больным, а также используя экспериментально-психологические методики (обобщение понятий, исключение понятий, сравнения, классификация, пояснение переносного смысла пословиц и поговорок, ассоциативный эксперимент, пояснение сюжетных картин, определение последовательности событий, определение интеллекта по методике Векслера).

Контрольные вопросы

1. Классификация нарушений мышления.
2. Расстройства образования понятий.
3. Нарушения мышления по темпу течения ассоциаций.
4. Расстройства формы мышления.
5. Нарушения содержания мышления.
6. Навязчивые идеи.
7. Доминирующие и сверхценные идеи.
8. Бредоподобные фантазии.
9. Насильственные мысли.
10. Бред, формы бреда.
11. Содержание бреда
12. Расстройства речи.
13. Нарушения интеллекта.
14. Синдромы с преимущественным нарушением мышления.

Задания для самопроверки

1. Больной обратился сам за медицинской помощью к психотерапевту после смерти своего дальнего родственника от туберкулеза. Последние недели больной постоянно ловит себя на мысли, что может заразиться туберкулезом или другим инфекционным заболеванием, в связи с этим стал очень часто (30 - 40 раз в сутки) мыть руки. Больной подчеркивает, что понимает нелепость своего поведения, однако усилием воли не может освободиться от мысли, что, возможно, на руках случайно оказалась особо опасная инфекция. Какое нарушение мышления наиболее вероятно у данного больного?

- A. Сверхценные идеи
- B. Навязчивые идеи

- С. Бредовые идеи
- Д. Резонерство
- Е. Паралогичное мышление

2. Больная считает, что на нее в течение 5 лет воздействует незнакомый мужчина, руководит ее действиями, заставляет совершать различные поступки помимо ее воли. Часто слышит его «голос», который звучит внутри ее головы. Нередко этот мужчина заставляет больную смеяться или плакать, хотя в эти моменты времени она совсем не хочет этого делать. Какое нарушение мышления отмечается у данной больной?

- А. Сверхценные идеи
- В. Навязчивые идеи
- С. Бредовые идеи
- Д. Резонерство
- Е. Паралогичное мышление

3. Больной считает, что «околдован могущественными людьми», которые на расстоянии могут вступать с ним в беседу, говорить его языком, руководить его движениями, изменить настроение. Себя больным не считает. Попытки врача переубедить больного вызвали раздражение вплоть до агрессии по отношению к врачу. Какое нарушение мышления наиболее вероятно у данного больного?

- А. Сверхценные идеи
- В. Навязчивые идеи
- С. Бредовые идеи
- Д. Доминирующие идеи
- Е. Бредоподобные фантазии

4. Больная 30 лет. Поведение неупорядоченное, настроение резко повышенное, спит только по 2 – 3 часа в сутки, надоедливая, непоседливая. Постоянно предлагает свою помощь медперсоналу, предпочитает яркую одежду и косметику, говорит много, быстро, голос осипший, часто меняет тему разговора, уследить за мыслями больной трудно. Какое нарушение мышления наиболее вероятно у данной больной?

- А. Разорванное мышление
- В. Ускоренное мышление
- С. Паралогичное мышление
- Д. Бессвязное мышление
- Е. Резонерство

5. Больная жалуется на бессонницу, отсутствие аппетита, тоскливое настроение, быструю утомляемость, в беседе заторможена, на лице выражение скорби, печали, голос тихий, паузы между предложениями длинные. Подчеркивает, что она не достойна внимания, что она виновна во всех неудачах своих родственников и близких. Считает, что ее жизнь

бесцельна и бессмысленна. Какое нарушение мышления отмечается у данной больной?

- А. Патологическая обстоятельность мышления
- В. Резонерство
- С. Бессвязное мышление
- Д. Разорванное мышление
- Е. Замедленное мышление

6. Больной 23 лет утром на обходе дал врачу записку следующего содержания: «Комсомольско-молодежную бригаду, обувное отделение девушек! и сотрудников-женщин! Извините, но примите поздравления от спортсменов-борцов. Не откажите в наших поздравлениях. Дело не в том, что по голове кнутом, но нужно только прицеливаться и прежде, чем говорить, знать». Определите нарушение мышления.

- А. Бессвязность
- В. Резонерство
- С. Паралогическое
- Д. Разорванность
- Е. Бредовые мысли

7. Больная на вопрос врача: «Как Вы себя чувствуете?» ответила: «Смотря, что Вы подразумеваете под словом «чувствуете». Если Вы имеете в виду ощущения, идущие из моих внутренностей, то Вам необходимо проанализировать результаты моих параклинических исследований. Если Вы имеете в виду мое психическое состояние, то по выражению моего лица Вы можете это понять». Определите нарушение мышления.

- А. Разорванность мышления
- В. Резонерство
- С. Бессвязность
- Д. Патологическая обстоятельность
- Е. Паралогическое мышление

8. Больной 32 лет в тревоге пришел на прием к врачу и сообщил, что сегодня утром, когда он ехал на работу, то в автобус вошла группа молодых людей, которые смеялись и толкали друг друга. Он «понял», что это его преследователи, и ему грозит смерть. Какое нарушение мышления у больного?

- А. Сверхценные идеи
- В. Паралогическое мышление
- С. Резонерство
- Д. Патологическая обстоятельность
- Е. Разорванность

9. Больная 43 лет, с 12 лет – эпилептические приступы. Регулярно принимает лечение. Настоящее обращение к врачу объясняет следующим образом: «Я

сегодня проснулась в 9 утра, а обычно я просыпаюсь в 7 часов. Болела голова, всю ломило. Так бывает после приступа. Извините, и простынь была мокрой. Сильно болел язык. За последнюю неделю это третий приступ, но после первых двух не болел язык, и простынь была сухой. Я решила поехать к Вам и все рассказать. По дороге встретила соседку, она меня остановила и стала жаловаться на своего сына, который пьянствует и нигде не работает». На желание врача прервать рассказ, больная ответила: «Вы простите, но этот сын был раньше хорошим человеком, работал, висел на Доске Почета...»
Какое нарушение мышления у больной?

- А. Резонерство
- В. Бредовые идеи
- С. Навязчивые идеи
- Д. Патологическая обстоятельность
- Е. Разорванность

10. Инженер-строитель 31 года. По характеру энергичный, настойчивый, много читает литературы по специальности. 3 года назад оформил рационализаторское предложение на изготовление конструкций для многоэтажных домов. Затем подал заявку на изобретение. Экспертная комиссия указала на недостатки конструкции. Решил, что хотят присвоить его идею. Посылал жалобы и письма в различные инстанции. Добиваясь своего, стал меньше внимания уделять семье. Неоднократно оформлял отпуск без содержания и ездил в различные строительные НИИ. В речи формальных нарушений мышления нет. Какое нарушение мышления у больного?

- А. Навязчивые идеи
- В. Сверхценные идеи
- С. Бредовые идеи
- Д. Паралогическое мышление
- Е. Бессвязное мышление

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Цель занятия: Уметь определять основные виды нарушений памяти для адекватной оценки информации, полученной от больного.

Содержание занятия

Память – психический процесс запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта. Расстройства памяти при психических и соматических заболеваниях проявляются нарушением способности запоминать, удерживать и воспроизводить усвоенный материал. Наиболее часто нарушения памяти встречаются при экзогенно-органических психозах (инфекционных, интоксикационных, травматических) и атрофических заболеваниях головного мозга. Возможно снижение способности к запоминанию на фоне нарушения внимания при развитии состояний

переутомления, а также в период реконвалесценции после соматических заболеваний.

Выделяют количественные и качественные нарушения памяти. К количественным относят усиление памяти (гипермнезия), ослабление памяти (гипомнезия) либо полное отсутствие памяти на определенный период (амнезия). Качественные нарушения памяти (парамнезии) представлены криптомнезией, конфабуляцией и псевдореминисценцией.

Классификация нарушений памяти

I Усиление памяти (гипермнезия)

1. Фиксационная
2. Репродукционная

II Ослабление памяти (гипомнезия), отсутствие памяти (амнезия)

1. Фиксационная
2. Репродукционная
3. Ретроградная
4. Антероградная
5. Антероретроградная
6. Прогрессирующая
7. Аффектогенная

III Парамнезии

1. Псевдореминисценции
2. Конфабуляции
3. Криptomнезии

IV Нарушение чувства знакомости

1. Симптом уже виденного
2. Симптом никогда не виденного
3. Симптом отрицательного и положительного двойника

Гипермнезия — усиление памяти, наблюдается чаще всего при маниакальных состояниях, иногда — при синдромах нарушенного сознания. Нередко гипермнезия сопровождается облегчением ассоциативного процесса. Чаще происходит усиление процесса репродукции. Так, люди, оказывающиеся в ситуациях, угрожающих жизни, неожиданно для себя вспоминают давно забытые эпизоды детства. Фиксационная амнезия проявляется в основном усилением механической, а не логико-смысловой памяти.

Гипомнезия – ослабление памяти. При развитии гипомнезии сначала происходит ослабление произвольной репродукции (репродукционная гипомнезия): больной не может вспомнить нужное слово или имя. Сосредоточение внимания лишь ухудшает результаты поиска забытого слова, но через некоторое время, когда это слово утрачивает для больного свою актуальность, оно само по себе как бы всплывает в памяти. В дальнейшем ухудшается удержание информации в памяти, а затем уже отмечается нарастающая недостаточность запоминания. Для гипомнезии

также характерно снижение вначале механической памяти и более длительная сохранность памяти смысловой, ассоциативной.

Амнезия — выпадение из памяти событий, произошедших в определенный период времени — встречается как после состояний нарушенного сознания, так и в связи с грубыми органическими поражениями головного мозга. В первом случае амнезия охватывает обычно более четко ограниченный отрезок времени.

Выделяют следующие виды амнезии:

Фиксационная амнезия – утрата способности запоминания, отсутствие памяти на текущие события. Фиксационная амнезия свидетельствует о грубых расстройствах памяти, она наблюдается при старческом слабоумии, при болезни Альцгеймера, а также при Корсаковском синдроме инфекционного, интоксикационного или травматического генеза.

Фиксационная амнезия легко обнаруживается в беседе. Больному называют имя и отчество собеседника, задают какой-либо посторонний вопрос и тут же просят повторить имя и отчество, которые он только что услышал. Невозможность повторения указывает на наличие фиксационной амнезии. Больной также не может вспомнить содержания только что прочитанной книги, что ел за завтраком, куда положил нужную вещь. Такие больные, придя в магазин, не могут вспомнить, что хотели купить. Нередко у таких больных отмечается и амнестическая дезориентировка — они не могут назвать число, месяц, год, город, в котором живут, не могут найти своей палаты, койки.

Репродукционная амнезия – невозможность воспроизведения необходимой в данный момент информации. Встречается при астенических состояниях, утомлении, волнении, церебральном атеросклерозе и т.д. Например, больные церебральным атеросклерозом в ответственной ситуации никак не могут вспомнить нужного имени, даты, термина, однако через некоторое время, когда необходимость в этом отпадает, эти сведения могут всплыть в памяти.

Ретроградная амнезия – исчезновение из памяти событий, предшествовавших причине, вызвавшей амнезию (черепно-мозговой травме, инсульту, эпилептическому припадку, отравлению, самоповешению и др.) за несколько минут, дней и даже недель. Например, человек, получивший черепно-мозговую травму вследствие автомобильной катастрофы, нередко не помнит не только сам момент аварии, но и не может ничего сказать о других событиях того же дня, предшествовавших аварии, даже если после потери сознания он пришел в себя и внешне ведет себя правильно.

Антероградная амнезия характеризуется пробелами воспоминания, относящимися к событиям, происшедшим и происходящим уже после начала заболевания. Выраженность амнезии часто зависит от глубины расстройства сознания. При глубоких расстройствах (сопор, кома) амнезия носит тотальный характер, тогда как после выхода из делирия наблюдается парциальная, фрагментарная амнезия.

При неблагоприятных экзогенных воздействиях у одного и того же больного отмечается сочетание антероградная и ретроградной амнезии — в этих случаях говорят об **антероретроградской амнезии**. Ретроградная или ретроантероградная амнезия является одним из признаков Корсаковского синдрома.

Прогрессирующая амнезия – утрата способности к запоминанию и постепенно нарастающее оскудение запасов памяти. Она является типичным симптомом старческого слабоумия. Динамика прогрессирующей амнезии соответствует закону Рибо — вначале из памяти исчезают недавно приобретенные сведения, забываются события текущие или недавнего прошлого, воспоминания о событиях далекого прошлого сохраняются сравнительно долго. На этой стадии прогрессирующей амнезии нередко оживляются воспоминания о далеком прошлом больного — больные живут переживаниями своего детства, юности, рассказывают об общении с давно умершими родственниками. Например, больная, страдающая старческим слабоумием, называет адрес, по которому она вместе с родителями жила в детские годы, свою девичью фамилию и не помнит фамилии по мужу, с которым прожила несколько десятков лет. Амнезия распространяется от нового к старому, от недавнего времени к давно происшедшему.

Иногда амнезия возникает психогенно. При этом исчезают из памяти определенные, обычно тяжелые для больного, неприятные переживания. В таких случаях говорят об **аффектогенной**, или **кататимической амнезии**.

Качественные нарушения воспоминаний (**парамнезии**) — изменение содержания воспоминаний.

Криптомнезия — искажение памяти, проявляющееся в исчезновении различий между действительными событиями и событиями, увиденными во сне, услышанными или прочитанными больным. При криптомнезии нарушения могут быть как по типу присвоения, так и отчуждения воспоминаний. В первом случае чужие идеи, чужое творчество, когда-то воспринятые человеком, осознаются как свои, новые, оригинальные. Например, больной может рассказывать собеседнику историю, которую за несколько минут до того сам от него услышал. В другом случае, больной может оценивать события, участником которых он был в действительности, как прочитанные или увиденные в кинофильме. К криптомнезии относится также воспроизведение чужих мыслей в качестве собственных, что иногда приводит к неосознаваемому плагиату.

Конфабуляции — ложные воспоминания фантастического содержания, воспоминания о событиях, которых не было и не могло быть в жизни больного («галлюцинации памяти»). При конфабуляциях провалы в памяти заполняются вымыслом, «вспоминается» то, чего на самом деле никогда не было. Например, больная, перенесшая церебральный инсульт, рассказывает о том, что ее на прошлой неделе «запускали в космос» с горы, которую описывает, утверждает, что забыла там свои тапочки, вспоминает, что очень мерзла в полете. Конфабуляции обычно красочны, аморфны, нестойки, они по своей фабуле могут быть похожими на реальность или

иметь явно фантастическое содержание. Конфабуляции наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга (сосудистые поражения центральной нервной системы, травматические, интоксикационные, инфекционные, например при сифилисе мозга) на фоне гипомнезии. Вместе с фиксационной, антеро- и ретроградной амнезией они входят в структуру Корсаковского синдрома.

Псевдореминисценции — ложные воспоминания, которых не было в данный период времени, но которые были или могли быть в прошлой жизни больного («иллюзии памяти»). В отличие от конфабуляций они являются более стабильными, повторно высказываются больным. При псевдореминисценциях искажаются воспоминания о времени или месте реальных событий. Например, больной, в течение нескольких месяцев находящийся в психиатрической больнице, на вопрос, чем он занимался накануне, «вспоминает», что был дома, перечисляет дела, якобы сделанные им.

Нарушения чувства знакомости.

Среди симптомов нарушения памяти особую группу составляют нарушения чувства знакомости. При данных нарушениях расстройства памяти могут сочетаться с патологией восприятия, эмоций, сознания.

Выделяют **симптом «уже виденного»** (*deja vu*) и **симптом «никогда не виденного»** (*jamais vu*). Симптом «уже виденного» сводится к тому, что впервые в жизни увидев что-либо, человек чувствует, будто это уже происходило с ним когда-то раньше. При этом присутствует критическое понимание ошибочности этого ощущения. Так, впервые приехав в чужой город, человек ходит по его улицам с чувством, будто он уже бывал здесь.

Симптом «никогда не виденного» заключается в том, что что-то хорошо знакомое воспринимается как чужое, чуждое, будто бы увиденное впервые. Критика остается сохранной, человек осознает факт нарушений, понимает, что это ему кажется: остается неизменным и знание самого явления. Так, однажды, войдя в свою комнату, человек как бы не узнает ее, хотя знает хорошо все особенности помещения и его убранства.

Синдром Капгра (J.M.Capgras) проявляется нарушением узнавания людей. Выделяют **синдром положительного двойника**, при котором больной считает незнакомых ему людей своими хорошими знакомыми, и **синдром отрицательного двойника**, когда больной не узнает своих родственников, знакомых, считает их подставными лицами, близнецами, двойниками близких ему людей.

Разновидностью синдрома Капгра является **симптом Фреголи**, при котором больные считают, что их «преследователи» изменяют свою внешность, чтобы их никто не узнал.

Нарушения чувства знакомости обычно сопутствуют психосенсорным расстройствам и выявляются в структуре синдромов дереализации и

деперсонализации. Эти нарушения чаще всего встречаются у больных с энцефалитами, опухолью мозга, с последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы, при эпилепсии, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе.

Корсаковский амнестический синдром – включает нарушения памяти на текущие события (фиксационную амнезию), ретро- и антероградную амнезию, псевдореминисценции, конфабуляции, амнестическую дезориентировку.

Корсаковский синдром встречается при органическом поражении головного мозга вследствие инфекционных заболеваний головного мозга, интоксикации, в том числе алкогольной, черепно-мозговой травмы, сосудистой патологии головного мозга и т.д.

Оценить особенности памяти больного можно с помощью клинико-психопатологического метода: в ходе беседы врач проверяет его память на недавние и отдаленные события, задавая специальные вопросы. Необходимо проверить память на общеизвестные исторические события. Для оценки кратковременной памяти можно предложить больному запомнить и затем повторить фразу или короткий рассказ.

