

**Клинические проявления
основных психопатологических
симптомов и синдромов.
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ**

Психиатрия (от греч. *psyche* – «душа» и *iatreia* – «лечение») – отрасль клинической медицины о распознавании и лечении психических болезней, организации психиатрической помощи.

Психология - (от др.-греч. *psyche* – «душа»; *logos* - «учение») - научная дисциплина, изучающая закономерности возникновения, развития и функционирования психики и психической деятельности человека и групп людей.

Психотерапия – это система комплексного лечебного воздействия с помощью психологических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Объект изучения психиатров, психологов и психотерапевтов – душа (психика).

ПСИХИКА

— функция восприятия и осмысления субъектом объективного мира, построение картины окружающего мира и регуляция на этой основе поведения и деятельности.

Психическое состояние управляется работой головного мозга. Психика одна из функций головного мозга.

СТРУКТУРА ПСИХИКИ

Психические процессы

- Сознание
- Чувственное познание (ощущения, восприятия, представления)
- Эмоции
- Мышление
- Память
- Внимание
- Интеллект
- Влечения
- Воля
- Психомоторная (двигательная) сфера
- Поведение
 - **Психические состояния:** сон, бодрствование, подавленность, усталость, транс

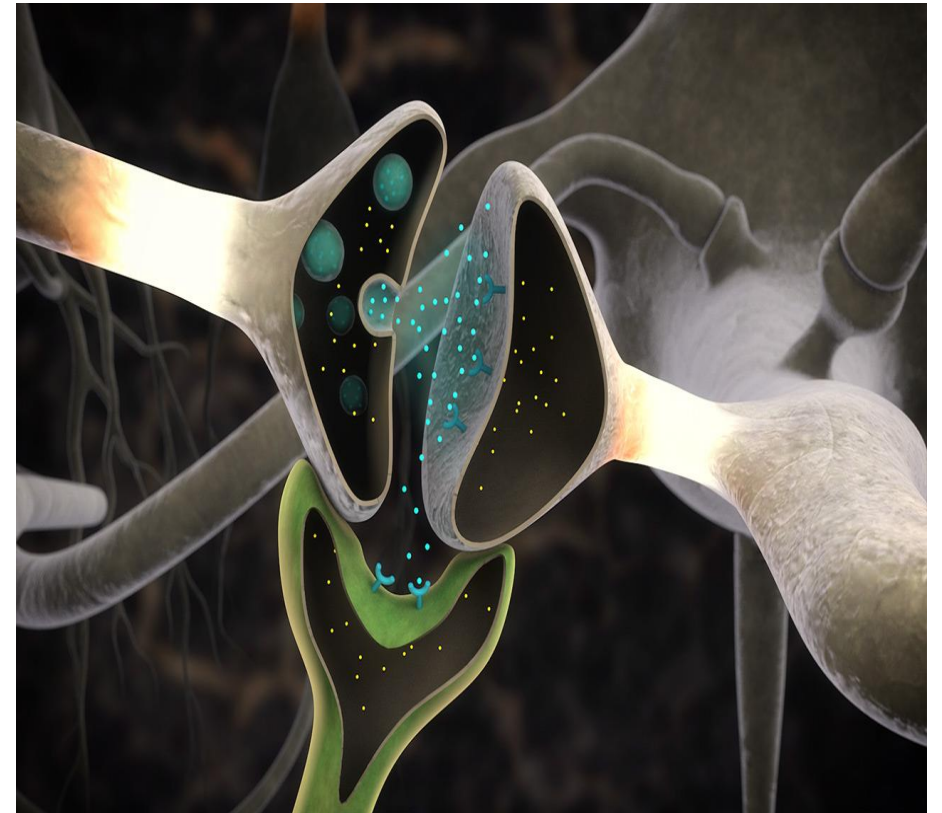
Свойства личности

- Темперамент
- Характер
- Способности
- Склонности
- Убеждения
- Знания
- Навыки
- Умения
- Привычки

Психические процессы

являются результатом
нейрофизиологической
деятельности головного мозга (ГМ).

Преобразования сигналов в ГМ,
воспринимаются человеком как
события, разыгрывающиеся вне
его, во внешнем пространстве и
мире.



ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ:

- **ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ (КОГНИТИВНЫЕ)** – к ним относятся ощущения, восприятия, представления, внимание, память, мышление, интеллект;
- **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ** – чувства, переживания;
- **ВОЛЕВЫЕ** – решение, исполнение, волевое усилие; и т.д.

Психические процессы обеспечивают формирование знаний и первичную регуляцию поведения и деятельности человека.

Психические процессы протекают с различной быстротой и интенсивностью в зависимости от особенностей внешних воздействий и состояния человека.

Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- **критичность** к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами (**контроль поведения**)
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать запланированное;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Психическое здоровье – состояние психического и эмоционального благополучия, в котором индивид может использовать свои когнитивные и эмоциональные способности, функционировать в социуме и реализовывать свои потребности.

Психическое расстройство – нарушение психических функций, которое приводит к **дезадаптации** человека.

Психическое заболевание – нарушение психических функций, которое приводит к **дезадаптации** человека, **имеет динамику развития и исход**.

РАЗДЕЛЫ ПСИХИАТРИИ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ - раздел психиатрии об основных закономерностях психических расстройств

ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ - исследует этиологию, патогенез, клинику, диагностику, течение, лечение и реабилитацию конкретных психических заболеваний

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ является разделом учения о заболеваниях человека и использует терминологию общей медицины :

- СИМПТОМ
- СИНДРОМ
- смена (динамика) синдромов.

- **Симптом** - субъективно или объективно выявляемый клинический признак нарушения психической функции, приводящий к **дезадаптации**
- **Синдром** — совокупность симптомов, объединенных единым механизмом патогенеза

Продуктивные и негативные симптомы и синдромы

- Продуктивные (позитивные, плюс симптом) новый дезадаптивный феномен психической деятельности. Новая функция, появившаяся в результате болезни, отсутствующая у здоровых людей (сенестопатии, галлюцинации, бред, стойкие: тоска, страх, тревога, эйфория, эпилептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение и т.д.)
- Негативные (дефект, минус симптом) - признаки ущерба, выпадения, изъяна, дефекта психического процесса, исчезновение способности (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т.д.). Как правило **необратимы**.

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве, сочетании и имеют обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем менее, беднее и фрагментарнее – позитивные. Продуктивные симптомы не специфичны, лучше поддаются коррекции. Негативные более значимы для постановки диагноза.

Симптомы делятся на:

- **Обязательные** - являются результатом основного патогенетического механизма болезни:
 - ведущие** симптомы - без которых данный синдром не существует (гипотимия при депрессивном синдроме, истинные галлюцинации при галлюцинозе), появляются раньше других, исчезают последними:
 - ***простой (малый) синдром*** - один ведущий симптом
 - ***сложный (большой) синдром*** - два и более ведущих симптомов в синдроме: галлюцинаторно-параноидный, парафренный, аффективно-параноидный, кататонический.
- **Дополнительные** - отражают тяжесть патологического процесса, могут отсутствовать в структуре синдрома.
- **Факультативные** - позволяют выделить **атипичные** варианты синдромов (появление в структуре депрессивного синдрома соматовегетативных расстройств, obsessions, фобий и др., позволяют выделить его атипичный вариант, называемый ларвированной депрессией).

