

Расстройства памяти,
внимания, интеллекта.
Аффективные и волевые
расстройства.

Память - это способность запечатлевать, сохранять и воспроизводить информацию. Память по латыни *mnesis*, поэтому процесс памяти носит название *мнестического*.

В работе памяти можно выделить 4 относительно независимые функции:

- запоминание;
- сохранение;
- узнавание;
- воспроизведение.

Различают непроизвольную память (запоминание происходит без усилий человека) и произвольную (при которой запоминание является результатом активного сосредоточения внимания и целенаправленной деятельности).

Также память делится на:

- Двигательную
- Образную память
- Зрительную
- Эмоциональную память
- Вербальную
- Висцеральную.

В зависимости от организации процессов памяти и длительности удержания информации различают:

1. «непосредственный отпечаток» сенсорной информации (это система удерживающая довольно точную и полную картину мира, воспринимаемую органами чувств, длительность хранения - 0,1 - 0,5 сек.);

2. кратковременную память (удерживаемая информация представляет собой не полное отображение событий, которые произошли на сенсорном уровне, а непосредственную интерпретацию этих событий, длительность несколько секунд, минут);

3. долговременную память (срок хранения информации, обусловленный долговременной памятью, сравним с продолжительностью жизни человека).

Количественные нарушения памяти - дисмнезии.

- Гипермнезия характеризуется непроизвольным наплывом воспоминаний прошлого, повышенной способностью к запечатлению, продолжительным удержанием информации и легкостью ее воспроизведения. Гипермнезии характерны для некоторых пароксизмальных расстройств, интоксикаций психоактивными веществами, гипоманий. Как моносимптом они могут быть у психически здоровых личностей, в частности, такая гипермнезия была у С. Рихтера, который через много лет помнил, как выглядела машина, в которой его много лет назад везли на выступление, и как выглядели руки мальчика, листавшего ему партитуру на выступлении.
- Гипомнезия - ослабление памяти с трудностями запоминания, удержания и воспроизведения. Характерно для астенических состояний, депрессии, органических расстройств;
- Амнезии - выпадение фрагментов памяти.

Диссоциативная амнезия - характеризуется забыванием эмоционально значимых травматических событий, является частным случаем экстремального вытеснения, как естественного свойства памяти перемещать воспоминание о травматическом событии в бессознательное. Воспроизведение воспоминания в этом случае возможно в ходе психоаналитического процесса или в гипнозе.

Ретроградная амнезия - выпадение памяти на события, предшествующие травме, чаще черепно-мозговой травме.

Антероградная амнезия - выпадение событий, происходящих после стресса или черепно-мозговой травмы.

Ретроантероградная - выпадение из памяти событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни.

Фиксационная амнезия - резкое ослабление или отсутствие способности запоминать, фиксировать текущие события. В связи с этим слабеет или утрачивается память о текущих, недавних событиях, но сохраняется способность полного вспоминания приобретенного ранее опыта. Невозможность фиксировать текущие события приводит к неспособности ориентироваться в месте и во времени (амнестическая дезориентировка). Такой больной плохо ориентируется в стационаре, не может запомнить персонал, окружающих больных, даты.

Прогрессирующая амнезия характеризуется последовательным разрушением памяти от настоящего к прошлому, при этом события далекого прошлого помнятся лучше, чем события настоящего или ближайшего прошлого. Закон утраты памяти от настоящего к прошлому обозначается законом Рибо. Таким образом происходит нарушение памяти при большинстве органических атрофических расстройств головного мозга, в частности болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.

Воспроизведение следов памяти может быть нарушено в результате расстройств речи, в этих случаях пациент не может назвать предмет, потому, что не помнит, как он называется, но помнит, для чего он нужен (амнестическая афазия). Кроме того, воспроизведение памяти может быть нарушено в результате нарушения узнавания предмета (сенсорная афазия) или нарушения опознавания предназначения (смысла) предметов или явлений (семантическая афазия).

Парамнезии - это процессы искажения воспоминаний, они включают в себя:

- конфабуляции - замещение участков выпавшей памяти фантазиями или фантастическими бредовыми построениями (конфабуляторный бред). В этих случаях пациент рассказывает о якобы совершенных им в прошлом подвигах, достижениях, богатстве или преступлениях.