При наличии у больного парамнезий врач в беседе с ним обнаруживает противоречивые, не согласованные друг с другом ответы. Для облегчения выявления парамнезий можно задавать наводящие вопросы, содержащие элемент внушения. Так, спрашивая больного, как давно мы с ним не виделись, мы тем самым вызываем у него неверное представление о том, что мы с ним уже когда-то встречались. Положительный ответ свидетельствует о наличии у больного обманов памяти.

При оценке состояния памяти необходимо учитывать общее состояние больного, например, при депрессии больные могут жаловаться на ослабление памяти и демонстрировать ее снижение, связанное с сужением круга интересов и снижением концентрации внимания. В таком случае необходимо проводить дополнительное экспериментально-психологическое исследование памяти.

Наличие конфабуляций и псевдореминисценций всегда указывает на значительное поражение памяти. При склонности больных к обману памяти можно получить ответы, которые часто не только не согласуются друг с другом, но даже противоречат один другому. Бывает, что на вопросы, содержащие в себе момент внушения, больной положительного ответа не дает, но вопроса не отклоняет, не указывает на его неосновательность и пытается найти соответствующее воспоминание. Это указывает на то, что больной не уверен в своих воспоминаниях, что у него имеется слабость памяти. В старости обманы памяти носят характер воспоминаний, возникших не спонтанно, а в результате подсказанных вопросов либо вызванного направления мыслей. Например, мы спрашиваем о каком-то письме, и это вызывает воспоминание о полученном письме, хотя больной никаких писем не получал.

Методика исследования расстройств памяти в клинике психозов предполагает такую форму его проведения, чтобы оно не походило на экзамен. Необходимо, где только возможно, подчеркивать медицинский характер исследования. Обычно после нескольких вступительных фраз можно спросить у больного, как у него обстоит дело с памятью, и после ответа переходить к исследованию, делая это деликатно, осторожно, чтобы не огорчать пациента. Можно, например, спросить, не знает ли он имени-отчества своего врача, и после ответа, что не знает, сообщить ему свое имя-отчество, попросив запомнить его, затем задать больному один-два других вопроса, например, как зовут его жену, сколько у него детей, и, получив ответы, снова спросить, не помнит ли он имени-отчества своего врача. Если больной не помнит этого, то можно спросить, было ли ему сегодня названо имя отчество его врача. Естественно, в случаях расстройства памяти время от времени следует повторять такого рода исследования.

Некоторые пациенты отказываются от исследования памяти, боясь обнаружить ее расстройство. В таких случаях врач задает вопросы, касающиеся недавних переживаний, например, помнит ли больной, что происходило с ним в последнее время, что он сегодня ел за завтраком, приходили ли к нему родные, когда он виделся с врачом. И если больной не может вспомнить, о чем с ним беседовал врач или кто к нему приходил, сделали ли ему инъекцию, сколько времени он находится в клинике, или в разное время дает разные ответы на одни и те же вопросы, то может быть сделан вывод о патологии памяти.

Для исследования состояния памяти используют экспериментально-психологические методики — от наиболее простых (пробы на запоминание слов, повторение за собеседником возрастающих рядов цифр в прямом и обратном порядке) до довольно сложных методик, требующих определенного опыта применения (шкала памяти Векслера, тест зрительной ретенции Бентона).

Контрольные вопросы

1. Определение гипомнезий и амнезий
2. Гипермнезии и их виды
3. Классификация амнезий
4. Нарушения чувства знакомости
5. Извращения памяти – парамнезии
6. Корсаковский синдром
7. Заболевания, при которых наблюдаются нарушения памяти.

Задания для самопроверки

1. Больная 74 лет, не может запомнить, где ее палата, койка, не узнает врача, не ориентируется в отделении. Без помощи посторонних не находит туалет, столовую. Дочку, приходящую на свидание, узнает, но после ее ухода не помнит, приходила ли она. Определите вид нарушения памяти у больной.

А. Репродукционная амнезия

В. Фиксационная амнезия

- С. Антероградная амнезия
- Д. Ретроградная амнезия
- Е. Криптомнезия

2. Больная 17 лет была доставлена в клинику после травмы черепа в состоянии комы. Когда пришла в сознание, не могла вспомнить, чем занималась утром, с кем встречалась по дороге, где упала. Определите вид нарушения памяти.

- А. Антероградная амнезия
- В. Прогрессирующая амнезия
- С. Ретроградная амнезия
- Д. Репродукционная амнезия
- Е. Фиксационная амнезия

3. Больная рассказала соседкам по палате о том, что случилось однажды с нею. Когда же ей напомнили, что точно такое же все (в том числе и она) видели вчера в телесериале, больная продолжала утверждать, что точно такое событие было в ее жизни. Определите вид нарушения памяти.

- А. Псевдореминисценция
- В. Конфабуляция
- С. Криптомнезия
- Д. Симптом уже виденного
- Е. Гипермнезия

4. Больная в состоянии маниакального возбуждения вспомнила стихотворение, которое изучала много лет назад в школе. С пафосом читала его врачу, не пропустив ни одной строчки. Когда настроение больной нормализовалось, не могла вспомнить содержания этого стиха. Какое нарушение памяти было у больной?

- А. Репродукционная гипермнезия
- В. Криптомнезия
- С. Фиксационная гипермнезия
- Д. Псевдореминисценция
- Е. Симптом уже виденного

5. Студент на экзамене очень волновался, хотя и знал хорошо ответ на вопросы билета. Когда экзаменатор попросил назвать один препарат, никак не мог вспомнить его названия. Выйдя из комнаты экзаменатора, неожиданно вспомнил это название. Какое нарушение памяти было у студента.

- А. Ретроградная амнезия
- В. Репродукционная амнезия
- С. Фиксационная амнезия
- Д. Прогрессирующая амнезия
- Е. Симптом никогда не виденного

6. Больная, в прошлом швея, находится в клинике 3 месяца. На вопрос, где она была сегодня, ответила: «Ходила на работу, наше ателье получило заказ на пошив школьной формы, пришлось поработать сверхурочно». Какое нарушение памяти у больной?

- А. Псевдореминисценция
- В. Конфабуляция
- С. Криптомнезия
- Д. Симптом уже виденного
- Е. Репродукционная гипермнезия

7. Когда больную спросили, чем она вчера занималась, она ответила, что вернулась из Бомбея, где руководила работой парламента. Приводила подробные детали, какие вопросы обсуждались, как выступали члены парламента, основные положения своей речи. Какое нарушение памяти у больной?

- А. Криптомнезия
- В. Прогрессирующая амнезия
- С. Конфабуляции
- Д. Репродукционная гипермнезия
- Е. Псевдореминисценции

8. Больной 32 лет успешно оперирован по поводу прободной язвы желудка. После выхода из состояния наркоза узнал сидящую рядом жену. В последующие дня был полностью адекватен, ежедневно его навещала жена, рассказывала о детях. Больной все запоминал, хорошо вспоминал прошлое. На 5 день после операции заявил жене, что давно ее не видел, обижен, что она не интересуется его здоровьем, только сегодня пришла в первый раз. Когда жена стала доказывать, что была у него каждый день, напоминала ему, о чем они разговаривали, категорически отрицал это. Какое нарушение памяти у больного?

- А. Симптом никогда не виденного
- В. Ретроградная амнезия
- С. Прогрессирующая амнезия
- Д. Репродукционная амнезия
- Е. Антероградная амнезия

9. Больная 84 лет не узнает своих детей, внуков, не помнит их имен, возрастов, не помнит своего адреса, где и кем работала, жив ли муж. Помнит имена своих родителей, город, в котором училась в гимназии, им своей учительницы. Со слов дочери, нарушения памяти у больной появились 5 лет назад и развивались следующим образом: вначале забывала недавние события, затем постепенно из памяти выпадали более отдаленные. Какое нарушение памяти у больной?

- А. Антероградная амнезия
- В. Репродукционная амнезия

- С. Ретроградная амнезия
- Д. Прогрессирующая амнезия
- Е. Псевдореминисценции

10. Врач после суточного дежурства и следующего рабочего дня очень устала. По дороге домой в трамвае боролась со сном. Выйдя из трамвая на своей остановке, вдруг увидела, что оказалась в незнакомом месте, дома, улица, магазин ей незнакомы. При этом понимала, что это ей только кажется и что она находится рядом со своим домом. Определите вид нарушения памяти.

- А. Псевдореминисценция
- В. Симптом никогда не виденного
- С. Фиксационная амнезия
- Д. Репродукционная амнезия
- Е. Прогрессирующая амнезия

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИЙ

Цель занятия: научиться определять эмоциональное состояние больных и корригировать его нарушения.

Содержание занятия

Психологическая характеристика эмоций

Эмоции – (от лат. возбуждать, волновать) – реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовольствие, неудовольствие).

Настроение – длительное, но не достигающее значительной интенсивности эмоциональное состояние, окрашивающее все психические процессы на протяжении часов и дней. При этом эмоциональный тон может быть как положительный, так и отрицательный.

Аффект – кратковременная, бурная эмоция, которая сопровождается не только эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности.

Физиологический аффект возникает при действии сильных раздражителей, характеризуется некоторой односторонностью мышления, бурной двигательной реакцией, которые, однако, находятся под контролем сознания (человек сохраняет способность отдавать отчет в своих действиях и управлять ими). Физиологический аффект не сопровождается помрачением сознания, автоматизмами, амнезией. Чаще всего наблюдается при астенических состояниях.

Астенический аффект – быстро истощающийся аффект, сопровождающийся угнетенным настроением, снижением психической активности, самочувствия и жизненного тонуса.

Стенический аффект характеризуется хорошим самочувствием, повышением психической активности, ощущением собственной силы.

Патологический аффект возникает в ответ на внешне незначительный повод, характеризуется бурной, эмоциональной реакцией с нарушением сознания (сумеречное состояние сознания), двигательным возбуждением с разрушительными действиями, резкой вегетативной реакцией. Характерен последующий сон и амнезия событий, имевших место в период аффекта. Может возникнуть у астенизированных людей, но чаще отмечается у возбудимых психопатов, у больных, перенесших травмы черепа, страдающих церебральным атеросклерозом, гипертонией и пр.

Дифференциация физиологического и патологического аффектов имеет практическое значение при судебно-психиатрической экспертизе.

Страсть - сильное, стойкое и глубокое чувство, захватывающее всего человека и подчиняющее себе основную направленность его мыслей и деятельности.

Классификация нарушений эмоций и чувств.

1. Нарушение силы эмоций

- 1) Патологическое усиление:
 - а) гипертимия
 - б) эйфория
 - в) гипотимия
 - г) экстаз
 - д) депрессия
 - е) тревога
 - ж) гневливость
- 2) Патологическое ослабление :
 - а) паралич эмоций
 - б) апатия
 - в) эмоциональное уплощение
 - г) эмоциональная тупость.

2. Нарушение подвижности эмоций:

- 1) слабодушие (недержание эмоций)
- 2) лабильность
- 3) инертность (застреваемость) эмоциональных переживаний.
- 4) эксплозивность

3. Нарушение адекватности эмоций:

- 1) неадекватность
- 2) амбивалентность
- 3) фобии
- 4) дисфории
- 5) дистимии
- 6) патологический аффект.

Синдромы нарушений эмоций.

1. Депрессивный (меланхолический) синдром.
2. Маниакальный синдром.
3. Генерализованное тревожное расстройство
4. Паническое расстройство
5. Фобические расстройства

Гипертимия – веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении проблем. Сопровождается живой, быстро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро появляющихся и исчезающих эмоций. Проявление мимических реакций часто утрировано, чрезмерно бурно и ярко. Выразительные действия усилены, ускорены, быстро меняются, достигая в ряде случаев маниакального возбуждения.

Эйфория – патологически повышенное настроение, нередко возникает вне связи с окружающей действительностью, физическим состоянием самого больного. Обычно отмечается при маниакальных состояниях, а также

некоторых тяжелых заболеваниях (туберкулез, болезни сердца). При органических процессах нередко эйфория имеет нелепый, дурашливый характер (мореподобное и гебефреническое состояние). Входит в структуру маниакальных, маниакально-бредовых, онейроидного, парафренного синдромов, алкогольного, наркотического и токсического опьянения.

Мория - характерно сочетание подъема настроения с расторможенностью влечения, дурашливостью, плоскими нелепыми шутками, иногда на фоне обнубления сознания. Наблюдается чаще при поражении лобных долей мозга.

Гипотимия - сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимаются только в мрачных тонах.

Депрессия - патологически подавленное, меланхолическое, тоскливое настроение, глубокая печаль, уныние. Нередко сопровождается различными физическими тягостными ощущениями, чувством стеснения тяжестью в области сердца (предсердечная тоска). Наблюдается при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, пресенильном психозе, реактивных психозах, шизофрении. В ряде случаев больные утрачивают чувства, становятся безразличными к людям и событиям, которые раньше вызывали у них выраженные эмоции. Такое отсутствие привычных эмоций вызывает мучительное чувство опустошенности, тяжело переживается больными, вызывает у них подавленное настроение (болезненная анестезия психики). Болезненная анестезия наблюдается при маниакально-депрессивном психозе, инволюционной депрессии, циркулярной форме шизофрении. Иногда мучительное чувство безысходной тоски сопровождается возбуждением (ажитированная депрессия или меланхолический врыв).

Тревога – переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу. Входит в структуру невротических, тревожно-депрессивных, острых бредовых, аффективно-бредовых синдромов и синдромов помрачения сознания.

Гневливость – высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающими со склонностью к агрессии, разрушительным действиям. Входит в структуру дисфории, сумеречных состояний сознания, психоорганического синдрома.

Апатия - ослабление эмоций, болезненно переживаемые безучастность и безразличие к окружающему и своему поведению. Больные не интересуются окружающим, не высказывают никаких желаний. Обычно сочетается с резким падением психической, волевой активности. Может наблюдаться при интоксикациях, после травм черепа, инфекционных заболеваний.

Эмоциональное уплощение – утрата тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, способность сопереживать. Больные становятся назойливыми, бесцеремонными. Наблюдается при алкоголизме, наркоманиях.

Эмоциональная тупость – стойкое и полное безразличие, особенно к страданиям других людей. Ослабление эмоциональных проявлений касается как высших, так и низших эмоций, связанных с инстинктами. Такие больные равнодушны к болезни, они не переживают по поводу болезни и смерти родителей, детей. Характерна для шизофрении.

Паралич эмоций – чувство полной опустошенности, безразличия, возникающее при действии внезапных тяжелых психических травм. Обычно носит кратковременный характер.

Лабильность эмоций – легкая смена эмоций, быстрый переход от одной эмоции к другой, сочетается со значительной выраженностью эмоциональных реакций. Обычно наблюдается при истерической психопатии.

Слабодушие, эмоциональная слабость - проявляется неустойчивостью настроения, «недержанием» эмоций, когда ослабевает способность человека управлять своими чувствами. Особенно трудно больным сдерживать слезы в минуты умиления, сентиментального настроения. Колебания настроения, переход от отрицательных к положительным эмоциям и наоборот совершается под влиянием незначительных поводов, что свидетельствует о повышенной эмоциональной чувствительности. Наблюдается при состоянии астении, в период реконвалесценции после соматических болезней, черепно-мозговых травм, в начальной стадии сифилиса мозга, прогрессивного паралича, но особенно часто встречается при церебральном атеросклерозе.

Тугоподвижность (инертность, ригидность) – характеризуется длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез. Входит в структуру эпилептических изменений личности, психоорганического синдрома.

Эксплозивность (англ. explosive - вспыльчивость) – недержание аффекта. Обнаруживается при дисфориях и выражается сильными, неадекватными по поводу, их вызвавшему, эмоциональными, а иногда и двигательными реакциями.

Неадекватность эмоций - несоответствие эмоциональных реакций внешним ситуациям, их вызвавшим, или высказываниям самого больного. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

Амбивалентность - возникновение к одному и тому же объекту одновременно двух противоположных чувств (например, любви и ненависти). Обычно наблюдается при шизофрении.

Фобии – навязчивые страхи, характеризующиеся критическим отношением больного к ним, стремлением от них избавиться (например: навязчивый страх высоты, открытого пространства, страх заражения и пр.). Чаще наблюдается при прочих навязчивых состояниях (мысли, влечения,

действия) у больного неврозом навязчивости, иногда в начальных стадиях атеросклероза, при шизофрении.

Разновидности навязчивых страхов (фобий):

- ✓ Агорафобия – навязчивая боязнь площадей, широких улиц.
- ✓ Аэрофобия – навязчивый страх движущегося воздуха.
- ✓ Акарофобия – навязчивый страх заболеть чесоткой.
- ✓ Алгофобия – навязчивый страх боли.
- ✓ Астрофобия – навязчивый страх грома, молнии.
- ✓ Вертигофобия – навязчивый страх головокружения.
- ✓ Вомитофобия – навязчивый страх рвоты.
- ✓ Гематофобия – навязчивый страх крови.
- ✓ Гидрофобия – навязчивый страх воды.
- ✓ Гинекофобия – навязчивый страх женщин.
- ✓ Клаустрофобия - навязчивый страх тесноты, маленьких помещений.
- ✓ Никтофобия – навязчивый страх темноты.
- ✓ Нозофобия – навязчивая боязнь болезни.
- ✓ Канцерофобия – навязчивый страх заболеть раковой опухолью.
- ✓ Сифилофобия – навязчивый страх заболеть сифилисом.
- ✓ Спидофобия – навязчивый страх заболеть СПИДом.
- ✓ Радиофобия – навязчивый страх заболеть болезнью, связанной с воздействием радиации.
- ✓ Оксифобия – навязчивая боязнь острых предметов.
- ✓ Октофобия – навязчивый страх пищи.
- ✓ Танатофобия – навязчивый страх смерти.
- ✓ Фобофобия – навязчивый страх страха.