По степени структурной завершенности синдромы делятся на:

- **развернутые** (достигают максимальной степени выраженности)
- **абортивные** (редуцированные, неразвернутые: синдромокинез ограничивается одним из промежуточных этапов и дальнейшего развития синдрома не происходит)

Синдромы могут развиваться **непароксизмально** (поэтапно) или **пароксизмально** (практически мгновенно).

По течению психические расстройства делятся на:

- непрерывно текущие
- приступообразно текущие

Развитие заболевания делится на несколько этапов.

- **Дебют** – проявление первых признаков.
- **Инициальный период** – появление неспецифических проявлений (общесоматических, неврозоподобных, эмоциональных расстройств).
- **Развернутая клиническая картина** – наличие характерных проявлений. Может начинаться в виде манифеста (психотические проявления) и неманифестно (непсихотические проявления).
- **Стабилизация** – «застывание» симптоматики без особенных колебаний интенсивности.
- **Исход** – полное выздоровление, неполное выздоровление (с резидуальной, остаточной симптоматикой), стабилизация состояния, дефект, смерть.

В основе психических заболеваний лежит нарушение функций высшей нервной деятельности.

Практически все психические заболевания представляют собой нарушение работы головного мозга, его дисфункцию.

По тяжести психические расстройства делятся на:

ПСИХОЗ – тяжелое расстройство, характеризуется:

- **неадекватным восприятием** окружающей действительности, которое определяет нелепое и опасное поведение больных
- отсутствием **контроля** за поведением
- отсутствием **критики** (осознания болезни)

НЕВРОЗ – более мягкие расстройства, характеризуются:

- **правильным восприятием** и осмыслением действительности;
- поведение не всегда адаптивно, но опасные и нелепые поступки исключены (**контроль поведения затруднен, но присутствует**);
- **наличие критики**, стремление избавиться от болезни.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

- **Эндогенные** – хромосомные, наследственные или с наследственной предрасположенностью (аффективные психозы, шизофрения, шизоаффективные расстройства).
- **Экзогенные** – этиологический фактор действует из внешней среды, при взаимодействии с ЦНС вызывает её повреждения (ЧМТ, опухоли, инфекции, интоксикации, сосудистые заболевания).
- **Психогенные** – этиологическим фактором выступает психотравма (неврозы, реактивные состояния).
- **Соматогенные** – причиной психического расстройства является первично нецеребральное соматическое страдание, изменяющее внутреннюю среду организма так, что эта среда становится патогенной для функционирования мозга и вызывает разнообразные нарушения его деятельности (сахарный диабет, гипотиреоз)
- **Патология психического развития** - умственная отсталость, задержка психического развития (ЗПР), искажения психического развития, расстройства личности.

Ступени (этапы) чувственного познания

- **Ощущение** - простейший психический процесс; отражение отдельных свойств предметов при их воздействии на органы чувств.
- **Восприятие** - психический процесс отражения предметов в целом, в совокупности их свойств, формирующий субъективный образ объективного мира.
- **Представление** - следы бывших восприятий, образы, возникающие в сознании непроизвольно или произвольно при отсутствии самого объекта в пределах досягаемости соответствующего анализатора. Образ представления проецируется в субъективное пространство, осознаваясь как результат психического творчества субъекта.

Классификация патологии чувственного познания.

Уровень ощущений

- а) изменение порога чувствительности
- б) сенестопатии

Уровень восприятия

- а) психосенсорные расстройства
- б) иллюзии
- в) агнозии

Уровень представления

- а) галлюцинации

Патология ощущений

изменение
интенсивности
ощущений

1. Гипестезия
2. Анестезия
3. Гиперестезия

качественные
расстройства
ощущений

1. Парестезии –
см. цикл
неврологии
2. Сенестопатии

ГИПЕСТЕЗИЯ (гипостезия) - сниженная чувствительность к раздражителям (повышенный порог восприятия).

Встречается при:

- *депрессивном синдроме,*
- *нарушениях сознания,*
- *на начальных этапах развития непароксизмальных помрачений сознания (делирий, аменция, онейроид),*
- *острых психотических состояний (острые галлюциноз, параноид и др.),*
- *невротических синдромах,*
- *абстиненции,*
- *в состоянии острой интоксикации некоторыми веществами (опиатами, гашишем, циклодолом и т. п.).*

Анестезия

– отсутствие чувствительности, одного или нескольких анализаторов, при формальной анатомо-физиологической сохранности:

- психическая амблиопия (слепота),
- психическая anosmia (нечувствительность к запахам),
- психическая ageusia (утрата чувства вкуса),
- психическая глухота,
- психическая тактильная и болевая анестезии (аналгезия).

Встречается при:

- *сопоре,*
- *коме,*
- *кататоническом синдроме,*
- *истерических невротических синдромах.*

Аналгезия - снижение или утрата чувства боли возникает:

- в гипнотическом трансе
- в состояниях глубокой депрессии
- при оглушении сознания
- в опьянении
- во время глубокой медитации
- у личностей, обедненных эмоционально
- у больных истерическим неврозом, истериформными расстройствами иной этиологии
- при прогрессивном параличе

ГИПЕРСТЕЗИЯ

Понижение порогов чувствительности, усиление восприимчивости, при воздействии обычных или даже слабых раздражителей. Привычные свет, звук, запах, вкус, прикосновение ощущаются крайне интенсивными.

Встречается:

- на начальных этапах помрачений сознания
- При психотических состояниях
- при астеническом синдроме
- абстиненции
- интоксикации

ПАРАСТЕЗИИ

- ощущения покалывания, онемения, ползания мурашек.
- Характеризуются простотой, поверхностной локализацией.
- Возникают при механическом повреждении периферических нервов, при временном нарушении кровоснабжения конечности, неврологических заболеваниях, авитаминозах, астении.

Астенический синдром

- патологическое состояние, характеризующееся быстро наступающей усталостью после обычной активности, раздражительностью.

Самый распространенный синдром в медицине!

Развивается при:

- хроническом переутомлении (физическом и психическом)
- всех среднетяжелых и тяжелых заболеваниях и инфекциях
- один из видов психогенных невротических расстройств.

Астенический синдром

Клинические проявления:

- повышенная утомляемость (физическая и психическая)
- раздражительность и эмоциональная лабильность
- нарушение внимания и памяти по астеническому типу
- гиперестезия
- нарушения сна (трудности с засыпанием, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха после сна, дневная сонливость)
- разнообразные вегетативные нарушения – головные боли, диспептические расстройства, гипергидроз, тахикардия, головокружение, чувство нехватки воздуха
- Симптом Пирогова (метеочувствительность)

Астенический синдром

| УСТАЛОСТЬ | АСТЕНИЯ |
|---|---|
| Физиологическое (нормальное) состояние | Патологическое (болезненное) состояние |
| Характеризуется <u>временным</u> снижением активности организма после напряжения | Характеризуется <u>устойчивым</u> снижением активности организма в результате хронического перенапряжения или истощения сил при соматическом заболевании |
| Наступает после интенсивного или достаточно продолжительного напряжения | Обостряется после повседневной активности |
| Проходит полностью после отдыха | Не проходит после отдыха |
| Не нуждается в специальном лечении | Часто нуждается в специальном лечении, так как по природе своей является хроническим и трудно обратимым состоянием |

Астенический синдром

Стадии (степени тяжести):

- **Гиперстеническая** – характерна гиперестезия, повышенная утомляемость и раздражительность, отвлекаемость внимания, снижение работоспособности и продуктивности труда, сочетающиеся с нетерпеливостью и постоянным стремлением к деятельности, даже в обстановке, благоприятной для отдыха ("усталость, не ищущая покоя")
- Стадия **«раздражительной слабости»** – сохраняется гиперестезия, характерны непродолжительные вспышки раздражительности, которые быстро истощаются и часто заканчиваются слезами («слезы бессилия»). Внимание и работоспособность снижены сильнее, активно начинают работу, но быстро устают.
- **Гипостеническая («чистой астении»)** – характерен «полный упадок сил», адинамия, аспонтанность, пассивность. Нередко наблюдаются головные боли, нарушения сна (повышенная сонливость или упорная бессонница), вегетативные проявления.