- псевдореминисценции - замещение участков нарушенной памяти фрагментом из иного участка прошлого, которое реально происходило с пациентом. Указанное воспоминание напоминает путаницу дат.

- криптомнезии - пациенты приписывают себе воспоминания и сведения, полученные от других лиц, из литературных источников, телевидения. Иногда эти явления называют невольным плагиатом. Характерно для органических расстройств и бреда.

- Эхомнезии - ощущение, что происходящее ранее происходило в прошлом, или виделось в сновидениях и далее повторяется. У больных возникает ощущение, что это происходит уже не 2-ой, а в 3-ий, 4-ый раз.

- Палимпсесты - существует двойное описание указанного симптома. Как кратковременное выпадение памяти при алкогольном токсическом опьянении с сужением сознания и при патологическом аффекте. Другое определение палимпсеста связано с одновременным воспроизведением двух равнозначных воспоминаний, которые приходятся на один и тот же период времени, при этом пациент колеблется, которое из них является существенным и реальным.

Расстройства внимания

Внимание - это избирательная направленность на тот или иной объект и сосредоточенность на нем, углубленность в направленную на объект познавательную деятельность.

Различают следующие основные свойства внимания:

- объем - число поступающих сигналов или ассоциаций, которые одновременно удерживаются в поле ясного сознания;
- концентрация внимания - интенсивность его сосредоточения на объекте деятельности;
- избирательность - степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности;
- распределяемость - концентрация внимания не в одном, а в двух или большем числе разнородных фокусов;
- устойчивость - длительность, с которой выделенные вниманием процессы сохраняют доминирующий характер;
- переключаемость внимания - способность быстро выключиться из одних установок и включиться в новые.

Также выделяют активное и пассивное внимание.

- Пассивное - привлекается сильным, новым, либо интересным раздражителем.
- Активное - субъект может намеренно сосредоточить внимание то на одном, то на другом объекте. Активное внимание, в отличие от пассивного, свойственно только человеку.

К расстройствам внимания относят:

- Гипопрозецию (ослабление внимания) - снижение способности активно направлять и фиксировать внимание (рассеянность);
- Гиперпрозеция - усиление пассивного внимания. Чрезвычайная отвлекаемость и откликаемость на несущественные события. Особенно выраженная отвлекаемость называется гиперметаморфоз;
- Парипрозеция - нарушение внимания, когда напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.
- Инертность внимания - неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного явления на другое;
- Патологическая прикованность - некоторые факты заслоняют в сознании больного все другие события.

Расстройства интеллекта

Интеллект - интегративная психическая функция, включающая способность к познанию, уровень знаний и способность их использовать. Интеллект характеризуется, прежде всего, умением отделять второстепенное от существенного, формировать суждения, делать умозаключения, устанавливать взаимосвязи.

Предпосылки интеллекта включают: память, внимание, объем знаний, умственную работоспособность. Слабость предпосылок интеллекта нарушает интеллектуальную деятельность.

Основные синдромы нарушения интеллекта – олигофрения (малоумие) и деменция (слабоумие).

Олигофрения - врожденное или рано приобретенное не прогрессирующее нарушение интеллекта, развившееся вследствие повреждения головного мозга до рождения ребенка или в первые 2-3 года его жизни.

Традиционно принято разделять олигофрению по степени выраженности на идиотию, имбецильность и дебильность.

Дебильность - легкая умственная отсталость со склонностью к конкретно-ситуационному мышлению. IQ варьирует от 70% до 50%. Резкое снижение способности к формированию отвлеченных понятий нивелируется у этих больных неплохой памятью, развитой речью и высокой способностью к подражанию. Люди с дебильностью нередко получают начальное или неполное среднее образование, учатся с трудом, преимущественно путем зазубривания материала. В большинстве случаев они могут освоить несложную профессию и работать под руководством наставника.

Имбецильность – тяжелая умственная отсталость, при которой больные не способны к абстрактному мышлению. IQ от 50% до 20%. Познавательная деятельность ограничивается образованием представлений. Речь косноязычная (заикание, плохая артикуляция), словарный запас резко ограничен несколькими сотнями слов. Фразовая речь возможна не всегда, фразы односложные. Движения плохо координированы, неуклюжи, однако при настойчивом обучении удается воспитать у них навыки самообслуживания. В большинстве случаев имбецилы могут жить в своей семье. Настойчивая работа с ними позволяет достичь большей адаптации.