Дистимия – это кратковременное (в течении нескольких часов или дней) расстройство настроения в виде депрессивно-тревожного с гневливостью, недовольством, раздражительностью.

Дисфория – внезапно возникающее, немотивированное расстройство эмоций, характеризующееся напряженным тоскливо-злым настроением с выраженной раздражительностью и склонностью к аффектам гнева с агрессией. Наиболее часто отмечается при эпилепсии, наблюдается также при органических заболеваниях нервной системы и при психопатии возбудимого типа.

Нарушения эмоций сопровождаются изменениями мимики и выразительных движений.

Гипермимия – проявление мимических реакций утрировано, бурно и ярко. Выразительные движения усилены, ускорены, быстро меняются.

Амимия, гипомимия – обеднение мимики, застывшее выражение лица. Выразительные движения замедлены.

Парамимия – неадекватность мимики и выразительных действий ситуации. В одних случаях это проявляется улыбкой на похоронах, слезами и гримасами, плачем при торжественных и приятных событиях. В других случаях мимические реакции не соответствуют каким-либо переживаниям –

это различные гримасы. Например, больной зажмуривает глаза и открывает рот, морщит лоб, надувает щеки и т.д.

Синдромы эмоциональных расстройств

Наиболее частыми являются синдромы депрессивный и маниакальный, для которых характерна триада, состоящая из расстройств настроения, двигательных нарушений и изменений течения ассоциативных процессов. Характерны также нарушения внимания, сна аппетита.

Депрессивный синдром

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимических расстройств велик – от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках – настоящее, будущее, прошлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердечная тоска».

Замедление ассоциативного процесса проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направленности мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедлены, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной обездвиженности (депрессивный ступор).

Для психотического варианта депрессивного синдрома характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничужения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

Депрессивный синдром обычно сопровождается выраженными вегетативно-соматическими нарушениями: тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями артериального давления с тенденцией к гипертензии, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, потерей аппетита, снижением массы тела, упорными запорами, эндокринными расстройствами.

В последние годы нередко врачи обнаруживают у больных так называемые «скрытые», «маскированные» депрессии, при которых эмоциональный компонент депрессивного синдрома выражен незначительно, а преобладают сомато-вегетативные нарушения. «Маски депрессии» могут иметь различные клинические формы:

1. *«Маски» в форме психопатологических расстройств:* тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия), обсессивно-компульсивные (навязчивости), ипохондрические, неврастенические.
2. *«Маски» в форме нарушения биологического ритма:* бессонница, гиперсомния.
3. *«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:* синдром вегетососудистой дистонии, головокружение, функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.) нейродермит, кожный зуд, анорексия, булимия, импотенция, нарушения менструального цикла.
4. *«Маски» в форме алгий:* цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии, фибромиалгии, невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), спондилоалгии, псевдоревматические арталгии.
5. *«Маски» в форме патохарактерологических расстройств:* расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания), антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии), истерические реакции

При диагностике «скрытых депрессий» необходимо учитывать следующие их признаки:

1. Субъективно неприятные переживания наиболее выражены утром.
2. Полиморфизм, неопределенность, обилие упорных сомато-вегетативных жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни.
3. Расстройство витальных функций (сна, аппетита, месячных, потенции, потеря веса).
4. Периодичность расстройств, спонтанность их возникновения и исчезновения.
5. Сезонность – чаще весной и осенью.
6. При применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматического заболевания.
7. Отсутствие эффекта от соматической терапии.
8. Больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у врачей различных специальностей, и несмотря на неудачи в лечении, упорно продолжая посещать врачей.

Наблюдается маскированная депрессия в различных вариантах при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, пресенильных и реактивных депрессиях, шизофрении, соматогенных психозах (в сочетании с астенией, тревогой, тоской).

Маниакальный синдром.

Характерна маниакальная триада: эйфория (неадекватно повышенное настроение), ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности.

Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические сведения. Несмотря на то, что больной говорит без умолку и охотно беседует с врачом, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоциации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматически жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии они склонны переоценивают свои способности и возможности.

Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания.

Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями.

Различные варианты маниакального синдрома встречаются при маниакально-депрессивном психозе, а также шизофрении, затяжных симптоматических психозах, после черепно-мозговых травм, при прогрессивном параличе, при острых интоксикациях.

Генерализованное тревожное расстройство проявляется жалобами на внутреннее напряжение, тревогу, предчувствие грозящей беды, не связанные с какими-то определенными обстоятельствами. Характерны беспокойство и непоседливость, трудности сосредоточения, мышечное напряжение, дрожь, разнообразные вегетативные нарушения.

Паническое расстройство - эпизодическая пароксизмальная тревога, возникающая внезапно, преимущественно в ночное время, приступы мучительной тревоги со страхом смерти, ощущением нехватки воздуха, тахикардией, подташниванием, чувством онемения конечностей, жара или холода, холодным потом, продолжающиеся до часа и более.

Фобические расстройства - периодически возникающие приступы страха, имеющего конкретно-чувственное содержание: внезапную остановку сердца, потерю сознания, несчастный случай и пр., в которых проявляется психологическая защита от неосознаваемого больным конфликта личности. Приступы бывают приурочены к определенной ситуации: пребывание в одиночестве, в замкнутом пространстве, в толпе народа, при переходе улицы, при поездке в общественном транспорте и т. п., но редко возникают в медицинском учреждении, в присутствии врача. Сопровождаются вегетативными симптомами. *Социальные фобии* связаны с боязнью попасть в неловкую ситуацию перед другими людьми: покраснеть, показаться смешным, в связи с чем больной избегает многолюдных мест, публичных выступлений и т.д.

Сравнительно-возрастные особенности маниакального синдрома.

У детей в дошкольном и младшем школьном возрасте можно думать о гипоманиакальном состоянии только в тех случаях, когда приподнятое настроение с эйфорией и грубыми нарушениями поведения продолжается длительное время. В этом возрасте гипомания может проявляться в двигательной расторможенности, суетливости, непослушании, упрямстве, многоречивости.

В младшем пубертатном и пубертатном возрасте эйфорическое настроение бывает при маниакальном состоянии достаточно отчетливым, но ведущими остаются нарушения поведения. Больные двигательны активны, агрессивны, драчливы, сексуально расторможены, прожорливы.

У старших подростков маниакальные состояния подобны таким же расстройствам, наблюдаемым у взрослых.

Сравнительно-возрастные особенности депрессивного синдрома.

В более раннем возрасте депрессии проявляются вялостью, двигательным беспокойством, нарушением аппетита, наблюдается потеря массы тела, нарушение ритма сна.

Депрессивные состояния могут возникнуть при эмоциональной депривации, лишении ребенка контакта с матерью. Такие состояния чаще обозначаются как «анаклитическая депрессия».

Анаклитическая депрессия возникает у детей в возрасте 6-12 мес., разлученных с матерью и находящихся в плохих условиях существования, проявляется адинамией, анорексией, снижением или исчезновением реакции на внешние раздражители, задержкой развития психики и моторики.

У детей раннего возраста выделяют адинамическую и тревожную депрессии. Адинамическая депрессия проявляется вялостью, медлительностью, монотонностью, безрадостным настроением, тревожной плаксивостью, капризностью, негативизмом, двигательным беспокойством.

В дошкольном возрасте преобладают вегетативные и двигательные расстройства, но внешний вид детей свидетельствует о пониженном настроении: страдальческое выражение лица, позы, тихий голос.

У детей младшего дошкольного возраста на первый план выступают нарушения поведения: вялость, замкнутость, потеря интереса к играм, трудности в усвоении школьного материала.

В пубертатном возрасте уже обнаруживается депрессивный эффект, который сочетается с выраженными вегетативными расстройствами: головными болями, нарушениями сна, аппетита, запорами, стойкими ипохондрическими жалобами. У мальчиков часто преобладает раздражительность, у девочек – подавленность, слезливость, вялость.

Методы исследования эмоций.

Учитывается субъективный отчет больного о его настроении, наблюдение за его мимикой и пантомимикой, состояние вегетативных функций. Следует обратить внимание на качество сна, аппетита, величину зрачков, влажность кожи и слизистых, частоту пульса, величину АД.

Кроме клинического обследования, используются экспериментально-психологические методы (ТАТ, метод Роршаха, Розенцвейга и др.).

Контрольные вопросы

1. В чем различие между физиологическим и патологическим аффектом.
2. Виды патологического усиления положительных эмоций.
3. Виды патологического усиления отрицательных эмоций.
4. Виды снижения эмоций.
5. Нарушения адекватности эмоций.
6. Нарушения стойкости эмоций.
7. Депрессивный синдром, заболевания, при которых он наблюдается.
8. Маскированные депрессии, их виды.
9. Маниакальный синдром, заболевания, при которых он наблюдается.
10. Особенности эмоциональных нарушений у детей.
11. Методы определения эмоционального состояния больного.

Задания для самопроверки

1. Больной 27 лет в ответ на претензии матери по поводу неубранной посуды громко закричал, разбил тарелки, разломал мойку, ударил брата, покраснел, покрылся потом, не реагировал на крик родных и попытку его успокоить, ушел к себе в комнату упал на кровать и заснул, долго спал, проснувшись нечего о случившемся не помнил. Определите вид нарушения эмоций.

- A. Дисфория
- B. Аффект физиологический
- C. Аффект патологический
- D. Неадекватность эмоций
- E. Лабильность эмоций

2. Больная 32 лет оказалась запертой в остановившемся лифте, испытала сильный испуг, страх смерти появилась тахикардия, тремор, отдышка, неприятные ощущения в груди, головокружение, тошнота, резкая слабость. Описанные явления прошли как только вышла из лифта. При последующих попытках воспользоваться лифтом возникли вышеописанные состояния. Определите состояние больной.

- A. Агарофобия
- B. Социофобия
- C. Истерия
- D. Депрессия
- E. Клаустрофобия

3. Больной 42 лет двигательльно расторможен, неусидчив, охотно декламирует стихи, громко поет, охотно говорит о своем сценическом таланте, хвастается своими успехами, постоянно что-то рассказывает другим, но легко отвлекается на любые раздражители, гиперсексуален. Определите ведущий синдром.

- А. Маниакальный
- В. Депрессивный
- С. Гебефренический
- Д. Кататонический
- Е. Астенический

4. Больной 27 лет, с 18 лет диагностирована простая форма шизофрении. Последние 3 года не работает, безучастен к своей судьбе. Неопрятен, с трудом удается искупать его, не причесывается, подолгу не меняет белье. Безразличен к родителям, не интересуется здоровьем отца (онкобольного). Не общается с прежними друзьями, полностью бездеятелен. Определите состояние эмоций у больного.

- А. Апатия
- В. Эмоциональная тупость
- С. Паралич эмоций
- Д. Лабильность эмоций
- Е. Слабодушие

5. Больная 25 лет, госпитализируется впервые в связи с тревогой и беспокойством. В отделении не сидит на месте, непрерывно ходит по палате, плачет навзрыд, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны на лице выражение страха, страдания, просит врача сделать ей «смертельный укол». Выйдя из кабинета с громким криком бросилась к окну, выбила стекло, пыталась выброситься с 3 этажа. Какой вариант депрессивного синдрома наиболее вероятен у данной больной?

- А. Невротическая депрессия
- В. Тревожная депрессия
- С. Ажитированная депрессия
- Д. Ипохондрическая депрессия
- Е. Маскированная депрессия

6. Больной 45 лет предъявляет жалобы на периодически (преимущественно в весенне-осенний период), без видимой причины возникающие боли в области сердца, иррадиирующие под лопатку, тахикардия, снижение аппетита, потеря веса, слабость, вялость. Неоднократно обследовался у специалистов, но патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено, предлагаемые терапевтические мероприятия эффекта не дают, какой вариант депрессивного синдрома наиболее вероятен у данного больного?

- А. Невротическая депрессия
- В. Тревожная депрессия
- С. Ажитированная депрессия
- Д. Ипохондрическая депрессия
- Е. Маскированная депрессия

7. Больная 17 лет настроение подавленное, тоскливое, часто плачет, говорит о своей ненужности и бесполезности, высказывает суицидальные мысли. Определите вид нарушения эмоций.

- А. Эйфория
- В. Дисфория
- С. Неадекватность эмоций
- Д. Депрессия
- Е. Слабодушие

8. Больной страдает эпилепсией. Периодически внезапно изменяется настроение, появляется злобность, раздражительность, недовольство окружающими. В этом состоянии на любое замечание реагирует агрессивно. Определите эмоциональное состояние больного.

- А. Депрессия
- В. Агорафобия
- С. Слабодушие
- Д. Дисфория
- Е. Амбивалентность

9. Больная на свидании с матерью ласкова, приветлива, заботлива. Вдруг на фоне миролюбивой беседы вскочила и ударила мать по лицу. Объяснила это так: «сама не знаю, почему-то ты стала такой противной». Извинилась за свой поступок. Определите нарушение эмоций у больной:

- А. Дисфория
- В. Амбивалентность
- С. Депрессия
- Д. Гипотимия
- Е. Благодушие

10. Больной по характеру мнительный, тревожный. В школе учился хорошо, но предпочитал письменные ответы устным. Успешно поступил в институт. На одной из первых лекций профессор попросил его объяснить, как он понял одно из положений темы лекций. Больной смутился, растерялся и, хотя мог бы ответить правильно, молча простоял несколько минут, чувствуя страх в присутствии всего курса. В магазинах или других учреждениях, где много людей, краснеет, покрывается потом, появляются позывы на рвоту. Определите эмоциональное состояние больного.

- А. Агорофобия
- В. Клаустрофобия
- С. Социофобия
- Д. Никтофобия
- Е. Танатофобия

НАРУШЕНИЯ ЭФФЕКТОРНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Цель занятия: Уметь определять нарушения эффекторно-волевой сферы у больных различными заболеваниями и купировать их.

Содержание занятия

Эффекторно-волевая сфера – сложная психическая функция, осуществляющая целенаправленную деятельность человека в соответствии с определенными мотивами, обусловленными внутренними потребностями и требованиями окружающей среды.

Эффекторно-волевая сфера состоит из двух основных компонентов: а) **эффекторного, или двигательного** (простые и сложные движения, действия и поступки) и б) **волевого** (способность к сознательному и целенаправленному регулированию человеком своей деятельности и поступков).

Побудительным мотивом к эффекторно-волевой деятельности у человека являются потребности: низшие, инстинктивные в виде потребности в пище и т.п. (инстинктивные влечения – пищевое, половое, самосохранения), и высшие, социально-обусловленные в виде потребности в труде, самосовершенствовании и т. д. (высшие влечения).

Классификация целенаправленной деятельности

1. Произвольные, или сложные волевые действия.
2. Автоматизированные действия.

Классификация инстинктивных влечений (инстинктов)

1. Пищевой.
2. Половой.
3. Самосохранения.

Инстинкт – это самый сложный безусловный рефлекс, направленный на удовлетворение биологических потребностей организма (пищевых, половых, самосохранения). Он может включать более простые движения, имеющие произвольный характер.

Произвольные действия – осознанные, целенаправленные волевые действия, основанные на прошлом опыте и направленные на приспособление человека к окружающей среде, на достижение сознательно поставленной цели.

Автоматизированные действия – простые и сложные двигательные акты, произвольные по происхождению, но в процессе тренировки приобретающие автоматизированный, неконтролируемый сознанием характер.

Расстройства эффекторно-волевой сферы

Расстройства эффекторно-волевой сферы в виде патологического усиления, ослабления или извращения отдельных ее компонентов

(двигательных и волевых) могут проявляться не только в нарушениях отдельных двигательных функций, но и сложных поведенческих реакций, основанных на инстинктивных и высших влечениях.

Классификация эффекторно-волевых расстройств

I. Расстройства влечений

1. Расстройства пищевых влечений:

- а) усиление (булимия, полифагия)
- б) ослабление (анорексия)
- в) полидипсия
- г) извращение - парорексия (копрофагия и др.)

2. Расстройства инстинкта самосохранения:

- а) усиление (активно-оборонительная форма – агрессивность и т.п., пассивно-оборонительная – “мнимая смерть” и т.п.)
- б) ослабление (суицидальные поступки)
- в) извращения (самоистязание).

3. Расстройства половых влечений:

- а) усиление (гиперсексуальность – сатириазис, нимфомания)
- б) ослабление (гипосексуальность, фригидность)
- в) извращение (нарциссизм, эксгибиционизм, вуайеризм, транссексуализм, транссвестизм, онанизм, фетишизм, садизм, мазохизм, педофилия, геронтофилия, гомосексуализм и др.)

4. Навязчивые действия

5. Насильственные действия

6. Импульсивные действия

II. Расстройства волевых побуждений

1. Гипербулия

2. Гипобулия

3. Абулия

4. Парабулии

5. Амбигуальность

III. Нарушения внимания

1. Отвлекаемость

2. Прикованность

3. Истощаемость

IV. Психомоторные расстройства

1) симптомы с затруднением двигательной активности:

- а) каталепсия;
- б) симптом капюшона;
- в) пассивно-подчиняемое состояние;
- г) негативизм;
- д) мутизм
- е) специфические расстройства развития школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия, акалькулия, диспраксия)

- 2) симптомы с возбуждением и неадекватностью двигательной активности:
 - а) гиперкинетические расстройства
 - б) импульсивность
 - в) стереотипии
 - г) эхопраксия
 - д) вербигерация
 - е) миморечь

V. Синдромы двигательных расстройств

- 1) Ступор
 - а) кататонический
 - б) депрессивный
 - в) апатический
 - г) психогенный
- 2) Возбуждение
 - а) кататоническое
 - б) маниакальное
 - в) гебефреническое
 - г) галлюцинаторно-бредовое
 - д) при расстройствах сознания
- 3) Кататонический синдром
- 4) Гебефренический синдром
- 5) Апатико-абулический синдром

Булимия и полифагия – результат болезненного усиления пищевого инстинкта (влечения), характеризующийся постоянным непреодолимым сильным влечением к пище, прожорливостью и отсутствием чувства насыщения. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, эндокринных нарушениях.