Сенестопатии

- тягостные
- нередко трудно локализуемые
- часто мигрирующие
- диффузные
- беспредметные
- локализуются **во внутренних органах** (чаще) или в различных поверхностных областях тела (в коже, под кожей) не имеют для своего возникновения объективных причин (констатируемых объективными методами обследования).

По содержанию сенестопатии делятся на:

- **патологические термические ощущения** («жжет», «печет», «леденит»);
- **патологические ощущения движения жидкостей** («пульсация», «переливание», «откупоривание и закупоривание сосудов» и т. п.);
- **циркумскриптные** (сверляще-разрывающие, жгучеболевые);
- **ощущения передвижения, перемещения тканей** («сливание», «переворачивание», «расслоение» и т. п.);
- **патологическое ощущение натяжения.**

Наиболее часто сенестопатии локализуются в области головы, мозга, реже — в области грудной клетки и брюшной полости, редко — в районе конечностей.

Часто их локализация меняется, что связано со склонностью сенестопатии к миграции.

Особенности сенестопатий

- **Полиморфизм** (разнообразные ощущения: спазмов, давления, жара, жжения, холода, лопанья, пульсации, отслоения, разрывов, распираания, растягивания, скручивания, стягивания и пр.)
- **Необычный характер**, в связи с чем пациенты с трудом формулируют свои жалобы
- **Неприятный, тягостный, порой мучительный характер** ощущений
- **Упорный, назойливый, неотступный характер**
- **Не свойственная симптоматике соматических заболеваний локализация** – неопределенная, разлитая, мигрирующая, ограниченная причудливыми топографическими зонами

Сенестопатии встречаются при

- шизофрении
- органических заболеваниях головного мозга
- невротических синдромах
- ларвированных депрессиях,
- сенестопатически-ипохондрических (паранойяльных, параноидных, парафренических),
- аффективно-бредовых, онейроидных и психоорганических синдромах

ПАТОЛОГИЯ ВОСПРИЯТИЯ

В основе классификации патологии восприятия — сохранение или нарушение узнавания воспринимаемого объекта. Выделяют две группы симптомов:

- **психосенсорные расстройства** — искаженное восприятие с сохранением узнавания воспринимаемого объекта;
- **иллюзии** — искаженное восприятие реального объекта, при котором **узнавание нарушено**. При иллюзии субъективный образ не соответствует реальному объекту перцепции и замещает его.
- **Агнозии** — утрата способности узнавать объекты

Психосенсорные функции

Отражение пространственно-временных качеств и свойств объектов внешнего мира и собственного тела, их величины, формы, веса, объема, местонахождения, контрастности, освещенности и т.п.

ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

искаженное восприятие реально существующих предметов окружающего мира, собственного тела, психических процессов или собственного «Я». Встречается при ОПГМ, инфекциях, интоксикациях (в т.ч. наркотических, например находящиеся в состоянии интоксикации в результате курения канабиоидов испытывают чувство, что рядом находящиеся предметы находятся на расстоянии десятков метров от них), абстинентном синдроме, особых состояниях сознания.

2 ПРИНЦИПА КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОСЕНСОРНЫХ РАССТРОЙСТВ:

1. Искажение объекта:

- **Метаморфопсия** – искаженное восприятие одного или нескольких объектов внешнего мира.
- **Дереализация** – чувство измененности окружающего мира
- **Деперсонализация** – чувство изменённости собственных психических процессов, собственного Я
- **Нарушение восприятия схемы тела** - искаженное восприятие величины и пропорций своего тела или отдельных его частей, местоположения частей тела, их взаимосвязи, веса, объема и др.

2. Искажение признака объекта

- размера (**макро-** и **микрופсия**),
- формы (**дисмегалопсии** — предметы кажутся перекрученными, изломанными, скошенными) и т.п.

Нарушение восприятия пространственных параметров, взаиморасположения, числа:

- **порропсии** — предметы видятся удаленными или приближенными, растянутыми или спрессованными
- **оптическая аллестезия** — пациенту кажется, что предметы якобы находятся не на том месте, где они действительно находятся
- **симптом поворота на 180°** — поле зрения в восприятии больного развернуто на 180°, все кажется перевернутым
- **полиопия** — при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько

Нарушение восприятия течения времени:

- **тахихрония** — течение времени как бы ускоряется
- **брадихрония** — замедляется

Нарушения восприятия чувства реальности:

- **галеропия** — необычно воспринимается освещенность или контрастность
- **ксантопсия** — все окружающее видится в желтом цвете
- **эритропсия** — в красном

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ

– искаженное восприятие окружающего мира, носит неопределенный, трудно вербализуемый характер, переживается как чувство измененности окружающего мира. Реальный мир предстает как бы мертвым, «чуждым», «нарисованным», «неестественным», «ненастоящим». «Люди похожи на роботов», «дома и деревья как театральные декорации», «смотрю на мир как бы через стеклянную стену».

Дереализация может проявляться феноменами

- **déjà vu** - («уже виденное») - переживает возникшую ситуацию как уже когда-то виденную, слышанную или пережитую)
- **errouve vu** - («уже испытанного») - утверждает, что он пережил событие, в котором он на самом деле никогда не участвовал
- **entendu vu** - («уже слышанное»)
- **jamais vu** - («никогда не виденное») - уже ранее известная ситуация воспринимается как никогда не виденная, не пережитая
- **jamais errouve vu** – («никогда не испытанное»)
- **jamais entendu** – («никогда не слышанное»)

В случае патологии человек переживает эти феномены болезненно, со страхом, растерянностью, иногда возбуждением

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

- аутопсихическая
- соматопсихическая
- аллопсихическая

АУТОПСИХИЧЕСКАЯ - чувство измененности собственных психических процессов, собственного «Я».

Больные заявляют, что изменились их личностные свойства, что они стали хуже, чем ранее, перестали тепло относиться к родственникам и друзьям и пр. (в состоянии депрессии).

Более свойственна больным с эндогенными заболеваниями.

Ангедония – неспособность переживать радость, деперсонализация чувственной сферы, встречается при депрессиях - "скорбное бесчувствие" (anaesthesia psychica dolorosa).

Аллопсихическая деперсонализация

Следствие аутопсихической деперсонализации, изменение отношения к окружающей действительности «уже измененной души». Больной ощущает себя как бы другим человеком, изменилось его мироощущение, отношение к близким.

Соматопсихическая деперсонализация



— искаженное восприятие собственного тела, физического «Я», переживания изменения размеров тела или его частей, веса и конфигурации (чаще встречаются при экзогенных)

НАРУШЕНИЕ «СХЕМЫ ТЕЛА»

Синдром Алисы в стране чудес, аутометоморфопсия — искаженное восприятие величины и пропорций своего тела или отдельных его частей, местоположения частей тела, их взаимосвязи, веса, объема и др.