Идиотия – наиболее глубокая степень умственной отсталости. IQ < 20%. Больные беспомощны, сознательная речь у них отсутствует, эмоциональные реакции примитивны (крик, плач), они не распознают родителей и знакомых. Двигательная сфера неразвита. Некоторые больные не могут ходить, совершают лишь стереотипные движения (раскачивание). Психический дефект при идиотии нередко сочетается с множественными дефектами формирования внутренних органов.

Следует отличать от олигофрении такой вид психического дизонтогенеза, как задержка психического развития (ЗПР). ЗПР связана с замедлением созревания морфофункциональных систем мозга под влиянием тех или иных неблагоприятных факторов и выражается незрелостью психической и психомоторной функции. Диагноз ЗПР следует ставить лишь до выравнивания или компенсации функции. Если этого не произошло, то диагноз ЗПР должен быть изменен на олигофрению.

Деменция - приобретенный прогрессирующий или стойкий психический дефект, с преимущественным расстройством интеллектуальных функций. Проявляется нарушением внимания, памяти, мышления, ориентировки, понимания, счета, суждений, речи, способности к обучению. Если при олигофрении интеллект не достигает уровня взрослого человека, то при деменции интеллект снижается от нормального уровня.

Клиническая картина слабоумия существенно различается при основных психических заболеваниях – органических процессах, эпилепсии и шизофрении.

Органическое слабоумие наблюдается при различных болезнях, приводящих к нарушению структуры мозга и массовой гибели нейронов (травмы, опухоли, сосудистые заболевания, алкоголизм, атрофические процессы и т.д.) Общими признаками всех этих заболеваний являются грубые расстройства памяти и выраженное снижение способности к пониманию. В зависимости от клинических проявлений различают синдромы тотального, лакунарного и концентрического (эпилептического) слабоумия.

Тотальное слабоумие (паралитическое) - проявляется первичным повреждением способности к логике и пониманию действительности. Деменция характеризуется поражением всех сторон познавательной деятельности, расстройствами личности (вплоть до разрушения «ядра личности»), потерей спонтанности, утратой критики к своему состоянию. Нарушения памяти бывают очень грубыми, наблюдается прогрессирующая амнезия по типу Рибо. Страдают нравственные свойства личности: исчезают чувство долга, деликатность, корректность, вежливость, стыдливость. Происходит постепенное растормаживание низших эмоций, связанных с инстинктами. Больные могут цинично браниться, обнажаться, мочиться и испражняться прямо в палате, бывают сексуально расторможены. Влечения повышаются. Особенно это касается аппетита, достигающего степени булимии. Больные неряшливы, не следят за своим внешним видом. Могут наблюдаться элементы регресса поведения - едят руками, подбирают объедки, ложатся одетыми на кровать, не спрашивая, берут еду и вещи у окружающих и т.п.

Личностные расстройства настолько выражены, что больные перестают быть похожи на самих себя (разрушается «ядро личности»).

Причиной тотального слабоумия является непосредственное поражение коры головного мозга. Это могут быть диффузные процессы, например дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера и Пика), менингоэнцефалиты (например, сифилитический менингоэнцефалит - прогрессирующий паралич), алкоголизм. Однако иногда небольшой патологический процесс в области лобных долей (локальная травма, опухоль, парциальная атрофия) приводит к сходной клинической картине.

Могут проявляться неврологические расстройства: дизартрия, анизокория, вялая реакция зрачков на свет, миоз, асимметрия иннервации лицевого нерва, симптом Ромберга, анизорефлексия, повышение или, напротив, снижение сухожильных рефлексов.