Анорексия – болезненное угнетение пищевого инстинкта (влечения), выражающееся в отсутствии аппетита или отвращении к пище. Может иметь психогенное происхождение (психогенная анорексия). Следует дифференцировать с отказом от пищи из-за галлюцинаций или по бредовым мотивам. Анорексия наблюдается при депрессивных, тяжелых астенических состояниях и при ряде эндокринных расстройств. При анорексии приходится прибегать к искусственному кормлению больных. Если отсутствие аппетита сочетается с апатией и абулией, можно покормить больного, сядя рядом с ним, или назначить медикаменты, повышающие аппетит. При кататоническом ступоре можно использовать симптом активного негативизма у больного, забирая у него тарелку с едой. При активном сопротивлении кормлению можно проводить медикаментозное (коффеин-барбитуровое) растормаживание.

В ряде случаев применяют искусственное кормление через зонд, вводимый в желудок через нос (чтобы избежать прикуса зубами).

Манипуляция искусственного кормления должна проводиться с осторожностью, чтобы избежать асфиксии пищей.

Полидипсия – неукротимая жажда, повышенное потребление жидкости. Характерна для эндокринных заболеваний.

Извращение пищевого инстинкта (влечения) – выражается в поедании несъедобных веществ (земли, известки, кала и т.п.). Наблюдается преимущественно при шизофрении, органических поражениях головного мозга.

Усиление инстинкта самосохранения – может проявляться, в основном, в двух противоположных фазах: а) пассивно-оборонительной (стремление к уходу от опасных и сложных ситуаций, от ответственных решений, робость, нерешительность, трусливость, реакции «мнимой смерти» и т.п.) и б) активно-оборонительной (реакции протеста, различные виды агрессии и т.п.). Наблюдается в сложных формах поведения при психопатиях, неврозах и других болезненных состояниях.

Ослабление инстинкта самосохранения – проявляется в снижении интереса, безразличии к своей жизни и суицидных поступках (особенно при сочетании с депрессивным аффектом). Наблюдается при психопатии, психогенных заболеваниях, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и др.

Извращение инстинкта самосохранения – проявляется в актах самоистязания, нанесении себе различных увечий, проглатывании металлических и других предметов и т. д. Наблюдается при шизофрении, органических поражениях головного мозга, психопатиях и т.п.

Гиперсексуальность – повышение сексуального влечения с соответствующим поведением, иногда приобретающим характер сексуальной распущенности (у мужчин – сатириазис, у женщин – нимфомания).

Гипосексуальность – понижение сексуального влечения (у мужчин – некоторые формы импотенции, у женщин – фригидность) с отсутствием сексуальных чувств к лицам противоположного пола. Может быть различного происхождения (психогенного и эндокринно-органического).

Сексуальные перверзии (извращения) – нарушения полового инстинкта, проявляющиеся в извращении направленности или форм его проявления. Наблюдается при олигофрении, деменциях, психопатии и ряде других болезненных состояний, нередко их проявления приводят к сексуальным правонарушениям.

Разновидности сексуальных извращений:

а) **нарциссизм** – получение полового удовлетворения посредством самолюбования, любования собственным обнаженным телом;

б) **эксгибиционизм** – получение полового удовлетворения путем обнажения своих половых органов и иногда мастурбации в присутствии лиц противоположного пола;

в) **онанизм (мастурбация)** – половое самоудовлетворение посредством мастурбации (раздражения своих половых органов);

г) **фетишизм** – получение полового удовлетворения путем любования фетишем (предметом туалета особ противоположного пола и т.п.), иногда в совокупности с мастурбацией;

д) **садизм** – получение полового удовлетворения при истязании полового партнера;

е) **мазохизм** – противоположное явление (половое удовлетворение при получении болевых раздражений со стороны партнера);

ж) **педофилия** – половое влечение (и удовлетворение его) к детям, **геронтофилия** – то же по отношению к старикам, **некрофилия** – влечение к трупам, **зоофилия** – к животным;

з) **гомосексуализм** – влечение и удовлетворение его с лицами того же пола;

е) **транссексуализм** – нарушение половой идентификации, постоянное ощущение неадекватности своего пола и активное стремление его изменить;

ж) **транссвестизм** – патологическое стойкое стремление носить одежду, прическу, играть роль человека другого пола, при этом нет стремления к анатомическому изменению своего пола, желания избавиться от первичных и вторичных половых признаков;

з) **вуайеризм** – влечение к разглядыванию чужих половых органов и подсматывание за половыми сношениями между другими.

Навязчивые действия и влечения – внезапно появляющиеся влечения и действия, чуждые содержанию сознания в данный момент, с критическим отношением к ним и стремлением от них избавиться. Часто имеют контрастный характер, то есть проявляются в стремлении осуществить то, что в данный момент недопустимо. Входят в структуру синдрома навязчивых состояний. Отмечаются при неврозе навязчивых состояний, церебральной атеросклерозе, шизофрении.

Насильственные действия – движения или поступки, возникающие помимо воли, независимо от личности; осуществляются без борьбы мотивов, с чувством их насильственности, чуждости.

Импульсивные действия – внезапные, внешне не мотивированные, неосмысленные действия и поступки. К ним относятся:

а) **дромомания** – периодически возникающее стремление к перемене мест, к бродяжничеству;

б) **клептомания** – периодическое влечение к немотивированному воровству, хищению;

в) **пиромания** – неотвратимое стремление к поджогам;

г) **патологическая склонность к азартным играм**;

д) **трихотилломания** – патологическое стремление к вырыванию собственных волос;

е) **дипсомания** – неудержимое влечение к спиртным напиткам.

ж) **наркомания** – неудержимое влечение к наркотикам.

Парабулия – извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей деятельностью, негативизмом, импульсивностью,

вычурностью в связи с имеющимися у больного психотическими симптомами: бредом, галлюцинациями и др.

Амбигуальность – двоякая, противоречивая реакция на один раздражитель, двойственность поступков, действий, движений.

Гипербулия – патологически усиленное стремление к деятельности (общее – при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, одностороннее – у наркоманов, при параноидных и параноидальных состояниях).

Гипобулия и абулия – болезненное снижение или полное отсутствие побуждения к деятельности. Наблюдается при апатико-абулическом синдроме различного генеза (при шизофрении, тяжелых травмах и т.д.).

Отвлекаемость внимания – невозможность сосредоточиться на одном виде занятий и объектов, иногда в сочетании с повышенным вниманием к несущественному.

Прикованность внимания – снижение переключаемости внимания, застревание на одних и тех же мыслях, желаниях. Характерно для депрессий, больные не могут переключиться на мысли, события, не соответствующие их переживаниям.

Истощаемость внимания – когда больные вначале беседы адекватны, но быстро устают, и ответы становятся менее продуктивными. Характерно для астенических состояний.

Каталепсия – повышение мышечного тонуса, создающее способность длительное время сохранять приданную позу.

Симптом капюшона – больной лежит или сидит неподвижно, натянув на голову халат, простынь, оставив открытым лицо.

Пассивная подчиняемость – при обычном тонусе мышц больной не сопротивляется изменениям положения его тела, позы, конечностей.

Негативизм – сопротивление больного просьбам окружающих. При *пассивном* негативизме больной просто не выполняет инструкцию, при *активном* – совершает действие, противоположное инструкции.

Мутизм – отсутствие речи при сохранности речевого аппарата.

Дислексия – трудности в узнавании слов и понимании написанной речи.

Дисграфия – изолированное расстройство правописания. В письменной речи много грамматических и стилистических ошибок, много зачеркиваний и переписываний текста.

Дискалькулия, акалькулия – трудности в выполнении простейших арифметических операций, в использовании математических терминов, распознавании цифр, математических символов.

Диспраксия – расстройство развития двигательных функций (неловкость, неуклюжесть движений, тонкой моторики, трудно застегивать одежду, брать и не ронять предметы, дети часто падают при ходьбе).

Гиперкинетические расстройства – встречаются чаще у мальчиков в препубертатном возрасте. Основные признаки:

- 1) нарушение внимания (не в состоянии выполнять любое задание без ошибок, довести начатую работу до конца, организовать свою работу, выслушать замечания старших, избегают работу, требующую усидчивости);
- 2) гиперреактивность (машут руками, ногами, часто вертятся на сидениях, подолгу не могут оставаться на одном месте, бегают, шумят, не реагируют на замечания);
- 3) импульсивность – проявляется в нарушении дисциплины, т.к. ребенок не в состоянии предвидеть последствия своих поступков. Дети часто агрессивны. Отвечают на вопрос не дослушав его, не могут дождаться своей очереди в играх, вмешиваются в разговор или игру других детей, излишне многословны, непослушны.

Стереотипия – многократное повторение одних и тех же движений.

Эхопраксия – повторение жестов, движений окружающих.

Эхолалия – повторение слов и фраз окружающих.

Вербигерация – повторение одних и тех же слов.

Миморечь – ответы больного не соответствуют по смыслу задаваемым вопросам.

Общее психомоторное возбуждение – состояние патологического двигательного возбуждения, сопровождающееся расстройствами мышления, эмоций и других психических функций.

Маниакальное возбуждение – повышенная двигательная активность, стремление к целенаправленной деятельности, сопровождающееся эйфорией, ускоренным, поверхностным мышлением. Деятельность и мышление не продуктивны из-за неустойчивости внимания. Характерно для маниакального синдрома.

Гебефреническое возбуждение – повышенная двигательная активность в виде нецеленаправленных, вычурных, нелепых движений в сочетании с дурашливостью и разорванностью мышления (гебефренический синдром). Наблюдается преимущественно при шизофрении.

Кататоническое возбуждение – бессмысленные, нецеленаправленные движения, иногда импульсивное возбуждение с немотивированной агрессией; сопровождается стереотипиями (стереотипными «гиперкинезами»), эхопраксиями (повторениями движений окружающих), эхолалиями (повторениями слов окружающих) и амбитендентностью (двойственность поступков, действий, движений). Наблюдается преимущественно при шизофрении.

Психомоторное возбуждение при состояниях нарушенного сознания – состояния повышенной двигательной активности, имеющей характер: 1) сложных автоматических и инстинктивных движений (при трансе и сомнамбулизме), 2) сложных действий и поступков, определяемых галлюцинаторными и бредовыми переживаниями (при делириозных и других синдромах), 3) хаотического подкоркового возбуждения (при глубоком помрачении сознания).

Различные виды психомоторного возбуждения требуют неотложной помощи, с целью купирования возбуждения в/м вводят нейролептики (аминазин 2,5% раствор 2,0-3,0; тизерцин 2,5% раствор 2,0-3,0; галоперидол 0,5% 1-2 мл). Введение больших доз аминазина и тизерцина могут резко снизить АД и вызвать коллапс, с целью его предупреждения одновременно вводят кордиамин. Побочным действием галоперидола является нейролептический паркинсонизм, с целью профилактики которого необходимо назначать антипаркинсонические средства (циклодол, норакин, тремблекс и др.).

Общая психомоторная заторможенность – состояние патологической двигательной заторможенности с замедлением темпа течения всех психических функций (мышления, речи и др.). Входит в структуру депрессивного, апатико-абулического и астенического синдромов.

Ступор – состояние обездвиженности, возникающее в результате торможения двигательных функций.

Кататонический ступор – полная или частичная обездвиженность, сопровождающаяся пассивным или активным негативизмом, мутизмом. В некоторых случаях больные сохраняют приданную позу (восковая гибкость, каталепсия), длительно удерживают голову над подушкой («воздушная подушка»). Входит в структуру кататонического синдрома, чаще встречается при шизофрении.

Депрессивный ступор – состояние обездвиженности, сопровождающееся замедлением речи, чувством тоски, иногда тревоги и страха, застывшей страдальческой мимикой, идеями самообвинения и самоуничижения. Входит в структуру депрессивного синдрома.

Апатический ступор – состояние обездвиженности, связанное с эмоциональной тупостью, полным безразличием, наблюдающееся при органических заболеваниях головного мозга (поражении лобных долей), при некоторых формах шизофрении.

Психогенный ступор – общая обездвиженность, вплоть до полного оцепенения, возникающее при сильных внезапных психических травмах (катастрофы, стихийные бедствия и т.д.).

Апатико-абулический синдром – сочетание равнодушия, безразличия (апатии) и отсутствия или ослабления побуждений к деятельности (абулии). Наблюдается при истощающих соматических заболеваниях, после черепно-мозговых травм, при интоксикациях, шизофрении.

Кататонический синдром – проявляется в виде кататонического нелепого и бессмысленного возбуждения или ступора, или периодической смены этих состояний. Наблюдается при шизофрении, инфекционных и других психозах.

Гебефренический синдром – сочетание гебефренического возбуждения с дурашливостью и разорванностью мышления. Наблюдается преимущественно при шизофрении.

Контрольные вопросы

1. Нарушения пищевого инстинкта. Заболевания, при которых они встречаются.
2. Нарушения инстинкта самосохранения. Заболевания, при которых они встречаются.
3. Нарушения полового инстинкта. Заболевания, при которых они встречаются.
4. Расстройства развития школьных навыков.
5. Гиперкинетические расстройства.
6. Различия между маниакальным, гебефреническим и кататоническим возбуждением. Заболевания, при которых они встречаются.
7. Различия между кататоническим и депрессивным ступором.
8. Различия между навязчивыми, импульсивными, насильственными влечениями и действиями.
9. Различия между абулией и двигательной заторможенностью
10. Апатико-абулический синдром.
11. Кататонический синдром, его клинические варианты.
12. Гебефренический синдром.
13. Способы купирования психомоторного возбуждения.
14. Кормление больных при отказах от еды.

Задания для самопроверки

1. У больной 21 г. через 2 недели после родов изменилось поведение: перестала разговаривать, кормить ребенка, инструкций не выполняет, иногда совершает действия, противоположные инструкции. Подолгу застывает в одной позе. Больная не ест, сопротивляется попыткам накормить ее. Лицо выражает страх, тревогу. Определите синдром.

- А. Апатико-абулический
- В. Депрессивный
- С. Астенический
- Д. Кататонический
- Е. Гебефренический

2. Больная 27 лет, поступила в клинику в связи с суицидальной попыткой. Заболела около месяца назад, постепенно снизилось настроение. Стала говорить, что она совершила в жизни много неблагоприятных поступков, за что должна понести наказание. Утверждала, что не должна жить. Накануне госпитализации выпила 10 таблеток amitriptyline. В клинике – на лице маска горя, глубокой тоски, веки полуопущены. Сидит в одной позе. Не разговаривает, ничего не делает. Тонус мышц не повышен. Определите вид ступора.

- А. Кататонический
- В. Маниакальный
- С. Депрессивный
- Д. Апатический

Е. Психогенный

3. Больная оживлена, радостна, многоречива, речь ускорена, не всегда можно понять, о чем она говорит. Ни минуты не сидит. Вмешивается во все дела персонала, делает замечания больным, сама же на замечания персонала не реагирует. Не устает. Голос охрипший. Иногда шутит остроумно.

Определите тип возбуждения.

- А. Гебефреническое
- В. Маниакальное
- С. Кататоническое
- Д. Общее психомоторное
- Е. Обусловлено нарушением сознания

4. Ученик 1-го класса на уроках не усидчив, может ходить по классу, пишет с ошибками, может усидеть за учебниками не более 25-30 минут. Часто размахивает руками, шумит, бегает по квартире. На уроках в школе пытается ответить, не дослушав вопрос учителя, вмешивается в объяснения учителя. Не может выполнить домашнее задание без ошибок, часто отвлекается.

Теряет ручки, карандаши, книги, игрушки. Определите характер нарушений.

- А. Дислексия
- В. Дискалькулия
- С. Диспраксия
- Д. Гиперкинетическое расстройство
- Е. Маниакальное возбуждение

5. Больной возбужден, совершает стереотипные движения руками, ногами. Контакту недоступен, повторяет некоторые заданные ему вопросы, повторяет жесты соседа по палате. Ходит быстрыми шагами по отделению. Определите тип возбуждения.

- А. Маниакальное
- В. Кататоническое
- С. Гебефреническое
- Д. Обусловлено бредом и галлюцинациями
- Е. Обусловлено нарушением сознания

6. Больная обратилась к врачу с жалобами, что в последние 2 недели у нее появилась странное желание перебежать дорогу в момент, когда недалеко едет машина. Несколько раз водители ругали ее, однажды чуть не погиб пешеход, когда машина резко повернула в сторону. Говорит: «Я ничего не могу сделать, выше моих сил не исполнить это желание». Назовите эти патологические желания.

- А. Насильственные
- В. Навязчивые
- С. Импульсивные
- Д. Моторные автоматизмы

Е. Парабулии

7. Девушка 17 лет одета в мужскую одежду, курит, разговаривает грубо, дружит только с парнями, презирует девчонок. Обратилась к врачам с просьбой направить ее на операцию по изменению пола. «Я никогда не чувствовала себя женщиной, я ненавижу женскую одежду, ненавижу свое имя». Определите вид нарушения полового инстинкта.

- А. Гомосексуализм
- В. Трансвестизм
- С. Транссексуализм
- Д. Фетишизм
- Е. Нарциссизм

8. Больной 18 лет в состоянии речедвигательного возбуждения, кричит, пытается убежать из палаты, галлюцинирует, слышит «голоса», от чего-то отмахивается. Кричит: «Спасите меня, не убивайте». Каким препаратом можно купировать возбуждение?

- А. Мелипрамин
- В. Аминазин
- С. Ноотропил
- Д. Трифтазин
- Е. Хлорпротиксен

9. Больная приглашена зайти в кабинет к врачу, делает шаг в кабинет, следующий шаг назад и совершает такие движения в течение 15 минут, пока врач не вводит ее за руку. Какое нарушение волевых побуждений у больной?