Больные чувствуют как начинают удлиняться конечности, растёт шея, голова увеличивается до размеров комнаты, туловище то укорачивается, то удлинняется. Тягостны для больных. Характерная особенность нарушений схемы тела их коррекция зрением. Посмотрев на свои ноги, больной убеждается, что они обычных размеров. При прекращении контроля зрением появляются мучительные чувства измененности параметров тела.

ИЛЛЮЗИИ



- неправильное восприятие реально существующих в данный момент предметов и явлений (предметы узнаются неверно)

Классификация иллюзий

По органам чувств (вербальные – вместо нейтральной речи слышит угрожающую, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные)

По механизму возникновения:

- **Физические (физиологические)** - ложка в стакане воды
- **Аффектогенные** (под воздействием страха, тревоги, радости, ожидания)
- **Парейдолические** - зрительные иллюзии фантастического содержания (в рисунках обоев, пятен или бликов света на стенах и т.д. видят необычные картины различного содержания). Встречаются при инфекциях, интоксикациях (в т.ч. наркотических), на ранних стадиях делирия.



Агнозии

- не узнавание ранее знакомых предметов или явлений. Разделяются по органам чувств. Больные не могут определить цвет, форму назначение предметов, не узнают знакомые звуки, запахи и предметы по тактильным ощущениям, не узнают вкус знакомых продуктов. Связано с поражением соответствующих участков коры головного мозга.

Всегда симптом органического поражения ГМ.

Галлюцинации

восприятие в виде образов, возникающих без реального раздражителя, реального объекта (ложное, мнимое восприятие, восприятие без объекта).

Классификация галлюцинаций по анализаторам

Зрительные: элементарные – фотопсии; макро- и микроскопические; сценоподобные;

Слуховые: элементарные – акоазмы; в форме речи – вербальные; моно- и поливокальные; осуждающие, угрожающие, восхваляющие, комментирующие, **императивные** – повелевающие;

Тактильные - восприятие наличия одушевленных (насекомые, черви и пр.) или неодушевленных (стекло, песок, радиопередатчик) предметов на поверхности кожи, под ней или во внутренних органах. М.б.: гаптические – отчетливое ощущение резкого прикосновения, схватывания; гигрические – ощущение появления влаги на коже; температурные – ощущение температурного воздействия на поверхность тела; генитальные – мнимые ощущения непристойных манипуляций с половыми органами

Вкусовые - восприятие вкуса без приема пищи; вкус чаще неприятный, может приводить к отказу от еды

Обонятельные - часто сочетаются с вкусовыми.

Классификация галлюцинаций

I. По идентификации галлюцинаторного образа с реальностью

- а) Истинные
- б) Ложные

II. По вовлеченности анализаторов

- а) Простые (в одном анализаторе)
- б) Сложные (в двух и более анализаторах)

III . По условиям возникновения

- Гипногагические (перед засыпанием)
- Гипнопомпические (перед пробуждением)

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

ПО МЕХАНИЗМУ ОБРАЗОВАНИЯ: ИСТИННЫЕ И ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ

| | ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ | ЛОЖНЫЕ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ |
|---|--|---|
| СПОСОБ ВОСПРИЯТИЯ | обычным способом обычным анализатором | необычным способом несуществующим анализатором, за пределами возможности анализатора |
| ПРОЕКЦИЯ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОГО ОБРАЗА | экстрапроекция | интрапроекция |
| РЕАЛЬНОСТЬ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОГО ОБРАЗА | воспринимается таким же реальным как другие | Не имеет характера реального объекта |
| НАЛИЧИЕ ОБЪЕКТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ НАЛИЧИЯ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ | присутствуют | Отсутствуют (больной может скрыть наличие галлюцинаций) |
| ЧУВСТВО СДЕЛАННОСТИ | нет | есть |

Патология ощущения и восприятия

Дифференциальная диагностика

- **Сенестопатии** - патология ощущений (нет предметности восприятия, нет объекта)
- **Психосенсорные расстройства** – **искаженное** восприятие реального объекта, предметы узнаются верно, но воспринимаются искаженными
- **Иллюзии** – **неправильное восприятие** (нет узнавания, реально существующие предметы воспринимаются не тем, чем они являются на самом деле, т.е. узнаются неправильно)
- **Галлюцинации** – **мнимое (ложное)** восприятие, восприятие без объекта (восприятие не существующего)

реальный объект



восприятие больного:



макропсия

(Психосенсорное р-во.
Искаженное восприятие
реального объекта)



иллюзия

(Неправильное
восприятие реального
объекта)



галлюцинация

(Восприятие
несуществующего
объекта)

- Галлюцинации могут наблюдаться при всех позитивных психопатологических синдромах.
- В патологии чувственного познания признаки утяжеления симптоматики заболевания определяются нарастающей, последовательной сменой симптомов – от патологии ощущений к патологии восприятия.

Пробы на выявление готовности к галлюцинациям

- **Симптом Липмана** – легкое надавливание на глазные яблоки больного, при закрытых глазах, может вызвать галлюцинаторные образы.
- **Симптом Рейхардта** – просят больного «прочитать», что «написано» на чистом листке бумаги.
- **Симптом Ашаффенбурга** – предлагается пациенту поговорить по телефону, отключенному от сети.

ГАЛЛЮЦИНОЗ

наплыв галлюцинаций, как правило, одного вида, на фоне ясного сознания (имеет место полная или частичная критика к обманам восприятия).

В зависимости от вида галлюцинаций выделяют галлюцинозы:

- слуховые (вербальные)
- зрительные,
- тактильные.