Парциальные виды деменции:

Лакунарное слабоумие (дисмнестическое) – проявляется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций с преобладанием расстройств памяти. Способность к образованию понятий и суждений нарушается значительно позже. Это затрудняет возможности приобретения новых сведений, но профессиональные знания и автоматизированные навыки могут долго сохраняться у таких больных. В сложной профессиональной деятельности они чувствуют беспомощность, но легко справляются с ежедневными домашними заботами. Характерно наличие критического отношения к своим недостаткам: пациенты стесняются несамостоятельности, извиняются за нерасторопность, пытаются (не всегда успешно) компенсировать нарушение памяти, записывая наиболее важные мысли на бумаге. С врачом такие больные откровенны, активно предъявляют жалобы, глубоко переживают свое состояние. Ядро личности, самосознание, стиль поведения заметно не страдают, запас навыков и знаний сохраняется на уровне, обеспечивающем ориентировку в происходящем и самообслуживание. Изменения характера при лакунарном слабоумии довольно мягкие, основные формы поведения, привязанности, убеждения больных остаются прежними. Отмечаются некоторые заострения личностных черт. Так, бережливость может обратиться в жадность, недоверчивость - в подозрительность, замкнутость - в мизантропию. В эмоциональной сфере для больных с дисмнестическим слабоумием характерны сентиментальность, эмоциональное слабодушие, слезливость.

Концентрическое (эпилептическое) слабоумие - при эпилепсии, на поздних этапах болезни, нарушается память и способность к пониманию. Наряду с замедлением психических процессов, выявляются патологическая обстоятельность, склонность к детализации, утрата способности отличать главное от второстепенного. Происходит снижение словарного запаса, употребляются слова паразиты, многократные повторения, уменьшительно-ласкательные обороты. Отмечаются выраженные изменения личности с нарастанием эгоцентризма, сужение круга интересов, концентрация на собственных проблемах. Часто это приводит к полному неведению об общественно значимых событиях. Расстройства памяти носят избирательный характер: больные хорошо помнят наиболее важные для них лично факты (имена врачей, названия принимаемых ими лекарств, размер пенсии и день ее выдачи), однако совершенно не запоминают событий, не имеющих для них большого значения. При высокой взыскательности к окружающим и декларируемом стремлении к порядку сами пациенты могут не выполнять требований врачей, бывают грубы к младшему персоналу больницы и другим пациентам. В работе такие люди становятся педантичными, мелочными. Следует отметить, что слабоумие развивается лишь у 20% больных эпилепсией.

Шизофреническое слабоумие - существенно отличается от слабоумия вследствие органических заболеваний. При шизофрении практически не нарушены процессы запоминания и понимания. Причиной низкой продуктивности и беспомощности становятся нарастающая пассивность и равнодушие. У больных отсутствует стремление к достижению результата. Это выражается в том, что они, не пытаясь ответить на вопрос врача, тут же заявляют: «Не знаю!». Больные не следят за собой, не придают значения одежде, перестают мыться и чистить зубы. Подчас значительный опыт и достаточные комбинаторные способности не могут актуализироваться в повседневной практической деятельности, вследствие аутистической оторванности, аспонтанности, апатии. Мышление отличается вычурностью, становится нецеленаправленным. На завершающих этапах болезни, длительное «бездействие» интеллекта приводит к постепенной утрате накопленного запаса знаний и навыков, которыми больные не пользуются.

Эмоциональные расстройства

Эмоция - психическая функция, отражающая субъективное отношение человека к окружающему миру и к себе самому, путем изменения психофизиологического состояния. Врач судит об эмоциональном состоянии человека по аффекту (в широком смысле этого слова), т.е. по внешнему выражению эмоций: мимике, жестикуляции, интонации, вегетативным реакциям. Аффект в узком смысле - яркое выражение эмоций с отчетливым невербальным компонентом

Эмоции связаны с организацией и структурой нейрональной сети висцеро-лимбической системы. Социальное влияние активирует церебральные химические процессы, и это проявляется в эмоциях.

Функции эмоций:

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

Принято разграничивать эмоции по знаку (положительные, отрицательные), модальности (тоска, тревога, страх, обида, гнев, разочарование, скука, удовольствие и др.), по степени и характеру активации физиологических процессов (стенические, астенические) и по силе (сильные, слабые).
Фоновая эмоция, отражающая обыденную жизнь называется *настроением*. Настроение характеризует внутреннее эмоциональное состояние субъекта; аффект - его внешнее выражение.