- А. Гипербулия
- В. Импульсивные влечения
- С. Амбигенность
- Д. Гипобулия
- Е. Навязчивое влечение

10. Больной получил тяжелую черепно-мозговую травму, пришел в себя после комы. С трудом доступен контакту. На вопросы отвечает после пауз, быстро устает, закрывает глаза. Не может прочесть небольшого текста, вспоминает только 2-3 первых предложения. Определите вид нарушения внимания.

- А. Отвлекаемость
- В. Истощаемость
- С. Прикованность
- Д. Повышенная привлекаемость
- Е. Рассеянность

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Цель занятия: научиться выявлять нарушения сознания у больных и оказывать этим больным квалифицированную медицинскую помощь.

Содержание занятия

Сознание – интегративная сфера психической деятельности, высшая форма отражения объективной действительности, продукт длительного исторического развития. С возникновением сознания у человека появилась способность выделять себя из природы, познавать её и овладевать ею. Сознание осуществляется посредством языка, слов, образующих вторую сигнальную систему. Индивидуальное сознание формируется в процессе усвоения человеком общественно выработанных представлений, понятий и норм.

Следует отметить, что существуют физиологические изменения сознания, которые возникают при утомлении, во время сна, при эмоционально-стрессовых ситуациях.

Утомление - состояние усталости, которое появляется вследствие физических либо психических перегрузок и сопровождается повышением порога возбуждения. Внешне такой человек выглядит заторможенным, реакции на раздражители замедленные, речь бедная, ответы после паузы односложные. Отмечается затруднение процесса запоминания, внимание трудно привлекаемое, темп мышления замедлен, мимика невыразительная, человек апатичен. Состояние утомления не требует медикаментозного лечения, оно исчезает спонтанно после отдыха и сна. Воспоминания об этом состоянии фрагментарные, обычно только о наиболее сильных раздражителях.

Сон со сновидениями – это нормальное физиологическое состояние человека и животных, необходимое им также, как и еда, проявление инстинкта самосохранения. Сон представляет собой функциональное состояние мозга и всего организма, характеризуется неполным торможением психической деятельности и снижением активного взаимодействия с окружающей средой. Существует несколько теорий возникновения сна и его функционального значения. Это теория разлитого коркового торможения, анаболическая теория, рассматривающая сон, как состояние, которое способствует обновлению энергетических запасов мозга и организма в целом, информационная теория, согласно которой во время сна информация фиксируется в долговременной памяти без переработки. Сон способствует полноценному использованию приобретенной информации и опыта в

интересах той деятельности, которой занимается человек в состоянии бодрствования.

По физиологическим проявлениям различают две фазы сна – медленную и быструю. В момент засыпания в стадию медленного сна замедляется дыхание и сердечный ритм, снижается артериальное давление, тонус мышц. В глубокой стадии медленного сна частота дыхания и пульс несколько учащаются, а общая двигательная активность спящего становится минимальной, в этот момент его трудно разбудить.

Во время быстрого сна деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем резко усиливается, повышается артериальное давление, увеличивается двигательная активность спящего человека, движения глазных яблок становятся быстрыми и это свидетельствует о том, что спящий в этот момент видит сновидения. Сон человека циклический. Каждый цикл состоит из отдельных стадий медленного и быстрого сна. Длительность одного цикла 1,5-2 часа, за ночь наблюдается до 3-5 циклов. На протяжении ночи глубина сна не одинакова и зависит от индивидуальных особенностей и состояния организма. У одних людей торможение коры головного мозга развивается быстро и глубокий сон наступает в первой половине ночи, у других, наоборот, сон сначала поверхностный, а потом становится глубоким. Поверхностный сон, как правило, сопровождается сновидениями. Сновидения – это образные представления, возникающие во время сна, которые воспринимаются человеком как реальность. Содержание сновидений отражает минувшие события и переживания человека, а также информацию, которая предшествует сну и воспринимается искаженно. На содержание сновидений могут влиять не только свет, запах, температура окружающей среды, но и возможная установка перед сном.

Физиологической основой сновидений является неполное торможение коры головного мозга, отдельные участки которой остаются незаторможенными. Быстрая смена сновидений обусловлена хаотичностью процессов возбуждения и торможения. Не совсем ошибались древние, когда говорили про пророчество сновидений. Они действительно могли иметь иногда предсказательный характер. Иногда в начале болезни импульсы с пораженного участка тела настолько слабые, что не фиксируются в сознании. В состоянии сна эти импульсы поступают в кору головного мозга, пребывающей в гипнотической фазе, когда слабые внешние и внутренние факторы являются более значимыми, нежели сильные. Сновидения в таких случаях являются первым сигналами болезни.

Кроме того в сновидениях происходит также активизация неосознанных форм психической деятельности. Этим можно объяснить известные факты научных открытий, сделанных во сне (открытие Д.И. Менделеевым периодической системы элементов).

С физиологической точки зрения причиной сновидений являются те самые материальные процессы, которые обуславливают возникновение психической деятельности в состоянии бодрствования.

Аффективно-суженное сознание или **физиологический аффект** – это не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, представляющее собой кратковременную, стремительно и бурно протекающую эмоциональную взрывную реакцию, сопровождающуюся резкими изменениями психической деятельности, в том числе и сознания, выраженными вегетативными и двигательными проявлениями. Это отрывочные воспоминания о сновидениях, сильное и кратковременное переживание в виде гнева, ярости, ужаса, восторга, отчаяния без утраты самоконтроля. Физиологический аффект является для личности чрезвычайной реакцией на исключительные обстоятельства. В дальнейшем происходит изменение психической деятельности в виде фрагментарности восприятия, сужения и концентрации сознания на психотравмирующем объекте. Ярко выраженные внешние признаки эмоционального возбуждения (изменение внешнего вида, мимики, пантомимики, голоса) отражают физиологические, биохимические сдвиги в организме. Аффективные действия отличаются стереотипиями, импульсивностью, резко снижается интеллектуальный и волевой контроль, нарушается способность к прогнозу возможных последствий своих действий. Одним из важных признаков физиологического аффекта является возникновение не свойственных субъекту ранее форм поведения, при этом поведение вступает в противоречие с основными жизненными установками и ценностными ориентациями личности, приобретая черты произвольности, ситуативности.

Диагностика физиологического аффекта имеет значение в судебно-психиатрической практике. Состояние лица, совершившего противоправный поступок расценивается как вменяемое и субъект несет ответственность за содеянное. Очень важно дифференцировать физиологический аффект с патологическим.

В повседневной жизни состояние аффективно-суженного сознания встречается довольно часто. Особенно это может проявиться в ситуации паники, когда во время пожара люди выбрасываются из окна высотного горящего здания, пытаясь спастись, но при этом обрекают себя на неминуемую гибель. Во время кораблекрушения, при возможности спуститься в шлюпку, люди прыгают в воду не умея плавать. Подобные ситуации могут встречаться в практической деятельности любого врача, когда родственникам сообщают о тяжелой болезни или гибели близкого им человека и особенно ребенка. При этом родственники могут кричать, незаслуженно обвинять врача, требовать его наказания. Тактика врача должна быть квалифицированной, с соблюдением норм деонтологии.

Трудность клинического определения «помрачение сознания» связана с тем обстоятельством, что данный термин объединяет самые различные по своим особенностям синдромы. Об этом говорил в своих лекциях П.Б. Ганнушкин: «Синдром этот почти не поддается описанию. Легче всего охарактеризовать его отрицательным признаком – неспособностью

правильно оценивать окружающее». В то же время всем синдромам помрачения сознания свойственен ряд общих признаков:

- Отрешенность от окружающего мира. Реальный мир, происходящие в нем события, изменения не привлекают внимания пациента, а если и воспринимаются им, то лишь фрагментарно, непоследовательно. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой полностью утрачена.
- Дезориентировка в собственной личности, в месте, времени, ситуации, окружающих лицах. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, являясь одним из ведущих симптомов при любом нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры, выраженности и развития.
- Мышление резко расстраивается, речь становится фрагментарной, непоследовательной, бессвязной.
- Отмечаются расстройства памяти. После выхода из состояния нарушенного сознания воспоминания всегда неполные, фрагментарные, непоследовательные, в ряде случаев отсутствуют вовсе.

Практическая цель любого врача заключается в выявлении патологии сознания – важного психического процесса – и оказании квалифицированной медицинской помощи.

Ясным сознанием считается состояние, в котором субъект способен ориентироваться в собственной личности, месте, времени, ситуации, окружающих лицах и при этом у него нет нарушений ни в одной из психических сфер.

Классификация расстройств сознания:

1. Непсихотические (непродуктивные) формы (выключение сознания)
 - 1) Обнубиляция
 - 2) Оглушенность
 - 3) Сомноленция
 - 4) Сопор
 - 5) Кома
2. Психотические (продуктивные) формы, сопровождающиеся бредом, галлюцинациями, нарушением поведения.
 - 1) Делириозный синдром
 - 2) Онейроидный синдром
 - 3) Синдром астенической спутанности
 - 4) Синдром растерянности
 - 5) Аментивный синдром
 - 6) Сумеречное расстройство сознания
 - а) с внешне упорядоченным поведением – простая форма (амбулаторный автоматизм, сомнамбулизм);
 - б) психотическая форма
 - в) патологический аффект
 - г) патологическое опьянение
 - д) просоночное состояние

е) реакция «короткого замыкания»

ж) истерические сумеречные состояния (пуэрилизм, псевдодеменция, ганзеровский синдром)

Выключения сознания – тотальное нарушение отражения, которое сопровождается одномоментным или последовательным уменьшением, а иногда и полным исчезновением объема и глубины всей психической деятельности. Сначала суживается и постепенно уменьшается познавательная способность, нарушается логика, затем присоединяется и углубляется нарушение чувственно-образного отражения окружающей действительности. Вслед за этим угасает условно-рефлекторная деятельность организма. В последнюю очередь нарушается безусловно-рефлекторное функционирование организма, обеспечивающее основные жизненные функции, по мере их угасания наступает смерть.

Оглушение – понижение, вплоть до полного исчезновения ясности сознания, и одновременное обеднение его содержания. Характеризуется двумя основными признаками: повышением порога возбудимости на все раздражители и обеднением психической деятельности. Больные не реагируют на обращение к ним тихим голосом, на обычные раздражители возникает слабая ориентировочная реакция (может открыть глаза, повернуть голову в сторону голоса) и лишь на сильный раздражитель можно добиться адекватной, но замедленной ответной речевой, мимической и двигательной реакции. Такие больные не жалуются на шум, не реагируют на другие неудобства (мокрая постель, слишком горячая грелка и т.д.), безучастны, окружающее не привлекает их внимания, выражение лица тупое, мышление замедлено и затруднено. Речь бедна, ответы односложные. Двигательная активность снижена, движения медленные, неловкие. Отмечается обедненность мимических реакций. Выражены нарушения запоминания и репродукции, больные как бы дремлют. Период оглушения обычно полностью или почти полностью амнезируется.

В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие стадии оглушения:

- обнубиляция
- сомнолентность
- сопор
- кома

Обнубиляция – «вуаль на сознании», «облачко на сознании» – характеризуется мерцанием ясности сознания. Реакции больных, и в первую очередь речевые, замедлены, появляется рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Отмечается беспечность настроения. Такие больные напоминают человека в состоянии легкого алкогольного опьянения. Длительность обнубиляции варьирует от нескольких минут до нескольких месяцев. Наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах, объемных процессах головного мозга, прогрессирующем параличе, инфекционных заболеваниях, сосудистой патологии.

Сомнолентность – более глубокая степень оглушения, состояние полусна, во время которого больной лежит с закрытыми глазами большую часть времени. Фразовая речь отсутствует, но на простые вопросы больные могут односложно отвечать. Более сложные вопросы не осмысливаются. Выражена адинамия.

Сопор – патологический сон. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесный контакт с больным невозможен, ориентировка отсутствует, деятельность второй и первой сигнальных систем прекращается. Адинамия достигает степени полной обездвиженности, но возможно возникновение недифференцированных, стереотипных, защитных двигательных и иногда голосовых реакций. Сохраняется болевой, кашлевой, корнеальный, зрачковый, рвотный и глотательный рефлексы. После выхода из сопора наблюдается полная амнезия.

Кома – наиболее глубокая степень выключения сознания. Относится к экстремальным состояниям. Сохраняются лишь витальные функции организма – сердечная, дыхательная деятельность, тонус сосудов и терморегуляция. Угасают условные рефлексы, появляются патологические. По мере углубления комы нарушается сердечная деятельность, тонус сосудов и терморегуляция, возникают патологические формы дыхания. При неоказании неотложной помощи – исход летальный.

Выключения сознания могут развиваться при соматических интоксикациях (уремия, печеночная недостаточность, гипо- и гипергликемия), медикаментозных интоксикациях (нейролептики, транквилизаторы, барбитураты, опиаты), интоксикации метиловым спиртом, растворителями, при промышленных интоксикациях (тетраэтилсвинец, угарный газ), радиационных поражениях, нейроинфекциях и черепно-мозговых травмах, цереброваскулярной патологии, объемных процессах головного мозга.

Помрачения сознания – расстройства, при которых происходит тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания. Расстройства полиморфны по своей структуре и помимо различных вариантов дезориентировки включают психопатологические симптомы, ведущими из которых являются галлюцинации, бредовые идеи, ложные узнавания, эмоциональное и двигательное возбуждение, расстройства памяти. При помрачениях в сознании отражается не объективная реальность, а мир болезненных переживаний.

Делириозный синдром – самая частая форма помрачения сознания, сопровождающаяся наплывом ярких зрительных галлюцинаций и иллюзий, бредовых идей, изменчивого аффекта, в котором преобладают страх и тревога. Больные двигательны возбуждены, ориентировка в месте и во времени нарушается, а в себе сохраняется. Делириозное помрачение сознания нарастает постепенно и первые симптомы становятся заметны обычно к вечеру: оживляются и убыстряются речевые, мимические и двигательные реакции, появляется общая возбужденность, тревожность.

Больные говорливы, непоследовательны в высказываниях, движения приобретают преувеличенную выразительность. Настроение изменчиво, сон поверхностный, прерывистый, сопровождающийся яркими, нередко кошмарными сновидениями, тревогой и страхами. Наутро ощущение слабости и разбитости. В дальнейшем, на фоне усиления перечисленных расстройств, возникают зрительные иллюзии, сменяющиеся галлюцинациями в момент засыпания, стирается грань между сном и реальностью. В последующем нарастание симптоматики продолжается и возникают истинные зрительные галлюцинации. В одних случаях в содержании зрительных галлюцинаций нельзя выявить какую-либо определенную фабулу и видения сменяются без связи между собой, в других – возникают последовательно сменяющиеся, связанные по содержанию сцены. В зависимости от этиологического фактора зрительные галлюцинации могут иметь свои отличительные черты: так, для алкогольного делирия характерно наличие животных в болезненных переживаниях; у лиц, перенесших ЧМТ в боевой обстановке, преобладает тематика военных эпизодов. При делирии больной является активным участником своих болезненных переживаний, его эмоциональное состояние и поступки соответствуют содержанию виденного, он охвачен недоумением, любопытством, страхом, ужасом, может при этом бежать, прятаться, обороняться. Речевое возбуждение часто ограничивается короткими фразами, словами, выкриками. В период развернутого делирия могут возникать слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, бредовые идеи. Ночью наблюдается или полная бессонница, или неглубокий прерывистый сон, который возникает лишь под утро. В первую половину дня симптомы делирия могут значительно или полностью редуцироваться, преобладает астения, во вторую половину дня – психоз возобновляется вновь. Периодически могут наблюдаться так называемые светлые промежутки, длящиеся до часу. В это время полностью или частично исчезают галлюцинации, появляется правильная ориентировка в окружающем, больные осознают, что бывшие расстройства были проявлением болезни, может наблюдаться критическая оценка своего состояния. Иногда болезненное состояние может развиваться очень быстро, что встречается при отравлении тетраэтилсвинцом, атропином, антифризом. Неблагоприятное течение основного заболевания (соматического, инфекционного) может повлечь за собой развитие тяжелых форм делирия – профессионального и мусситирующего.

Профессиональный делирий – делирий с преобладанием однообразного двигательного возбуждения в форме привычных, выполняемых в повседневной жизни действий: прием пищи, уборка; или действий, имеющих прямое отношение к профессии заболевшего: шитье, работе на кассовом аппарате. Двигательное возбуждение происходит, как правило, на ограниченном пространстве (в постели). Светлых промежутков обычно не бывает, речевой контакт чаще невозможен.

Мусситирующий делирий – тихий бред – делирий с некоординированным двигательным возбуждением, которое лишено

целостных действий, происходит в пределах постели. Больные что-то стращивают, ощупывают, «обираются». Вступить в контакт с такими больными невозможно, наблюдается полная отрешенность от окружающего, речевое возбуждение представляет собой тихое невнятное бормотание. Мусситирующий делирий обычно сменяет профессиональный, причем оба эти состояния могут усугубляться оглушением, что является плохим прогностическим признаком. Тяжелые формы делирия могут сопровождаться не только вегетативными, но и неврологическими нарушениями: тремор, атаксия, нистагмод, гиперрефлексия, ригидность затылочных мышц и т. д. По мере ухудшения состояния нарастает обезвоживание организма, артериальное давление падает – возможно развитие коллапса, отмечается выраженная гипертермия центрального происхождения. Выход из делирия обычно через тяжелую астению, реальные события амнезируются, сохраняются воспоминания о болезненных переживаниях. Тяжелые делирии заканчиваются формированием психоорганического синдрома. Возможен переход делирия в аменцию.

Делирий встречается при инфекционных и острых соматических заболеваниях, интоксикациях (алкогольных, наркоманических, токсикоманических), сосудистых заболеваниях головного мозга, ЧМТ.