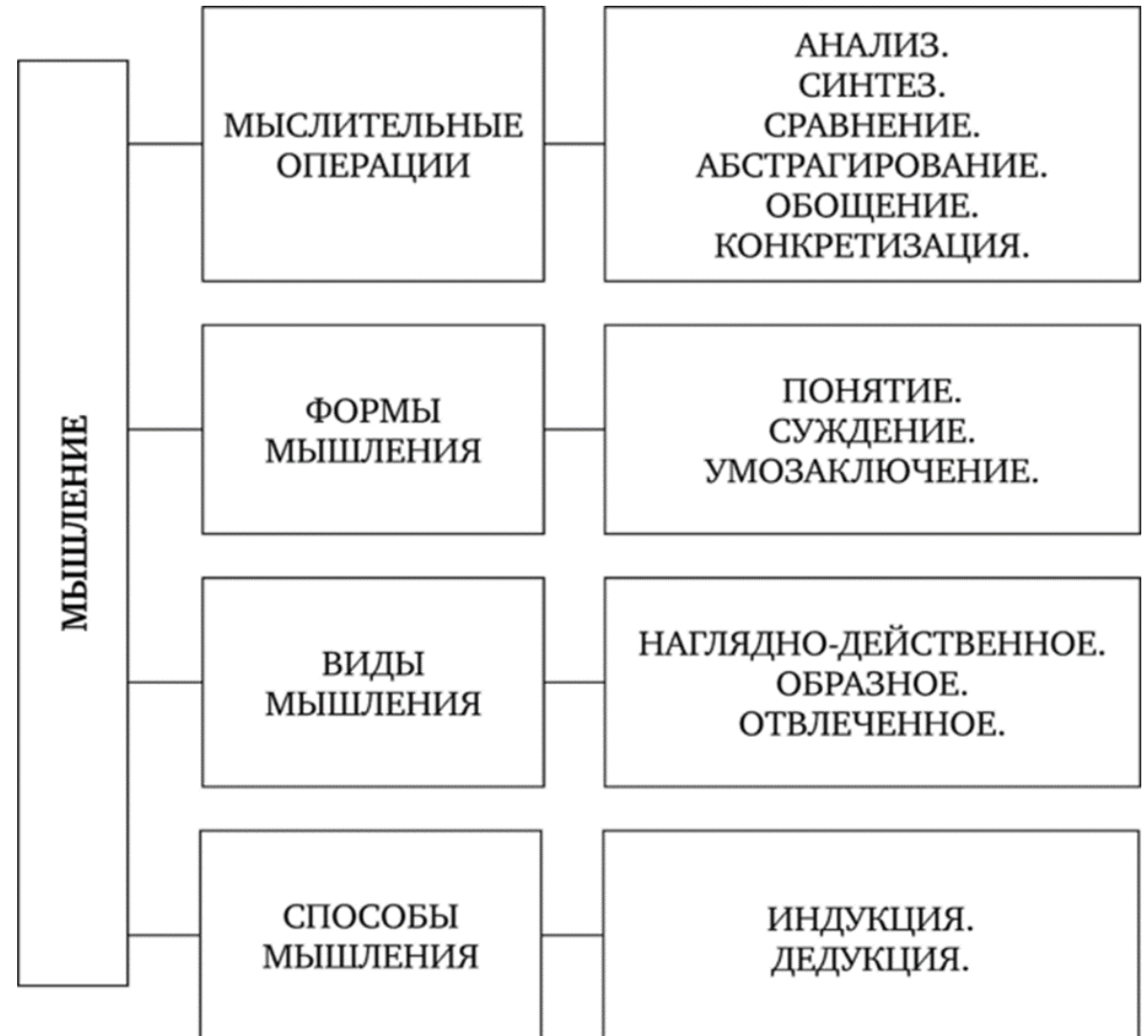
По особенностям развития — острые и хронические.

- **Острые** развиваются внезапно и сопровождаются выраженным аффектом.
- **Хронические** характеризуются однообразием галлюцинаций, их малой актуальностью для больного, монотонностью аффекта.

МЫШЛЕНИЕ

- опосредованное, обобщенное отражение окружающей действительности, оценка внутренних связей и отношений между явлениями реального мира, обеспечивает способность адекватно действовать в новой ситуации без предварительных проб и ошибок.

Выражением мышления является устная (экспрессивная) и письменная речь. Восприятие языковых конструкций (импрессивная речь).



В норме в онтогенезе последовательно развиваются 3 вида мышления:

- **Предметно-действенное** проявляется в практической преобразовательной деятельности, осуществляемой с реальными предметами. Формируется у детей до 1 года при манипуляции с предметами.
- **Наглядно-образное** – оперирование не реальными предметами, а их образами (для этого объект необходимо представить). Формируется к 3-7 годам, в том числе посредством музыки, изобразительного искусства.
- **Абстрактно-логическое** - оперирование тем, что никогда не воспринималось как объект (понятиями, выраженными различными символами, в первую очередь словами). Формируется с 7 лет, в том числе во время занятий наукой, литературой.

ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

```
graph TD; A[ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ] --> B[ПО ФОРМЕ  
(формальные р-ва мышления)]; A --> C[ПО СОДЕРЖАНИЮ]; B --> B1[1. Нарушение темпа]; B --> B2[2. Нарушение стройности]; B --> B3[3. Нарушение целенаправленности]; C --> C1[1. Бредовые идеи]; C --> C2[2. Сверхценные идеи]; C --> C3[3. Навязчивые идеи];
```

ПО ФОРМЕ
(формальные р-ва мышления)

1. Нарушение темпа
2. Нарушение стройности
3. Нарушение целенаправленности

ПО СОДЕРЖАНИЮ

1. Бредовые идеи
2. Сверхценные идеи
3. Навязчивые идеи

Нарушение темпа мышления.

- **Болезненно ускоренное мышление** (характерно для маниакального синдрома) – ассоциации с большой скоростью мелькают в голове больного, человек мгновенно меняет тему - отвлекаемость, быстрое формирование большого количества ассоциаций (откликаемость), речь монологом, скачка идей.
- **Болезненно замедленное мышление** (характерно для депрессивного синдрома) – бедность ассоциаций, темп мышления замедлен, отвечает после паузы.

Формальные расстройства мышления, характерные для органических заболеваний головного мозга

- **Патологическая обстоятельность** (детализированность, вязкость, тугоподвижность, торпидность мышления) – склонность к детализации, застревание на частных обстоятельствах (“топтание на месте”), неспособность отделить главное от второстепенного
- **Персеверация мышления** - повторение одних и тех же слов, фраз, в связи с выраженным затруднением мыслительного процесса, доминированием («застреванием») какой-либо одной мысли.
- **Бессвязное, инкогерентное мышление** – отсутствие не только логических, но и грамматических связей между словами. Речь больных превращается в беспорядочный набор отдельных слов («словесная крошка»), а также слогов и звуков.

Формальные расстройства мышления, характерные для шизофрении

- **Амбигуэнтность** – одновременное возникновение взаимоисключающих идей
- **Резонерское мышление** (резонерство, бесплодное мудрствование) - преобладание пространных, отвлеченных, расплывчатых, малосодержательных рассуждений
- **Аутистическое мышление** — опирающееся не на факты реальной жизни, а на переживания, обусловленные внутренним миром больного.
- **Символическое мышление** – обычным, общеупотребляемым словам придается особый, отвлеченный, понятный лишь самому больному, смысл.
- **НЕОЛОГИЗМЫ** - новые слова придуманные больным, значение которых известно только больным
- **Ментизм** – тягостный наплыв мыслей, **Шперунг** – обрыв мыслей
- **Разорванное мышление** – соединение в одной фразе разнородных, не связанных смыслом предложений («в огороде бузина, а в Киеве - дядька»), грамматический строй речи сохраняется.
- **Паралогия** – путем сложных логических рассуждений больные приходят к ошибочным выводам, так как присутствует смещение понятий (соскальзывание).

Речевые стереотипии

повторение в речи одних и тех же слов, мыслей, выражений.

- **Персеверации** – возвращение к мысли, которая уже была высказана ранее, больной не может осмыслить следующий вопрос и повторяет ответ на предыдущий
- **Вербигерации** – насильственные двигательные акты, стереотипное ритмичное повторение отдельных слов, сочетания звуков, сопровождаются ритмичными движениями (чаще бывают компонентом кататонического и гебефренического синдромов)
- **Стоячие обороты** – стереотипные выражения заполняют речь

Указывают на обеднение мышления, снижение интеллекта, нарастание негативной симптоматики

Бредовые идеи

- Ложные, ошибочные суждения и умозаключения
- Возникающие на патологической основе
- Овладевают всем сознанием больного
- Определяют поведение больного
- Не поддаются логической коррекции, несмотря на явное противоречие с действительностью
- Склонны к прогрессированию

Классификация бредовых идей:

по фабуле и эмоциональной окраске:

- **Бредовые идеи ПРЕСЛЕДОВАНИЯ** (преследования, воздействия, инсценировки, сутяжничества, отравления, ущерба, ревности)
- **Бредовые идеи ВЕЛИЧИЯ** (реформаторства, богатства, любовного очарования, высокого происхождения, изобретательства)
- **Бредовых идеи САМОУНИЧИЖЕНИЯ** (виновности, обнищания, греховности, дисморфомания, ипохондрический бред)

Классификация бредовых идей:

по механизму бредообразования:

- **Первичный** (интерпретативный, систематизированный, бред толкования) – нарушение абстрактного познания, «кривая логика», ложные интерпретации.
- **Вторичный (образный, чувственный)** – нарушение чувственного познания; бред возникает при наличии других психических расстройств — галлюцинаций, психических автоматизмов, помраченного сознания, измененного настроения.