Симптомы эмоциональных расстройств

- Гипотимия - стойкое болезненное понижение настроения. Понятию гипотимия соответствует тоска, печаль, подавленность. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы или могут полностью отсутствовать. В отличие от естественного чувства печали гипотимия при психических заболеваниях отличается стойкостью.
- Гипертимия - стойкое болезненное повышение настроения. Приподнятое, праздничное, жизнерадостное настроение. Отрицательные эмоции мимолетны и нестойки или вовсе отсутствуют.
- Эйфория - состояние безмятежности со стремлением к созерцанию, но часто с активными действиями, которые характеризуются облегченностью.
- Мория - дурашливое, беспечное лепетание, смех, непродуктивное возбуждение у слабоумных больных.
- Дисфория - состояния немотивированной злобности, мрачности, угрюмости с ворчливостью, брюзжанием, вспышками раздражения.

СИМПТОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

- Тревога - неясное, недифференцированное чувство растущей опасности, напряженное ожидание трагического исхода.
- Амбивалентность - одновременное существование взаимоисключающих эмоций (любви и ненависти, привязанности и брезгливости).
- Апатия - состояние безучастности, равнодушия, безразличия, полной индифферентности к происходящему.
- Симптом болезненного психического бесчувствия – при этом симптоме эмоции фактически не исчезают, но больные испытывают тягостное чувство собственной погруженности в эгоистические переживания, считают, что они неспособны сопереживать кому-либо.
- Эмоциональная лабильность - чрезвычайная подвижность, неустойчивость возникновения и перемены эмоций по разным, часто сиюминутным причинам, иногда неизвестным и самому пациенту.
- Эмоциональная тупость - душевная холодность, черствость, бессердечие.

Симптомы эмоциональных расстройств

- Паратимия - инверсия эмоций, когда аффективные реакции противоположны адекватным в данной ситуации.
- Патологический аффект - кратковременное психическое расстройство, в виде взрыва аффекта, возникающий внезапно после психотравмирующей ситуации и сопровождающийся помрачением сознания с последующей амнезией всего периода психоза. Следует отметить, что в основе расстройства при патологическом аффекте лежит сумеречное помрачение сознания. Патологический аффект рассматривается, как основание для признания больного невменяемым.

Расстройства воли и влечений

Воля - способность к планомерной организованной деятельности, направленной на достижение результата, связанная с преодолением препятствий, требующая сосредоточения активного внимания. Волевая активность свойственна только человеку.

Влечение - неосознаваемый этап формирования потребности. Представленная в нем потребность либо не развивается, угасает, либо, становясь осознаваемой, реализуется в форме конкретного желания, мечты и т.п.

Деятельность человека обусловлена 3 типами действий:

- Произвольные - сознательные, целенаправленные акты,
- Автоматизированные - также направлены на достижение поставленных целей, но не требуют сосредоточения активного внимания,
- Инстинктивные - удовлетворение витальных потребностей, совершаются по безусловно-рефлекторному типу.

В основе нарушений инстинктивной деятельности лежат расстройства влечений, а в основе нарушений произвольной и автоматизированной деятельности лежат расстройства воли.

Нарушение волевых побуждений

- Гипобулия - снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающееся регрессом ее мотивов, гипокинезией, а также субъективным ощущением усталости, беспомощности.
- Абулия - отсутствие побуждений к деятельности и ее мотивов. Абулия часто сочетается с апатией, составляя при этом апато-абулический синдром.
- Гипербулия - патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений к действиям и их мотивов, приводящее к гиперкинезии.

Нарушение влечений

Воля человека сдерживает влечения, руководит ими. Слабость воли растормаживает их, резко меняя поведение человека. В результате в клинической практике мы наблюдаем различные варианты патологических влечений.

Парабулии - различные извращения влечений. Эта патология поведения вытекает из нарушения механизмов формирования мотивов. Мотив при этом не формируется, либо является неадекватным внутренней природе потребностей.

Так извращение аппетита может проявляться перееданием (булимия), отказом от еды (анорексия), поеданием несъедобного (копрофагия, пикацизм).

К нарушениям инстинкта безопасности (самосохранения) относятся страх, агрессия и суицидальное поведение.