Delirium acutum (острая психотическая азотемическая энцефалопатия) – сочетание глубокого помрачения сознания аментивно-онейроидного типа, сопровождаемого непрерывным двигательным возбуждением с вегетативными, неврологическими и обменными нарушениями. Для delirium acutum характерно злокачественное развитие симптомов болезни с частым смертельным исходом.

Продромальный период обычно продолжается несколько часов или дней и сопровождается общесоматическими жалобами: недомоганием, головной болью, расстройством сна. В период полного развития болезни в клинической картине доминирует неистовое, некоординированное двигательное возбуждение, обычно в пределах постели. Речь бессвязна, состоит из отдельных слов и выкриков. Присоединение гиперкинезов, клонических и тонических судорог, эпилептиформных припадков свидетельствует об утяжелении состояния.

Помрачение сознания сопровождается галлюцинациями, бредом, тревогой или страхом. Контакт с больным невозможен. Выраженные вегетативные расстройства проявляются тахикардией, резким снижением давления вплоть до коллапса, профузным потом, гипертермией до 40-41°C, резко возникает обезвоживание, прогрессирующее похудение, нарастает азотемия, олигурия. Характерен внешний облик больного: заостренные черты лица, запавшие глаза, сухие, запекшиеся губы, сухой морщинистый язык, кожные покровы бледные, иногда с землистым или цианотичным оттенком, возникают множественные кровоподтеки. Смерть наступает в состоянии гипертермической комы.

Delirium acutum наблюдается при послеродовых психозах, септических состояниях, прогрессивном параличе, старческом слабоумии, шизофрении.

Онейроидный синдром – помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических представлений, содержащих видоизмененные фрагменты виденного, услышанного, пережитого, прочитанного, которые причудливо переплетаются с искаженно воспринимаемыми деталями окружающего; возникающие картины – грезы – отличаются сценopodobностью, похожи на сновидения. Развитие онейроида происходит постепенно и начинается с аффективных расстройств. Депрессивные состояния сопровождаются вялостью, раздражительностью, немотивированной тревогой, бессилием. Маниакальные состояния несут на себе отпечаток восторженности, умиленности, ощущения проникновения и прозрения. Перечисленные расстройства сочетаются с нарушениями сна, аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца. В дальнейшем окружающее представляется больному непонятным, измененным, исполненным зловещего смысла. Появляется или безотчетный страх, или предчувствие грозящей беды, иногда сумасшествия, смерти. Больному кажется, что его преследуют, что он тяжело болен, появляется растерянность, бредовая ориентировка в окружающем, неадекватные поступки. При этом возникает ощущение, что вокруг него что-то происходит, какое-то действие – как в кино или спектакле, и больной является то участником, то зрителем; происходит перевоплощение одних лиц в другие. Периодически возникает речедвигательное возбуждение или заторможенность. Данная симптоматика склонна к нарастанию и реальные события, происходящие вокруг больного, приобретают фантастическое содержание. Растерянность может сопровождаться психомоторным возбуждением или субступором, при этом больные испытывают страх, может быть депрессивное состояние.

В период развернутого онейроида в сознании больного доминируют фантастические представления, которые связаны с внутренним миром больного. Основу этих представлений составляют зрительные галлюцинации, и перед «внутренним оком» больного проходят сцены грандиозных ситуаций, в которых он является главным персонажем происходящих событий. Постепенно нарастают двигательные расстройства в виде ступора, больные становятся безмолвными, речевой контакт с ними невозможен.

Редукция симптомов онейроида происходит постепенно, в обратном порядке их появления. Частично сохраняется память на болезненные переживания, а реальные события амнезируются. Существует эндогенная форма онейроида (при шизофрении) и экзогенно-органическая – при сосудистых, соматогенных психозах, белой горячке, в отдаленном периоде ЧМТ, сенильных психозах. При острых интоксикациях, как, например, злоупотребление препаратами бытовой химии (ингалирование паров клея «Момент») развитие онейроида происходит быстро, иногда в течение нескольких минут.

Синдром астенической спутанности сопровождается «мерцанием» ясности сознания, выраженной истошаемостью психических процессов, углублением помрачения сознания к вечеру. В начале беседы, как правило,

больные еще могут отвечать на вопросы, затем их речь становится невнятной, «бормочущей», контакт с больным нарушается. Бреда и галлюцинаций не наблюдается. Синдром астенической спутанности может развиваться при инфекционных заболеваниях, чаще в детском и подростковом возрасте. При неблагоприятном развитии основного заболевания синдром астенической спутанности может перейти в делирий или аменцию.

Синдром растерянности – «аффект недоумения» - характеризуется расстройством самосознания, познания и приспособления к окружающему. Больные беспомощны, выражение лица недоуменное, взгляд блуждающий, движения и ответы на вопросы неуверенные, вопросительные и непоследовательные, прерываемые молчанием. Иногда больные просят объяснить, что происходит с ними и вокруг. Растерянность указывает на относительно неглубокое расстройство психической деятельности, при котором сохраняется сознание своей измененности. Она возникает при внезапном, необъяснимом и необычном изменении происходящего вокруг или в самом больном и может быть выражением начального этапа развития бредовых, депрессивных и других синдромов. Часто в структуру синдрома включаются симптомы деперсонализации и дереализации.

Аментивный синдром – форма помрачения сознания с преобладанием бессвязности речи, моторики и растерянностью. Речь больных состоит из отдельных слов, слогов, нечленораздельных звуков, произносимых тихо, громко или нараспев.

Настроение больных изменчиво – то оно подавленно-тревожное, то безразличное, то несколько повышенное с чертами восторга. Двигательное возбуждение при аменции происходит обычно в пределах постели. Оно исчерпывается отдельными, не составляющими законченного двигательного акта движениями: больные вертятся, совершают вращательные движения, изгибаются, вздрагивают, откидывают в стороны конечности, разбрасываются в постели. Иногда двигательное возбуждение может сменяться ступором. Словесное общение с больными невозможно. Мышление бессвязное. Выражение лица недоумевающее. Больные растеряны и беспомощны. В ночное время аменция может сменяться делирием, в дневное время при утяжелении аменции возникает оглушение. Продолжительность аменции составляет несколько недель. Период аментивного помрачения сознания полностью амнезируется. Выход из аментивного состояния происходит через тяжелую и длительную астению. Возможно формирование психоорганического синдрома с интеллектуально-мнестическим снижением. Аменция наблюдается при тяжелых соматических, инфекционных и неинфекционных заболеваниях, реже при интоксикациях, в остром периоде эпидемического энцефалита.

Сумеречное помрачение сознания – внезапная утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего, продолжающаяся от нескольких минут до нескольких суток. По клиническим проявлениям

сумеречное помрачение сознания подразделяется на простую и психотическую формы, между которыми нет четких границ.

Простая форма возникает внезапно, больной отключается от реальности. Вступить в речевой контакт с ним невозможно, речь либо отсутствует вовсе, либо может состоять из отдельных слов или коротких фраз, часто повторяющихся. Движения замедлены и обеднены вплоть до развития кратковременного ступора, сменяющегося эпизодами импульсивного возбуждения. Иногда может сохраняться внешне целенаправленная деятельность. Больные могут передвигаться на далекие расстояния, при этом могут пользоваться транспортом, переходить улицу в предназначенном для этого месте и т. д. В таком случае говорят об амбулаторном автоматизме. Амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна, называют сомнамбулизмом или лунатизмом. Простая форма сумеречного помрачения сознания может длиться минуты - часы и сопровождается полной амнезией.

Психотическая форма сумеречного помрачения сознания сопровождается галлюцинациями, бредом и измененным настроением. В болезненных переживаниях преобладают зрительные галлюцинации устрашающего содержания: мчащийся на больного автомобиль, поезд или самолет, обрушивающиеся здания, подступающая вода, погоня и т. д. Слуховые галлюцинации часто оглушительные – взрывы, топот, гром; обонятельные – тоже неприятного содержания – запах горелого, мочи. Бредовые идеи, как правило, преследования, физического уничтожения, встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания. Эти переживания сопровождаются бурными эмоциональными расстройствами в виде страха, иступленной злобы или ярости. Двигательное возбуждение чаще всего в форме бессмысленных разрушительных действий, направленных на окружающих людей. Слова и действия больных отражают существующие в данный момент болезненные переживания. При восстановлении сознания весь период болезненных переживаний полностью амнезируется. Сумеречное помрачение сознания встречается чаще всего при эпилепсии и травматических поражениях головного мозга.

Кроме того, в судебно-медицинской практике встречаются, так называемые, **исключительные состояния** – группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но во многом сходных по клиническим признакам. Эти расстройства начинаются внезапно в связи с внешней ситуацией, они непродолжительны, сопровождаются расстроенным сознанием и полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями и, как правило, представляют собой единственный эпизод в жизни.

К исключительным состояниям относятся: патологический аффект, патологическое просоночное состояние, реакция «короткого замыкания» и патологическое опьянение.

Целесообразность и клиническая оправданность выделения исключительных состояний в самостоятельную группу подтверждаются практикой судебно-психиатрической экспертизы. Перед экспертами часто ставится вопрос о психическом состоянии субъекта в момент совершения общественно опасных действий. Поэтому обоснование самого понятия «исключительное состояние» и разработка диагностических критериев проводилась применительно к правовым нормам – к вопросам вменяемости и невменяемости.

Клинические проявления.

Кардинальным признаком всех исключительных состояний является их психотическая природа. Ведущее место в их клинической картине занимает нарушение сознания с дезориентировкой, полным отрывом от действительности и болезненно искаженным восприятием окружающего. Глубокая дезориентировка в окружающем сочетается с сохранностью сложных взаимосвязанных автоматизированных действий. Поведение при сумеречном состоянии сознания обусловлено образным бредом, галлюцинациями, напряженным аффектом страха, злобы, тоски и ярости, что и определяет общественно опасные действия. Последующая амнезия распространяется не только на реальные события, но нередко касается и субъективных переживаний.

Исключительные состояния могут наблюдаться у практически здоровых лиц. Однако в анамнезе у большинства перенесших исключительное состояние, выявляются нерезкие резидуальные органические изменения травматической, инфекционной или интоксикационной этиологии. Нельзя исключить в ряде случаев и роль конституционального предрасположения, в частности эпилептического. Особенно большая роль принадлежит астении, истощающему влиянию предшествующего напряжения и перевозбуждения, а также бессоннице.

Таким образом, предрасположенность почвы создаётся комплексом патогенных факторов. Они обуславливают функциональное состояние нервной системы к моменту действия того раздражителя, который вызывает острое психотическое расстройство. В возникновении такого временного предрасположения участвует множество случайных ослабляющих факторов в необычных, редких сочетаниях, чем по-видимому, и объясняется чрезвычайная редкость исключительных состояний и малая вероятность их повторного возникновения у одного и того же человека.

Патологический аффект - представляет собой кратковременное психотическое состояние, внезапное возникновение которого связано с психотравмирующими факторами. В клинической картине патологического аффекта можно выделить три фазы:

- Первая, подготовительная. В связи с психотравмирующими факторами (обида, оскорбление) нарастает эмоциональное напряжение, изменяется восприятие окружающего, нарушается способность наблюдать происходящее, оценивать обстановку и осознавать своё состояние. Сознание

ограничено узким кругом представлений, непосредственно связанных с травмирующим переживанием, всё остальное не воспринимается.

- Вторая – фаза взрыва. Напряженный аффект гнева или иступлённой ярости мгновенно достигает кульминационной точки, сопровождается глубоким помрачением сознания с резким повышением порога восприятия и полной дезориентировкой. На высоте нарушения сознания возможны иллюзорные представления, функциональные галлюцинации. Эмоциональный разряд проявляется бурным двигательным возбуждением с автоматическими действиями, бессмысленной агрессией и разрушительными тенденциями. Всё это сопровождается выраженной мимической и вегетативно-сосудистой реакцией: лицо резко краснеет или становится необычайно бледным. Черты лица искажаются, чрезмерно выразительная мимика отражает смешение различных эмоций, гнев и отчаяние, ярость и недоумение. Состояние достигает предельного напряжения.

- Третья – заключительная фаза сопровождается внезапным истощением физических и психических сил. Наступает глубокий, непреодолимый сон. В некоторых случаях вместо сна возникает прострация (общая слабость, вялость, полная безучастность и безразличие к окружающему и содеянному).

Чёткие клинические критерии диагностики патологического аффекта имеют особенно большое значение в связи с необходимостью его отграничения от физиологического аффекта, поскольку различные преступления, особенно против личности, нередко совершаются в состоянии душевного волнения.

Основным клиническим отличием патологического аффекта служит нарушение сознания с отрывом от действительности, искажённым её восприятием, ограничением сознания узким кругом представлений, непосредственно связанных с актуальным раздражителем. Психотическая природа патологического аффекта проявляется также в закономерной смене фаз, прослеживающихся, несмотря на чрезвычайную остроту этого состояния.

В качестве примера патологического аффекта приводим выписку из истории болезни.

Обследуемый С., 29 лет, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений своему отцу, от которых пострадавший скончался.

С. окончил 10 классов средней школы, затем учился заочно в институте и одновременно работал в должности инженера-экономиста. По характеру впечатлительный, чувствительный, деликатный. Женат, отношения с женой хорошие, несмотря на сложную ситуацию в семье. Отец обследуемого злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения избивал свою жену. В последнее время С. заканчивал институт, много работал, очень уставал из-за бессонных ночей, так как отец ежедневно приходил домой пьяный, устраивал скандалы.

В день происшествия отец пришёл домой поздно, в нетрезвом состоянии, скандалил с матерью, требовал, чтобы она за что-то просила у

него прощения, нецензурно бранился, всячески оскорблял мать, бил её кулаками по голове. С., лёжа в соседней комнате, напряжённо прислушивался; скандал всё разгорался. Отец, схватив со стола сапожный молоток, стал угрожать им матери. Она громко закричала, после чего проснулся и заплакал маленький сын обслеуемого. Крик сына «подействовал как сирена», вызвал страшный гнев. Вскочив с кровати, С. бросился в комнату родителей, подбежал к отцу, набросился на него с молотком. В глазах потемнело, видел только искажённое лицо ребёнка, оно то приближалось, увеличиваясь, то куда-то проваливалось, чувствовал, как его «обволакивает туман». Что произошло в дальнейшем, не помнит. Очнулся в комнате родителей, ощущал при этом резкую слабость, разбитость, сонливость. Был потрясён, узнав от жены о случившемся. Преодолевая усталость, пытался оказать отцу помощь, но, не дождавись врачей, уснул.

Из материалов дела известно, что, когда мать обслеуемого позвала на помощь, и одновременно заплакал ребёнок, С. вскочил с кровати и стремительно бросился к отцу, который замахнулся на него молотком. Когда жена С. выбежала из другой комнаты, она увидела в руках у мужа молоток. С. стоял, наклонившись над отцом, лежавшим в крови на полу. Он был очень бледен, дрожал всем телом. На вопросы жены не реагировал, «глаза его были какие-то остекленевшие, остановившиеся», «он смотрел и ничего не видел», продолжая методично наносить отцу удары молотком по голове. Когда жена вырвала молоток из рук С. и громко закричала, назвав его по имени, он как бы пришёл в себя и с удивлением посмотрел на окровавленного отца. При этом был растерян, куда-то порывался идти, вдруг «замер, остановился как вкопанный». Затем подошёл к отцу, нагнулся над ним, тут же как-то боком прислонился к стулу и моментально заснул. Окружающие положили его на кровать, но он не просыпался, продолжал спать и в тот момент, когда мимо него на носилках пронесли отца. Отец был доставлен в больницу в бессознательном состоянии с множественными переломами костей черепа и повреждением мозгового вещества.

Кратковременное психотическое состояние в данном случае развилось как реакция на аффективное раздражение на фоне астении, обусловленной действием временно ослабляющих факторов (переутомление, бессонница) при постоянно свойственных обслеуемому явлениям вегето-сосудистой дистонии.

Патологические просоночные состояния. Раньше описывались как «опьянение сном». Большинство авторов подчёркивали частоту агрессивных действий, совершаемых в подобных состояниях.

Под патологическим просоночным состоянием следует понимать состояние неполного пробуждения после глубокого сна с неравномерным переходом от сна к бодрствованию отдельных систем головного мозга. При «пробуждении более простых двигательных функций высшие психические функции, прежде всего сознание, остаются в состоянии сонного торможения. Такой неравномерный, замедленный переход от сна к бодрствованию

сопровождается помрачением сознания, глубокой дезориентировкой. Продолжающиеся сновидения бывают яркими, образными, устрашающими. Искривленно воспринимаемые реальные события вплетаются в устрашающее сновидение, сочетаются с иллюзорными и даже кратковременными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.

Освободившиеся от сонного торможения моторные функции делают субъекта способным к агрессивно-защитным действиям. Они проявляются в форме или отдельных автоматических поступков, или целостных двигательных актов, отражающих патологические переживания. В просоночных состояниях нередко совершаются убийства и наносятся тяжкие телесные повреждения. После периода возбуждения обычно наступает окончательное пробуждение с полным восстановлением сознания и последующей адекватной реакцией растерянности и удивления по поводу происшедшего. После окончательного пробуждения воспоминаний о болезненном состоянии обычно не остаётся. Иногда они частично сохраняются, касаясь в основном сновидных образов. Просоночные состояния длятся иногда лишь несколько мгновений, но в некоторых случаях занимают больше времени.

Просоночные состояния возникают обычно у лиц с нерезко выраженными органическими изменениями центральной нервной системы, чаще травматического происхождения, а также у глубоко и крепко спящих людей. Наряду с этим большое значение в генезе патологических просоночных состояний имеет комплекс временных вредностей, воздействовавший перед засыпанием. Среди них на первом месте стоит употребление алкоголя. Отмечена патогенная роль предшествующего эмоционального напряжения, переутомления, вынужденной бессонницы и соматопсихической астенизации.