Бредовые синдромы

- Паранойяльный синдром
- Параноидный синдром
 - галлюцинаторно-параноидный
 - синдром Кандинского-Клерамбо
- Парафренный синдром

Паранояльный синдром

- *Систематизированный интерпретативный (первичный) бред*
- Нет галлюцинаций или расстройств настроения
- Часто *монотематический* (например, реформаторства, изобретательства, ревности, кверулянства и пр.)

Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо (галлюцинаторно-бредовой)

- **Систематизированный персекуторный бред**
- **Псевдогаллюцинации**
- **Психические автоматизмы** – чувство утраты контроля над собственными психическими и физиологическими процессами:
 - **Идеаторные** (симптом открытости мыслей, с-м звучания мыслей, вкладывания мыслей, ментизм, шперрунг)
 - **Сенсорные** (обонятельные и тактильные псевдогаллюцинации, сенестопатии)
 - **Аффективные** (убежденность больных в том, что их настроение меняется под воздействием внешней силы)
 - **Моторные** (убежденность больных в том, что совершаемые ими движения или поступки происходят под воздействием внешней силы, т.е больными кто-то управляет).

Парафренный синдром

- Систематический бред преследования, бред физического воздействия
- Галлюцинации
- Явления психического автоматизма
- **+ Фантастический бред величия**

Сверхценные идеи

- Возникают под влиянием действительных обстоятельств
- Благодаря сильной аффективной окраске, получают в сознании не соответствующее их реальному значению преобладающее (доминирующее) положение
- Например: идеи изобретательства, ревности, кверулянства, ипохондрические и пр.

Навязчивые явления

непроизвольно возникающие непреодолимые мысли, представления, сомнения, воспоминания, влечения, страхи и действия при сознании их болезненности, сохранности критического к ним отношения и попыткой борьбы с ними.

Навязчивые явления

- **Навязчивые мысли (обсессии)** – «умственная жвачка», навязчивый счет, хульные мысли
- **Навязчивые сомнения** - отсутствие уверенности в правильности и законченности выполненных (совершенных) действий
- **Навязчивые воспоминания** — возникновение неотвязных, нередко образных мыслей, относящихся к какому-либо бывшему в действительности неприятному, порочащему или мучительному событию
- **Навязчивые влечения** — желание совершить бессмысленное, опасное или непристойное действие, сопровождается тревогой и страхом. Никогда не совершаются!
- **Навязчивые страхи (фобии)** – см. след. слайд
- **Навязчивые действия (компульсии)** - сочетающиеся с фобиями («ритуалы» : на некоторое время позволяют избавиться от страха), не сочетающиеся с фобиями («простые»: вынуждены совершать привычное, зафиксированное в прошлом действие: поправлять волосы, отбрасывать назад голову и пр.)

Навязчивые страхи (фобии)

- **Агорафобия** – страх открытых пространств, скопления людей, страх остаться без помощи. Приводит к избегающему поведению. Часто сопровождается паническими атаками.
- **Социофобии** – страх совершать какие-либо действия в присутствии других людей (выступить, покраснеть, привлечь внимание). Приводит к избегающему поведению.
- **Нозофобии** – страх заболеть тяжелой болезнью (канцерофобия, сифилофобия, СПИДОфобия, лиссофобия, мизофобия и пр.)
- **Простые (изолированные) фобии** – все остальные (клаустрофобия, гипсофобия и пр.)

Дисморфомания и дисморфофобия

- **Дисморфофобия** – навязчивые идеи своего физического несовершенства; обычно сочетаются социофобиями и сниженным настроением
- **Дисморфомания** – бредовые или сверхценные идеи своего физического несовершенства; часто сочетаются с социофобиями и бредовыми идеями отношения

Ипохондрия

- необоснованные или преувеличенные опасения за здоровье; поиск или уверенность в наличии какого-либо заболевания при отсутствии объективных признаков последнего.

Ипохондрические идеи м.б.:

- навязчивые
- сверхценные
- бредовые

Ипохондрические идеи

приводят пациента к врачам непсихиатрических специальностей.

- Особенно часто пациенты обращаются к пластическим хирургам, стоматологам, дерматологам, урологам, гинекологам.
- Выполнение хирургических (в т.ч. пластических) манипуляций не ослабляет болезненные переживания пациентов с бредовыми ипохондрическими идеями, часто это провоцирует на усиление и развитие бреда в т.ч. и с вовлечением медицинских работников в систему переживаний с последующими бредовыми действиями.
- Врач, берущийся выполнить пластическую или любую другую хирургическую манипуляцию, всегда должен иметь и документировать объективные причины для этого, а не только желание пациента и материальную заинтересованность.

Внимание

– избирательная направленность и сосредоточенность на объекте

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ВНИМАНИЯ:

- **ОБЪЕМ** - число поступающих сигналов или ассоциаций, которые одновременно удерживаются в поле ясного сознания;
- **КОНЦЕНТРАЦИЯ** - интенсивность его сосредоточения на объекте деятельности;
- **РАСПРЕДЕЛЯЕМОСТЬ** – концентрация внимания не в одном, а в двух или большем числе разнородных фокусов;
- **ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ** – степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности;
- **УСТОЙЧИВОСТЬ** – длительность, с которой выделенные вниманием процессы сохраняют доминирующий характер;
- **ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТЬ** – 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.

Нарушения внимания

- **Гипопрозексия** (ослабление внимания) – снижение способности активно направлять и фиксировать внимание (рассеянность)
- **Гиперпрозексия** – усиление пассивного внимания, чрезвычайная отвлекаемость на несущественные события (повышенная откликаемость)
- **Апрозексия** - выключение как произвольного, так и непроизвольного внимания, полное отсутствие интереса к происходящему и невозможность пробудить этот интерес с помощью внешнего поощрения
- **Парапрозексия** - нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

Корректурная проба

Исследуемому (пациенту) предлагается вычеркивать по всей таблице (2000 знаков) какую-либо одну цифру (в усложненном варианте можно предложить одну цифру вычеркивать, другую подчеркивать). Предлагается также делать через каждые 30 или 60 с (что сообщается исследователем) специальную отметку (точку или скобку). В норме задание выполняется через 6 – 8 мин. Количество ошибок не превышает 15. Учитывая время и число ошибок за каждый интервал, можно получить представление об устойчивости или истощаемости внимания.