Страх - переживание человеком непосредственной опасности для жизни, здоровья или социального благополучия. В норме страх возникает в ситуации, реально угрожающей безопасности индивидуума. Появление болезненных страхов во многом зависит от способности оценивать ситуацию. Неадекватная оценка может повлечь страх там, где объективно для него нет оснований (умственная отсталость, сниженная самооценка, недостаток опыта, детский возраст, психическое заболевание). Часто встречаются преувеличенные или сверхценные страхи. Страх может возникать аутохтонно, то есть без внешних поводов - протопатический страх. Встречаются навязчивые, бредовые страхи, а также припадки эпилепсии в виде страха. Проявления страха многообразны, но основными являются две его формы: возбуждение и заторможенность. Возбуждение на высоте страха может принимать вид панического бегства, а заторможенность достигать степени ступора. Одной из форм страха является ипохондрия - страх за здоровье.

Агрессия - поведение, направленное на устранение источника опасности, действительного или мнимого, В широком смысле агрессия - это установка личности на преодоление препятствий к достижению цели: настойчивость, упорство, твердость. Агрессия может быть пантомимической или экспрессивной (угрожающая поза), аффективной (гнев, злоба), вербальной (словесные угрозы), импульсивной (разрушительные действия), враждебной (целенаправленное нанесение вреда), инструментальной (является средством достижения иной цели), индуцированной (в толпе, которой внушен образ врага). Агрессивные тенденции у психиатрических пациентов встречаются не чаще, чем у здоровых индивидуумов. Агрессивность нельзя считать первичным, биологическим симптомом душевного заболевания. Большой частью агрессивные действия пациентов являются реактивными и выражают преморбидные установки личности.

Самоубийство (суицид) - агрессия, направленная на себя, аутоагрессия.

Нарушения инстинкта самосохранения могут проявляться обострением защитных реакций, повышенной настороженностью и готовностью к паническим реакциям.

Ослабление рефлекса самосохранения - исчезновение реакции при возникновении реальной опасности, при болевом раздражении, извращение оборонительного рефлекса при психических заболеваниях проявляется в нанесении себе самоповреждений и суицидальном поведении.

Половое влечение также может быть изменённым: либо резко повышенным (гиперсексуальность), либо пониженным (гипосексуальность).

Описаны разнообразные извращения сексуального влечения:

- Гомосексуализм - влечение к лицам своего пола,
- Педофилия - влечение к несовершеннолетним,
- Геронтофилия - половое влечение к пожилым людям,
- Эксгибиционизм - страсть к обнажению,
- Садизм - удовлетворение полового влечения путем причинения партнеру психологической или физической боли,
- Мазохизм - стремление получать от полового партнера физическую боль или моральные страдания,
- Фетишизм - использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения,
- Трансвестизм - стойкое влечение переодеваться в одежду и принимать облик лица противоположного пола.
- Трансексуализм - страстное желание переменить свой пол при помощи оперативного вмешательства.

Каждое из патологических влечений может быть выражено в различной степени.

Принято выделять:

- обсессивное влечение - предполагает возникновение желаний, которые больной может контролировать в соответствии с ситуацией;
- компульсивное влечение - мощное чувство, по силе сравнимое с голодом или жаждой. Больные осознают извращенный характер влечения, пытаются сдерживать себя, но при неудовлетворении потребности у них возникает невыносимое чувство физического дискомфорта;
- импульсивное влечение – непреодолимая тяга к действиям и поступкам, которые совершаются человеком незамедлительно, как только возникает болезненное влечение, без предшествующей борьбы мотивов и без этапа принятия решения.

Сравнительная характеристика клинических вариантов
патологических влечений

Критерии оценки	Обсессивное влечение	Компульсивное влечение	Импульсивные поступки
Критическое отношение (борьба мотивов)	Есть	Есть	Есть
Возможность волевого контроля	Есть	Почти нет	Нет
Антисоциальное и нелепое поведение	Невозможно	Высокая вероятность	Всегда

Среди видов импульсивных влечений наиболее распространены следующие:

- Клептомания - импульсивное стремление к воровству.
- Дромомания - непреодолимое стремление к перемене мест, бродяжничеству.
- Пиромания - стремление к совершению поджогов.
- Гемблинг - стремление к азартным играм.
- Дипсомания - непреодолимое влечение к пьянству.
- Гомицидомания - влечение к убийству.
- Мифомания - непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих.
- Копролалия - непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства. Встречается при синдроме Жиля де ля Туретта.