Обследуемый П., 35 лет, обвиняется в убийстве жены.

В возрасте 20 лет перенёс контузию с кратковременной потерей сознания. После демобилизации из армии работал лесорубом. По характеру всегда был весёлым, жизнерадостным и общительным. В 22 года перенёс операцию по поводу язвы желудка; после операции стал раздражительным, замкнутым. Начал работать ночным сторожем в пекарне. Алкогольные напитки переносил плохо, пьянел от небольших количеств алкоголя, в состоянии опьянения быстро засыпал. Всегда спал очень крепко, испытывал повышенную потребность во сне. При недосыпании чувствовал разбитость, непреодолимую сонливость.

В день правонарушения ужинал вместе с женой, выпил около 300 г водки. В тот вечер был расстроен, так как жена отказалась поехать вместе с ним к родителям. Около 22 ч ушел на ночное дежурство. Во время дежурства замерз, «продрог», несколько раз приходил домой, но согреться не мог. Чувствовал себя усталым, разбитым. Не дождавшись сменщика, раньше времени ушёл домой; сразу же лёг в постель, тут же уснул. Помнит, что ему приснился страшный сон. Снилось, что поломали пекарню, разбили там окна. В проёме разбитого окна увидел фигуру в белом, которая

приближалась к нему, вытянув вперёд руку, слышал плач ребёнка, крики о помощи. Спасаясь, пытался бежать, но этот человек всё время оказывался рядом, в страхе ударил его топором. О последующих событиях ничего не помнит. Проснулся «от какого-то толчка», услышав стук в дверь, по привычке зажёг свет, открыл входную дверь. Увидев людей около дома, «почувствовал что-то неладное»; только после этого заметил в углу комнаты труп жены, кровь на полу, очень испугался, не мог понять, что произошло.

Из материалов дела известно, что П. пришёл с дежурства в 4 часа, лёг спать на кровать, где спал грудной ребенок. В этой же комнате спали жена обследуемого, 5-летняя дочь и родственница. Около 6 ч. П. внезапно вскочил с кровати, стал метаться по комнате, что-то бормотал. Как показывает родственница, при этом вид у него был растерянный, он был бледен, дрожал, повторял одно и то же: «Окна бьют, ломают пекарню». Родственница разбудила жену, которая тут же поднялась, а сама, схватив грудного ребенка, выбежала из дома, чтобы позвать на помощь.

Свидетелем дальнейших событий является только 5-летняя дочь П., которая показала, что когда мать подбежала к отцу, он молча схватил топор, стоявший у печки, и «стал рубить маму». Девочка звала на помощь, но рядом никого не было. Она закрыла голову подушкой и больше ничего не слышала. Пришедшие через 15 мин. соседи увидели на полу труп жены П., а на её кровати, поперёк, на спине, лицом вверх, с полусогнутыми ногами лежал П. Между колен у него была зажата отрубленная рука жены. На оклики окружающих он не отзывался. Соседи вынесли девочку и закрыли дом.

Свидетели, стоявшие у окна, сообщают, что через 15-20 мин сосед снова постучал в дверь. П. поднялся с кровати, зажёг свет, открыл дверь; при этом он с недоумением озирался по сторонам. Увидев на полу труп жены, П. бросился к ней, плакал.

У П. в момент совершения убийства возникло типичное патологическое просоночное состояние с болезненно искажённым восприятием окружающего после спонтанного, но неполного пробуждения от глубокого сна. Яркие устрашающие сновидения продолжались после того, как моторные функции освободились от сонного торможения. Отдельные отрывочные высказывания указывали на связь патологических переживаний со сновидениями и раскрывали их содержание. Реальные события – фигура проснувшейся жены, плач ребёнка, крики о помощи – вплетались в созданную сновидением ситуацию. Продолжавшиеся сновидения сопровождались тревогой, страхом. Действия обследуемого были связаны с патологическими переживаниями, носили характер автоматизмов с бессмысленной агрессией, о чём свидетельствует множество ударов, нанесенных в одно место. Возбуждение сменилось глубоким сном с последующей полной амнезией реальных событий при сохранности воспоминаний, касающихся сновидения.

Реакция «короткого замыкания». Такая патологическая реакция возникает в связи с затяжной психотравмирующей ситуацией и в результате разряда длительного и интенсивного аффективного напряжения, сопровождающегося тревожными опасениями, ожиданием неприятностей, на которых сосредоточены почти все представления субъекта. Общественно опасное действие, которое до того не предполагалось, вызывается мгновенно сложившейся, зачастую совершенно случайной ситуацией. Клиническая картина определяется либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными, не соответствующими по поводу аффективными нарушениями (исступлённая ярость, отчаяние и т. п.), сочетающимися с импульсивными, автоматическими действиями, в том числе опасными для окружающих. По миновании реакции «короткого замыкания» так же, как и после патологического аффекта, наступает сон или резкое психофизическое истощение.

Патологическое опьянение. Это сумеречное помрачение сознания различной структуры, относится к группе острых кратковременных психических расстройств.

При патологическом опьянении внезапно наступает резкое изменение сознания, подобно сумеречному, качественно отличающееся от «затуманенного» сознания или оглушенности при обычном опьянении. Находящийся в патологическом опьянении болезненно воспринимает окружающую действительность, внешняя обстановка становится для него угрожающей. Это сопровождается тревогой, страхом, достигающим иногда безотчётного ужаса. В состоянии патологического опьянения возможны оживление прошлых опасных ситуаций, патологическое воспроизведение ряда событий из ранее прочитанных книг и перенесение этого в воображаемую действительность. В этих случаях обычно сохраняется способность осуществлять довольно сложные целенаправленные действия, пользоваться транспортом, правильно находить дорогу и т. п. Однако чаще всего субъект, находящийся в состоянии измененного сознания, патологически дезориентирован, не способен к речевому общению с окружающими, всегда действует один, никакие совместные действия в этих случаях невозможны. Речевая продукция при патологическом опьянении чрезвычайно скудна, а если она есть, то всегда отражает тематику болезненных расстройств. В этом состоянии человек обычно не реагирует ни на какие реальные раздражители, не отвечает на вопросы, его внимание не удаётся привлечь.

Совершаемые в патологическом опьянении поступки не являются следствием реальных мотивов и действительных обстоятельств и вместе с тем редко представляют собой хаотические беспорядочные действия. В основе таких поступков всегда лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. Насильственные действия имеют особый, защитный для субъекта характер, они обычно направлены на устранение воображаемой опасности.

При патологическом опьянении, как правило, мало затрагиваются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки, равновесия и действия, связанные с моторными процессами. Всё это нередко способствует совершению необычайно ловких, сложных и быстрых действий, направленных на реализацию болезненных побуждений.

Заканчивается патологическое опьянение обычно так же внезапно, как и начинается. Иногда оно переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или остаётся смутное воспоминание о пережитом.

Обследуемый Л., 33 лет, обвиняется в убийстве гражданки Б. Вечером выпил 100 г самогона и пошёл на дежурство. Что делал дальше не помнит, «очнулся» связанным в машине по пути в отделение милиции.

Из материалов уголовного дела известно, что, придя на работу, Л. неожиданно схватил ружьё и, стреляя, стал бегать по охраняемой территории. Выражение лица у него было «разъярённым, диким», бегал он «ровно, не шатался». Л. неоднократно стрелял внутрь охраняемых зданий, на крики окружающих не обращал внимания. В дальнейшем Л. забежал в одно из зданий и открыл бесцельную стрельбу, во время которой убил Б. При этом Л. прятался, выкрикивал: «Где они...у...у...у...». После удара по голове Л. упал на землю, не сопротивлялся, что-то бормотал. Придя в себя, ничего не помнил о случившемся.

Наряду с перечисленными формами сумеречного помрачения сознания встречаются «сумерки», которые можно определить как истерические. Они возникают после психических травм и в поведении больных отражается содержание психической травмы. Наиболее часто встречающимися формами истерического сумеречного помрачения сознания являются пуэрилизм, псевдодеменция, Ганзеровский синдром.

Пуэрилизм возникает чаще всего в ситуации угрозы за совершенный поступок. В поведении больного явно прослеживается «возрастной регресс личности» с чертами детского поведения – обращение к официальным лицам как к «дядям» и «тетям» с попыткой взобраться к ним на колени, лепечущая речь, ползание на четвереньках и т. д. Одновременно прослеживаются приобретенные навыки взрослого человека (курение).

Псевдодеменция – сумеречное состояние сознания с неправильными формами поведения и яркой демонстрацией слабоумия. Больные не могут выполнить простые инструкции, но при этом выполняют более сложные задания.

Ганзеровский синдром – сумеречное состояние сознания, при котором больные отвечают не по существу заданного вопроса – «миморечь», «мимо говорение», хотя ответ больного всегда существует в контексте беседы с ним.

Вышеперечисленные формы психоза могут длиться несколько дней и сопровождаются тотальной амнезией.

Возрастные особенности нарушений сознания.

Нарушение сознания зависит от возрастного этапа формирования сознания. У детей до 1 года, в основном, возникают выключения сознания – обнубиляция, оглушенность, кома. Первые два расстройства не всегда бывают заметны окружающим и проявляются заторможенностью, вялостью, сонливостью, иногда однократной рвотой. Подобные нарушения характерны и для детей до 3-х лет. В этом состоянии ребенок не проявляет ни к чему интереса, не реагирует на мать, безразличен, реакции замедленны.

Если ребенок ночью вскакивает, громко кричит, отмахивается, не реагирует на уговоры, а через несколько минут это состояние проходит и объяснить, что с ним было он не может, то такое поведение можно расценить, как проявление сумеречного помрачения сознания.

Нарушения сознания у детей 5 – 9-летнего возраста более разнообразны, нежели у вышеописанной возрастной категории. Делирий в этом возрасте отличается стертостью, фрагментарностью, меньшей длительностью, наличием иллюзий и галлюцинаций. В рисунке ковра ребенку видятся кошачьи головы, которые кивают ему, подмигивают и т. д. Ребенок не может понять, что было во сне, а что наяву, утверждает, что на кровати лежала красивая кукла, а по комнате ходила маленькая собачка.

Сумеречные состояния сознания в этом возрастном периоде кратковременны и не развернуты. Наиболее часто встречаются однообразные действия руками или губами: причмокивание, облизывание, перебирание пальцами.

В возрасте 9–16 лет наиболее характерен делириозный синдром. В пределириозной стадии ребенок становится двигательно беспокойным, пугливым, обидчивым, затем появляются иллюзии и галлюцинации, как правило, устрашающего или зооптического характера: больной видит кошек, собак, жуков, пауков и т. д.

Онейроидные состояния в этом возрасте еще не полностью развернуты, однако больные могут видеть себя в космосе, на войне и т. д.

Сумеречные состояния в подростковом возрасте сопровождаются переживанием страха, злобы, агрессивным поведением.

В юношеском возрасте наблюдаются все клинические формы расстройств сознания, характерные для зрелого возраста.

Контрольные вопросы.

1. Определение понятия «сознание».
2. Критерии нарушенного сознания.
3. Клинические проявления физиологических изменений сознания.
4. Классификация расстройств сознания.
5. Клинические варианты выключений сознания и неотложная помощь.
6. Клинические варианты помрачений сознания и неотложная помощь.
7. Клинические проявления «особых» состояний.
8. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с нарушением сознания.

Задания для самопроверки

1. Больная 47 лет в гололед упала на улице, ударилась затылком, потеряла сознание на 20 минут. Придя в себя, не могла понять, кто рядом с нею. Речевой контакт затруднен, плохо понимает обращенные к ней вопросы, отвечает на них после пауз. Сонлива, заторможена. Какое нарушение сознания у больной?

- А. Обморок
- В. Оглушенность
- С. Делирий
- Д. Аменция
- Е. Онейроид

2. Больной 41 г. последние 2 недели пил ежедневно. Накануне госпитализации упал и сломал ногу, наложен гипс. Сегодня ночью не спал пытался подняться с постели, не узнавал жену, видел в комнате много крыс, ругался с собутыльниками, т.к. слышал их голоса. Не понимал, где находится. В больнице чрез 3 дня сознание прояснилось, помнил о своих «видениях» и «голосах». О том, что было в действительности, не помнит. Какой синдром нарушенного сознания был у больного?

- А. Делириозный
- В. Онейроидный
- С. Оглушенность
- Д. Аменция
- Е. Сумеречное состояние сознания

3. Больная 24 лет находится в инфекционном отделении по поводу гриппа. Стала беспокойной в пределах постели, разбрасывается, стягивает одеяло, тербит белье. Растеряна, не понимает происходящее. Произносит несвязные слова. Повышена отвлекаемость. Испытывает фрагментарные галлюцинации и иллюзии. То плачет, то смеется, то стонет. По выходе из болезненного состояния ничего не помнит о своих переживаниях. Определите нарушение сознания у больной.

- А. Делириозный синдром
- В. Оглушенность
- С. Аментивный синдром
- Д. Онейроидный синдром
- Е. Сумеречное состояние сознания

4. Больная сидит в постели, недоступна контакту, не реагирует на обращение к ней. Выражение лица то тревожное, то восторженное, то радостное. Это состояние продолжалось несколько дней. По выходе из него рассказала, что казалось, будто бы она летит в космическом корабле, вокруг проплывают яркие звезды. Ее удивляло то, что видела за окном ходящих по улицам людей. Затем увидела себя приземлившейся, навстречу ей бежали люди, поздравляли. Увидела, как она идет по красивой ковровой дорожке к

трибуне, на которой стояли встречающие ее члены правительства. Воспоминания о том, что происходило с нею на самом деле в этот отрезок времени, не сохранились. Определите синдром нарушения сознания.

- А. Делириозный
- В. Сумеречного состояния
- С. Онейроидный
- Д. Аментивный
- Е. Обнубиляция

5. Больная 22 лет, бухгалтер, с 14 лет эпилептические припадки. Накануне госпитализации внезапно на работе вскочила из-за своего стола, закричала, стала душисть сотрудницу, оказывала резкое сопротивление пытающимся ее удерживать. Лицо выражало страх, кричала: «Пожар! Спасайтесь! Не убивайте!» Разбросала по полу бумаги, опрокинула стулья. Через несколько минут успокоилась, взгляд стал осмысленным, недоуменно спрашивала: «Что здесь происходило?» Была крайне удивлена тем, что она была причиной беспорядка. Ничего о болезненном состоянии не помнила. Определите синдром нарушенного сознания.

- А. Аментивный
- В. Делириозный
- С. Амбулаторного автоматизма
- Д. Сумеречного состояния сознания
- Е. Онейроидный

6. Больная страдает гипертонической болезнью, лечится в неврологическом отделении. Обычно приветлива, вежлива, адекватна. В один из обходов лечащий врач обратил внимание на то, что больная не совсем понимает его вопросы, просит повторить их, не понимает инструкции врача, который обследует ее неврологический статус. Внимание рассеяно, задает врачу неадекватные вопросы. На следующий день полностью адекватна, не может объяснить свое поведение накануне, хотя и помнит о нем. Определите форму нарушения сознания.

- А. Сопор
- В. Сомноленция
- С. Обнубиляция
- Д. Оглушенность
- Е. Аменция

7. Больная 15 лет с суицидальной целью выпила 10 таблеток бесалола. Астенизирована, сонлива. По собственной инициативе ни с кем не контактирует, лежит с закрытыми глазами. При обращении к ней поворачивается в сторону говорящего, начинает отвечать на вопросы, но после 2-3 слов что-то невнятно бормочет. Немного отдохнув, снова начинает что-то говорить, но после 2-3 слов истощается. Определите вид нарушения сознания.

- А. Кома
- В. Сопор
- С. Обнубиляция
- Д. Оглушенность
- Е. Астеническая спутанность

8. Больной, страдающий эпилепсией, собравшись на работу, через 2 часа после выхода из дому оказался в пригороде, куда мог за это время приехать электричкой. Не помнил, как ехал, кто был рядом. Какое нарушение сознания было у больного?

- А. Астеническая спутанность
- В. Амбулаторный автоматизм
- С. Сопор
- Д. Оглушенность
- Е. Обнубиляция

9. После травмы черепа больной лежит неподвижно с закрытыми глазами, на вопросы не отвечает. Инструкции не выполняет. Корнеальные, зрачковые, глотательный рефлекс сохранены. При прояснении сознания о болезненном состоянии ничего не помнит. Определите форму нарушения сознания.

- А. Сопор
- В. Кома
- С. Оглушенность
- Д. Обнубиляция
- Е. Делирий

10. Больная 19 лет, накануне свадьбы убили жениха. В день похорон плакала, часто падала в обморок. Затем вдруг стала веселой, подходила к трупу, пыталась его поднять со словами: «Хватит спать, пора ехать во Дворец бракосочетаний». Оглядывалась на присутствующих, спрашивала: «Почему вы плачете, ведь у меня свадьба». Придя в себя рассказывала следующее. Думала, что у нее свадьба, т.к. вокруг было много цветов. Определите форму нарушения сознания.

- А. Истерическое сумеречное состояние сознания
- В. Амбулаторный автоматизм
- С. Оглушенность
- Д. Обнубиляция
- Е. Делирий

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Цель занятия – научиться определять ведущий синдром психических нарушений, свидетельствующий о глубине поражения личности, а также тактику врача общей медицинской практики при различных психопатологических синдромах.

Содержание темы.

Психопатологический синдром – это более или менее устойчивая совокупность патогенетически связанных между собой симптомов.

Синдромы не являются строго специфичными для определенной нозологической формы и одинаковые синдромы могут наблюдаться при многих психических заболеваниях. В то же время, симптомы и синдромы являются основой формирования клинической картины психических болезней.