Таблица 25

Бланк к методике «Корректурная проба»

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| с | х | а | в | с | х | е | в | и | х | н | а | и | с | х | н | в | х | в | к | с | н | а | и | с | е | х | в | х | е | н | а | и | с | н |
| в | н | х | и | в | с | н | а | в | с | а | в | с | н | а | е | к | е | а | х | в | к | е | с | в | с | н | а | и | с | а | и | с | н | а |
| н | х | и | с | х | в | х | е | к | в | х | и | в | х | е | и | с | н | е | и | н | а | и | е | н | к | х | к | и | к | х | е | к | в | к |
| х | а | к | х | н | с | к | а | и | с | в | е | к | в | х | н | а | и | с | н | х | е | к | х | и | с | н | а | к | с | к | в | х | к | в |
| и | с | н | а | и | к | а | е | х | к | и | с | н | а | и | к | х | е | х | е | и | с | н | а | х | к | е | к | х | в | и | с | н | а | и |
| с | н | а | и | с | в | н | к | х | в | а | и | с | н | а | х | е | к | е | х | с | н | а | к | с | в | е | е | в | е | а | и | с | н | а |
| к | х | к | е | к | н | в | и | с | н | к | х | в | е | х | с | н | а | и | с | к | е | с | и | к | н | а | е | с | н | к | х | к | в | и |
| а | и | с | н | а | е | х | к | в | е | н | в | х | к | е | а | и | с | н | к | а | и | к | н | в | е | н | к | в | х | а | в | е | и | а |
| к | а | х | в | е | и | в | н | а | х | и | е | н | а | и | к | в | и | е | а | к | е | и | в | а | к | с | в | е | и | к | с | н | а | в |
| н | к | е | с | н | к | с | в | х | и | е | с | в | х | к | н | в | в | с | к | в | е | в | к | н | и | е | с | а | в | и | е | х | е | в |
| х | е | и | в | к | а | и | с | н | а | и | с | х | а | к | в | н | н | а | к | с | х | а | и | е | н | а | с | н | а | и | с | н | а | и |
| е | в | х | к | х | с | н | е | и | с | н | а | и | с | н | к | в | к | х | в | е | к | е | в | к | в | н | а | и | с | н | а | и | с | н |
| а | в | с | н | а | х | к | а | с | е | с | н | а | и | с | е | с | х | к | в | а | и | с | н | а | х | к | с | н | а | и | с | н | а | и |
| в | и | к | в | е | н | а | и | е | н | е | к | х | а | в | и | х | н | в | и | х | к | х | е | х | н | в | и | с | н | в | с | е | а | х |
| н | к | е | х | в | и | в | н | а | е | и | с | н | в | и | а | е | е | а | е | н | х | в | х | в | и | с | н | а | е | и | е | к | а | и |
| к | е | и | с | н | е | с | а | е | и | х | в | к | е | в | е | и | с | н | а | е | а | и | с | н | к | в | е | х | и | к | х | н | к | е |
| е | а | к | а | е | к | х | е | в | с | к | х | е | к | х | н | а | и | с | н | к | в | е | в | е | с | н | а | и | с | е | к | х | е | к |
| и | с | н | е | и | с | н | в | и | е | х | к | в | х | е | и | в | н | а | к | и | с | х | а | и | е | в | к | е | в | к | и | е | х | е |
| в | х | в | к | с | и | с | н | а | и | а | и | е | н | а | к | с | х | к | и | в | х | н | и | к | и | с | н | а | и | в | е | с | н | а |
| с | н | а | и | к | в | е | х | к | в | к | е | с | в | к | с | н | х | и | а | с | н | а | к | с | х | к | х | в | х | н | а | и | с | н |
| и | с | н | а | и | е | х | к | е | х | н | е | и | х | н | в | х | а | к | е | и | с | н | а | и | к | х | в | с | х | н | е | и | х | |
| с | н | а | и | с | а | к | в | с | н | х | а | е | с | х | а | и | с | н | а | е | н | к | и | с | х | к | е | х | в | х | в | с | к | н |
| е | к | х | е | к | н | а | и | в | к | в | к | х | е | х | и | с | н | а | и | х | к | а | х | е | н | а | и | е | н | и | к | в | к | е |
| е | х | в | к | в | и | е | х | а | и | е | х | е | к | в | с | н | е | и | е | с | в | н | е | в | и | с | н | а | е | а | х | н | х | к |
| и | с | н | а | и | е | и | н | е | в | и | с | н | а | и | в | е | в | х | с | и | с | в | а | и | е | в | х | е | и | х | с | к | е | и |
| к | е | в | х | а | е | с | н | а | с | н | к | и | с | х | а | е | а | е | х | к | в | е | х | е | а | и | с | н | а | с | в | а | и | с |
| х | в | е | к | х | с | н | к | и | с | е | к | а | е | к | с | н | а | и | и | е | х | с | е | х | с | н | а | и | с | н | в | е | к | х |
| а | в | о | н | а | х | и | а | к | х | в | е | и | в | е | а | и | к | в | а | и | х | н | а | к | с | в | х | е | х | и | в | х | н | а |
| в | н | с | и | е | а | х | с | н | а | н | а | е | с | н | в | к | с | н | х | а | е | и | к | а | и | к | н | к | н | а | в | с | н | а |
| с | и | а | е | с | в | к | х | е | к | с | н | а | к | с | х | в | х | к | в | с | н | х | к | с | в | е | х | к | а | с | н | а | и | с |
| н | а | и | с | н | х | а | в | к | е | в | х | к | и | е | и | с | н | а | и | н | х | а | с | н | е | х | к | с | х | е | в | к | х | е |
| х | е | в | х | е | н | в | и | х | н | к | в | х | е | к | н | а | и | с | н | х | а | и | в | е | н | а | и | х | н | х | к | в | х | е |
| в | к | е | в | х | а | и | с | н | а | х | к | в | н | в | а | и | е | н | с | х | в | к | х | е | а | и | с | н | а | в | х | с | в | к |
| к | и | с | н | к | е | к | н | с | в | и | а | с | в | а | е | х | с | х | в | а | и | с | н | а | е | к | х | е | к | а | и | в | н | а |
| а | е | н | к | а | и | с | х | а | и | с | н | х | и | с | в | к | е | с | е | к | х | в | е | к | и | с | н | а | и | с | н | а | и | с |
| и | с | к | а | и | к | в | к | н | в | х | с | к | в | н | а | и | е | н | и | с | н | а | и | х | а | в | к | н | в | е | х | в | а | |
| е | в | х | е | в | н | а | и | с | к | а | и | а | н | а | к | х | к | в | к | е | в | е | к | в | н | х | и | с | к | а | и | с | н | в |
| н | а | и | с | н | х | с | х | в | к | и | с | н | а | и | е | х | е | к | х | н | а | и | с | н | в | е | х | в | е | и | с | н | х | в |

Таблицы Шульте

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 8 | 5 | 25 | 17 | 11 |
| 19 | 12 | 24 | 4 | 7 |
| 23 | 15 | 22 | 14 | 3 |
| 9 | 20 | 10 | 16 | 13 |
| 21 | 6 | 2 | 18 | 1 |

при обследовании работоспособности тест проводится на 5 таблицах Шульте 5×5 с разным расположением цифр на каждой, в результатах оценивается количество допущенных ошибок (пропущенных цифр), время потраченное на нахождение каждой последующей цифры в таблице, время потраченное на прохождение каждой таблицы, динамику допускаемых ошибок и времени потраченного обследуемым

Сужение объема внимания

неспособность удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими.

При выполнении работы легко теряются из виду те или иные требования к ней.

Больные становятся рассеянными, забывчивыми.

Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Ослабление способности к распределению внимания - связано с ограничением объема внимания. Пациент оказывается не в состоянии заниматься одновременно двумя или большим числом разных дел. Например, он не может отсчитывать от 200 по 13 и называть вслух каждый третий результат, то есть, считать и одновременно следить за порядком называния цифр.