Определение ведущего синдрома (синдромологический диагноз) – начальный этап диагностического процесса, имеющий большое практическое значение. Существуют различные классификации синдромов: по преимущественному поражению той или иной психической функции, по глубине поражения личности и пр.

В предыдущих главах описывались некоторые синдромы преимущественного поражения той или иной сферы. Наиболее отвечающей требованиям оценки глубины психических нарушений и показаний к различным видам терапии является классификация психопатологических синдромов с учетом описанных выше регистров психических нарушений, отражающих глубину поражения личности.

Классификация психопатологических синдромов в зависимости от глубины поражения личности.

I. Непсихотические, пограничные синдромы:

1. Астенический (астено-невротический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, астено-абулический).
2. Апатико-абулический.
3. Невротические и неврозоподобные (неврастенический, синдром навязчивых состояний, дисморфофобический, депрессивно-ипохондрический).
4. Психопатические и психопатоподобные.

II. Психотические синдромы:

1. Синдромы помрачения сознания
 - а) астенической спутанности
 - б) синдром растерянности
 - в) делириозный
 - г) аментивный
 - д) онейроидный
 - е) сумеречного состояния сознания.
2. Депрессивный (психотический вариант)

3. Синдром галлюциноза (вербального, тактильного, зрительного)
4. Синдром дереализации и деперсонализации
5. Маниакальный.
6. Параноидный (в т.ч. галлюцинаторно-параноидный, ипохондрический, дисморфоманический, синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо).
7. Паранойяльный.
8. Парафренный
9. Гебефренический.
10. Кататонический.

III. Дефектно-органические синдромы:

1. Психоорганический (эксплозивный, апатический, эйфорический варианты).
2. Корсаковский амнестический.
3. Олигофрени.
4. Деменции (тотальной и лакунарной).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Астенический синдром (греч. а-отсутствие, steno- сила) проявляется выраженной физической и психической утомляемостью, возникающей уже после незначительных нагрузок. Больным трудно сосредоточиться и поэтому они плохо запоминают. Появляется эмоциональная несдержанность, лабильность, повышение чувствительности к звукам, свету, цветам. Замедляется темп мышления, больные испытывают затруднения при решении сложных интеллектуальных задач.

При **астено-невротических** состояниях к описанным явлениям астении присоединяются вспыльчивость, повышенная раздражительность, плаксивость, капризность.

При **астено-депрессивных** состояниях явления астении сочетаются со сниженным настроением.

При **астено-ипохондрическом** синдроме астенические симптомы сочетаются с повышенным вниманием к своему физическому здоровью, больные придают большое значение различным неприятным ощущениям, идущим из внутренних органов. У них нередко возникают мысли о наличии какого-либо неизлечимого заболевания.

При **астено-абулическом** синдроме больные, начиная какую-либо работу, так быстро утомляются, что практически не могут выполнить даже простейших заданий и становятся практически бездеятельными.

Астенический синдром в различных вариантах встречается при всех соматических экзогенно-органических, психогенных заболеваниях.

Апатико-абулический синдром характеризуется снижением силы эмоций, безразличием к происходящему вокруг и к самому себе в сочетании с отсутствием побуждений к деятельности. Такие больные обычно лежат или

сидят, ничем не занимаясь. Они неряшливы, безынициативны. Наблюдается при органических поражениях головного мозга и шизофрении.

Невротический синдром – симптомокомплекс, включающий явления неустойчивости эмоциональной и волевой сфер с повышенной психической и физической истощаемостью, с критическим отношением к своему состоянию и поведению.

В зависимости от особенностей личности может иметь неврастенический, истерический и обсессивно-фобический характер.

Неврастенический синдром (синдром раздражительной слабости) характеризуется, с одной стороны, повышенной возбудимостью, недержанием аффекта, склонностью к бурным аффективным реакциям при волевой неустойчивости, с другой стороны повышенной истощаемостью, плаксивостью, безволием.

Истерический синдром - характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью и лабильностью, театральностью поведения, склонностью к фантазированию и лживости, к бурным аффективным реакциям, истерическим припадкам, функциональным параличам и парезам и т.п.

Синдром навязчивости (обсессивный синдром) - проявляется навязчивыми мыслями, фобиями, навязчивыми желаниями и действиями. Явления навязчивости возникают, как правило, внезапно, не соответствуют содержанию мыслей больного в данный момент, к ним больной относится критически и борется с ними.

Синдром навязчивости встречается при неврозах, соматических, экзогенно-органических заболеваниях мозга.

Дисморфофобический синдром - больные переоценивают значение имеющихся у них физических недостатков, активно ищут помощи у специалистов, требуют проведения им косметических операций. Чаще всего возникает в пубертатном возрасте по психогенному механизму. Например, если подростки убеждены в том, что у них избыточный вес, они жестко ограничивают себя в еде (психическая анорексия).

Депрессивно-ипохондрический синдром - характеризуется появлением у больного мыслей о наличии какого-либо тяжелого даже неизлечимого заболевания, которые сопровождаются тоскливым настроением. Такие больные упорно ищут помощи у врачей, требуют различных обследований, назначения лекарственной терапии.

Психопатические и психопатоподобные синдромы – симптомокомплексы эмоциональных и эффекторно-волевых нарушений, имеющих более или менее стойкий характер и определяющий основной тип нервно-психического реагирования и поведения, обычно недостаточно адекватного реальной ситуации. Включает в себя повышенную эмоциональную возбудимость, неадекватность произвольных действий и поступков, повышенную подчиняемость инстинктивным влечениям. Личностная дисгармония таких больных обуславливает их социальную дезадаптацию.

В зависимости от особенностей типа высшей нервной деятельности и условий воспитания могут наблюдаться астенический, истерический, психастенический, возбудимый, паранойяльный или шизоидный варианты психопатического синдрома, являющиеся основой различных форм психопатии и психопатоподобных состояний органического и другого происхождения. Нередко сопровождается половыми и другими извращениями.

Психопатический синдром формируется к моменту формирования личности (к 18-20 годам), психопатоподобный синдром развивается у гармоничных до этого личностей под влиянием экзогенно-органических поражений головного мозга.

Синдромы помрачения сознания – описаны в главе «Нарушения сознания».

Депрессивный и маниакальный синдромы – описаны в главе «Нарушения эмоций».

Синдромы галлюциноза, дереализации и деперсонализации – описаны в главе «Нарушения ощущений и восприятий».

Синдромы параноидный, паранойяльный, парафренный – описаны в главе «Нарушения мышления».

Дисморфоманический синдром характеризуется триадой признаков: бредовые идеи физического недостатка, бред отношения, пониженное настроение. Больные активно стремятся к исправлению своих недостатков. Когда им отказывают в проведении операции иногда сами пытаются изменить форму своих уродливых частей тела. Наблюдается при шизофрении.

Синдромы гебефренический, кататонический - описаны в главе «Нарушения эффекторно-волевой сферы»

Психоорганический синдром – характеризуется негрубыми нарушениями интеллекта. У больных снижается внимание, фиксационная память, они с трудом вспоминают даты своей жизни и общеизвестных исторических событий. Замедляется темп мышления. Больные испытывают затруднения в приобретении новых знаний и навыков. Снижается уровень суждений и критика.

Происходит либо нивелировка личности, либо заострение черт характера. В зависимости от того, какие преобладают эмоциональные реакции, выделяют эксплозивный вариант (взрывчатость, грубость, агрессивность); эйфорический (неадекватная веселость, беспечность), апатический (безразличие). Возможна частичная обратимость, чаще происходит постепенное утяжеление и развитие синдрома деменции. Характерен для экзогенно-органических поражений головного мозга.

Корсаковский синдром – описан в главе «Нарушения памяти».

Синдромы олигофрении и деменции описаны в главе «Нарушения мышления».

Лобный синдром – сочетание признаков тотальной деменции с аспонтанностью или наоборот – с общей расторможенностью. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга с преимущественным поражением лобных отделов головного мозга – опухоли, ЧМТ, болезнь Пика.

Контрольные вопросы

1. Астенический синдром, его клинические варианты.
2. Неврастенический синдром.
3. Истерический синдром.
4. Психопатический и психопатоподобный синдромы.
5. Депрессивный синдром (психотический и непсихотический).
6. Ипохондрический синдром (психотический и непсихотический).
7. Параноидный, галлюцинаторно-параноидный и паранойяльный синдромы.
8. Психоорганический синдром
9. Синдром дисморфофобии и диморфомании.
10. Апатико-абулический синдром.

Задания для самопроверки

1. Пациентка предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, невозможность длительно переносить физическое или умственное напряжение, снижение настроения, слезливость. Отмечает, что появилась повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам. Частые головные боли, бессонница. Изменение самочувствия на метеофакторы. Какой синдром у данной больной?

- А. Астенический
- В. Дисморфоманический
- С. Ипохондрический
- Д. Депрессивный
- Е. Дисморфофобический.

2. Больной П. 39 лет, страдает хроническим гастродуоденитом. Очередное обострение сопровождалось абдоминальными болями, снижением аппетита, истощением, тошнотой. Наряду с повышенной утомляемостью и снижением работоспособности появились мысли об онкопатологии. Настойчиво просит врачей о проведении дополнительного обследования. В процессе лечения купировался болевой синдром, восстановился прежний вес, уменьшилась выраженность астении. Однако, опасения «ракового перерождения» сохраняются. При актуализации страха становится назойливым. При разубеждении соглашается с необоснованностью страха, но заявляет, что сам «прогнать мысли о раке» не может. Определите синдром.

- А. Астенический синдром
- В. Истерический синдром

- С. Депрессивно-параноидный синдром
- Д. Астено-депрессивный синдром
- Е. Фобический синдром

3. Студент технического института, 23 лет. Заболевание развивалось без видимых причин. Стал, вялым потерял, интерес к учебе, к общению со знакомыми, к искусству и музыке, которыми раньше «только и жил». Появились слуховые псевдогаллюцинации, бред преследования и гипнотического воздействия. Заявлял, что его мысли «читают окружающие». Практически был совершенно бездеятельным и безразличным, почти постоянно высказывал нелепые идеи различного содержания. Больным себя не считает. Определите синдром.

- А. Синдром Кандинского-Клерамбо
- В. Депрессивный синдром
- С. Паранойяльный синдром
- Д. Апатико-абулический синдром
- Е. Психопатопадобный синдром

4. Больная находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с криком прыгает оттуда, залезает под кровать и рычит, пытаясь схватить проходящих людей за ноги. Требуется постоянного присмотра из-за неадекватности поведения: сдергивает одеяла с больных, однажды отвинтила пробки от грелок и спустила в унитаз. Мышление разорванное. Определите синдром.

- А. Маниакальный
- В. Истерический
- С. Гебефренический
- Д. Кататонический
- Е. Делириозный

5. Больной часами лежит в постели, сохраняя одну и ту же позу, ни с кем не общается. Голова приподнята над подушкой. Иногда встает и подолгу стоит около кровати, однообразно переступает с ноги на ногу. На лице застыла бессмысленная улыбка, губы вытянуты (симптом хоботка). Кисти рук и стопы цианотичны. Контакт не доступен. При попытке осмотра оказывает сопротивление. При кормлении отворачивается, сжимает зубы. Определите синдром.

- А. Кататонический синдром
- В. Депрессивный синдром
- С. Апатический синдром
- Д. Астенический синдром
- Е. Апатико-абулический синдром

6. Три дня назад у больного появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что комната наполнена народом, угрожают убить, зовут «пойти

выпить». Ночью не спал, видел ползающее чудовище, мышей. Слышал крик о помощи. Выбежал из дома, спасаясь от «преследования». Во время беседы: внимание сосредотачивает с трудом, дрожит, внезапно начинает стряхивать с себя что-то, утверждает, что насекомых. Видит перед собой «кривляющиеся рожи». Определите синдром.

- А. Галлюцинаторно-параноидный
- В. Делириозный
- С. Онейроидный
- Д. Гебефренический
- Е. Галлюциноза

7. Больная 73 лет, не помнит имени и возраста детей, внуков, не может запомнить свою палату, имя врача, не ориентируется в отделении. Не помнит, где работала, когда вышла на пенсию. На вопрос: «Чем занималась сегодня утром?» - ответила: «готовила завтрак, отправила детей в школу, ходила на рынок». Вяла, бездеятельна. Определите синдром у больной.

- А. Психоорганический
- В. Лобный
- С. Корсаковский
- Д. Параноидный
- Е. Апатико-абулический

8. Больной 27 лет поступил в клинику в связи с суицидальными попытками: дома пытался повеситься, выброситься из окна. Настроение снижено, выражение лица печальное, тяжело вздыхает. Мышление замедлено. Разговаривает тихо, фразы бедные. Тахикардия, сухие слизистые, плохой аппетит, запоры. Говорит, что недостоен внимания врачей, заслуживает наказание за прошлые грехи. Какой синдром у больного?

- А. Апатико-абулический
- В. Параноидный
- С. Депрессивный
- Д. Психоорганический
- Е. Астенический

9. Больной 25 лет, 8 мес. назад перенес тяжелую черепно-мозговую травму, находился в коме 20 часов. В остром периоде длительные астенические состояния. Смог приступить к работе только через 6 месяцев. Быстро устает, трудно сосредоточить внимание. Не может осмыслить некоторые задания начальства, просит сотрудников помочь ему. Стал малоинициативным, снизилась волевая активность. Стал плохо запоминать, не может вспомнить некоторые профессиональные знания, которые были у него ранее.

Определите синдром.

- А. Корсаковский
- В. Психоорганический
- С. Деменции

- Д. Олигофрении
- Е. Астенический

10. Больной 18 лет жалуется на то, что испытывает неприятное ощущение чуждости мыслей, отчуждения всех психических процессов. Объективно – спит всю ночь, по утрам нет чувства отдыха, жалуется, что «не сомкнула глаз». Определите синдром:

- А. Астенический
- В. Депрессивный
- С. Деперсонализации
- Д. Дерезализации
- Е. Кандинского-Клерамбо

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО ТЕМАМ

Название темы	№ вопроса									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Предмет и задачи психиатрии. Причины и классификация психических заболеваний. Организация помощи психически больным, особенности работы психиатрических учреждений	С	Е	А	В	А	А	С	Д	А	С
Методы обследования психически больных	Д	Е	Д	С	Е	А	С	В	С	В
Нарушения ощущений и восприятий	Д	В	Д	В	В	А	Е	В	Д	В
Нарушения мышления и интеллекта	В	С	С	В	Е	Д	В	В	Д	В
Нарушения памяти	В	С	С	А	В	А	С	Е	Д	В
Нарушения эмоций	С	Е	А	В	С	Е	Д	Д	В	С
Нарушения эффекторно-волевой сферы	Д	С	В	Д	В	А	С	В	С	В
Нарушения сознания	В	А	С	С	Д	С	Е	В	А	А
Психопатологические синдромы	А	Е	А	С	А	В	С	С	В	С

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1998.
2. Витенко И.С. Загальна та медична психологія. - К.: Здоров'я, 1994.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Бачериков М.Є. Психіатрія і наркологія. - К.: Здоров'я, 1993.
4. Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия - М.: Медицина, 1989
5. Завилянський І.Я., Блейхер В.М., Крук І.В., Завилянська Л.І. Психіатричний діагноз. – К., 1989.
6. Кирпиченко А.А. Психиатрия. Минск: Вишэйша шк., 1990.
7. Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е.Бачерикова. -К.: Здоров'я, 1989.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1995
9. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М.: Медицина, 1995.
10. Кузнецов В.М., Чернявський В.М. Психиатрия. - К.: Здоров'я, 1993.
11. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л. 1985. с.93-95.
12. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. - М.: Медицина, 1997.
13. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. - Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998.
14. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М., 1997.
15. Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия. - М.: Медицина, 1973.
16. Руководство по психиатрии : в 2-х т. (Под ред. Г.В. Морозова) - М.: Медицина, 1988.
17. Татаренко Н.П. Психиатрия. - К.: Вища школа, 1971.
18. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. -М.: Медицина, 1973.
19. Шейдер Р. Психиатрия. - М.: Практика, 1998.
20. Ясперс К. Общая психопатология. - М.: Практика, 1997.
21. Хэлмз М.Т. Психиатрия. – Львов: АСТ, 1998. – 624 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ. ПРИЧИНЫ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ, ОСОБЕННОСТИ УСТРОЙСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	3
Основные разделы современной психиатрии.....	4
Классификация психических заболеваний.....	6
Организация психиатрической помощи.....	9
Задачи психиатрических учреждений.....	13
Структура психоневрологического диспансера.....	14
Структура психиатрической больницы.....	14
Контрольные вопросы.....	16
МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.....	20
Схема истории болезни.....	20
Контрольные вопросы.....	24
НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЙ.....	27
Классификация расстройств ощущений и восприятия.....	28
Синдромы нарушений ощущений и восприятия.....	33
Контрольные вопросы.....	34
Задания для самопроверки.....	34
НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И ИНТЕЛЛЕКТА.....	36
Расстройства речи.....	47
Расстройства интеллекта.....	50
Синдромы с преимущественным нарушением мышления.....	52
Контрольные вопросы.....	53
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ.....	56
Классификация нарушений памяти.....	57
Контрольные вопросы.....	62
Задания для самопроверки.....	62
НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИЙ.....	66
Психологическая характеристика эмоций.....	66
Классификация нарушений эмоций и чувств.....	67
Контрольные вопросы.....	75
Задания для самопроверки.....	75
НАРУШЕНИЯ ЭФФЕКТОРНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ.....	78
Расстройства эффекторно-волевой сферы.....	78
Контрольные вопросы.....	86
Задания для самопроверки.....	86
<i>Е. Рассеянность.....</i>	<i>88</i>
НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ.....	89
Контрольные вопросы.....	107
Задания для самопроверки.....	108
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.....	111
Задания для самопроверки.....	115
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО ТЕМАМ.....	119
РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	120
СОДЕРЖАНИЕ.....	121