Уменьшение глубины внимания

Пассивное внимание преобладает над активным (повышена отвлекаемость, ослаблена наблюдательность, внимание поверхностно и неустойчиво).

Нет возможности долго сосредоточиться на одном деле, развить мысль до логического завершения, ограничиться рамками темы разговора, довести начатое до конца.

Вопросы выслушиваются невнимательно, их приходится повторять, ответы даются невпопад, не продумываются, больные все время отвлекаются посторонними вещами, воспоминаниями, соображениями.

Снижение способности концентрировать внимание - **ГИПОПРОЗЕКЦИЯ** - наблюдается при астенических состояниях.

Чрезмерная истощаемость внимания

Выражается снижением способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности в силу свойственной больным повышенной утомляемости.

После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.

Тугоподвижность внимания

Проявляется неспособностью к быстрому и частому переключению внимания с одного явления или деятельности на другие, инертностью установок, прилипчивостью, застреваемостью в беседе на какой-либо теме.

Нарушение направленности внимания

Это проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни.

При ипохондрической фиксации внимания оно целиком сосредоточено на самочувствии, болезненных ощущениях, вопросах здоровья:

“Мой мир сузился, в нем нет ничего, кроме болезни. Я думаю только о ней и ни о чем другом. Все остальное отдалилось и потеряло всякий смысл”, - так описывает больной свое состояние.

Синдром дефицита внимания (может быть с гиперактивностью)

- **Нарушение внимания** (неустойчивость, истощаемость, сужение объема)
- **Импульсивность** (склонность действовать по первому побуждению, под влиянием сиюминутных стимулов, влечений, без обдумывания и взвешивания альтернативных вариантов)
- **Гиперактивность** (трудно долго оставаться на месте)

Память

— это способность запечатлевать, сохранять и воспроизводить информацию. Процесс запоминания – мнестический (от лат. «mnesis» – память).

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

- **кратковременную память** (длительность хранения информации несколько секунд, минут);
- **долговременную память** (срок хранения информации сравним с продолжительностью жизни человека).

Расстройства памяти

```
graph TD; A[Расстройства памяти] --> B[количественные]; A --> C[качественные (парамнезии)]; B --> B1[·Гипермнезия]; B --> B2[·Гипомнезия]; B --> B3[·Амнезии]; C --> C1[·Псевдореминисценции]; C --> C2[·Конфабуляции]; C --> C3[·Криптомнезии]; C --> C4[·Эхомнезии];
```

количественные

- Гипермнезия
- Гипомнезия
- Амнезии

качественные (парамнезии)

- Псевдореминисценции
- Конфабуляции
- Криптомнезии
- Эхомнезии

Гипер- и гипомнезия

- **Прогрессирующая гипомнезия** — постепенно нарастающее ослабление памяти или отдельных ее компонентов (при сосудистых заболеваниях головного мозга, главный компонент парциальной деменции).

Снижение памяти идет по закону Рибо.

Критерии закона Рибо - забывание событий происходит:

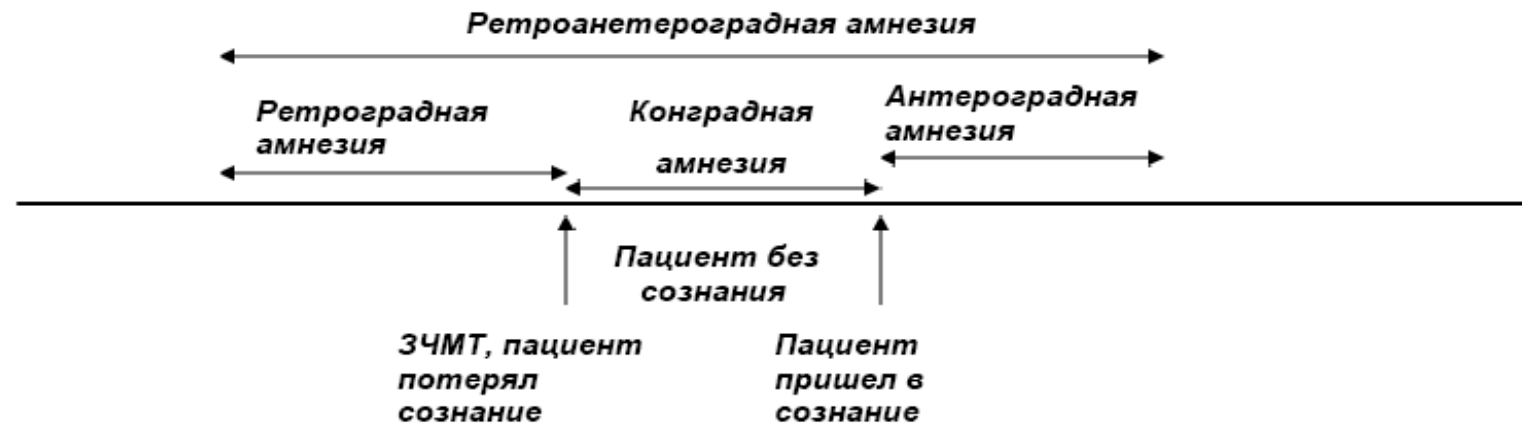
- от позднего (недавнего) к раннему (событиям юности)
- от частного к общему
- от эмоционально нейтрального к эмоционально значимому

- **Гипермнезия** - резкое обострение памяти (при маниакальных состояниях или как компенсация недостатка интеллекта у олигофренов в степени дебильности).

Амнезии

– полная утрата памяти на события определенного промежутка времени

1. *Ретроградная, антероградная, конградная, ретроантероградная*



2. *Прогрессирующая амнезия* – развивается по закону Рибо, формируется при тотальной деменции

3. *Фиксационная амнезия* – утрата способности запоминать, при Корсаковском с-ме (см. дальше)

Диссоциативная амнезия

— характеризуется забыванием эмоционально значимых травматических событий.

Воспроизведение воспоминания в этом случае возможно в ходе психоаналитического процесса, в гипнозе, при *амитал-кофеиновом растормаживании* .

Качественные расстройства памяти - ПАРАМНЕЗИИ

- **Псевдореминисценции** — перенос реально имевших место событий из прошлого в настоящее.
- **Конфабуляции (ложные воспоминания)** — вымышленные события неправдоподобного, фантастического характера.
- **Криptomнезии** - искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Услышанное, прочитанное, увиденное во сне, в кино вспоминается как имевшее место в действительности.

Варианты криптомнезии:

- **Ассоциированные (болезненно присвоенные) воспоминания** — услышанное, прочитанное, увиденное во сне, в кино вспоминается как имевшее место в действительности, как пережитое или продуманное больным.

Истинная криптомнезия (патологический плагиат) — патология памяти, которая приводит пациента к присвоению себе авторства различных научных идей, произведений искусства, и т. п.

- **Ложные ассоциированные (отчужденные) воспоминания** — противоположное расстройство. Реальные события из жизни больного в воспоминаниях предстают как имевшие место с кем-то иным, как услышанное, прочитанное, увиденное во сне, в кино или на сцене.

Криptomнезии входят в структуру некоторых вариантов психоорганического синдрома при поражении теменно-височных отделов головного мозга и параноидного синдрома.

Палимпсесты (блэкауты)

- Кратковременное выпадение памяти при алкогольном токсическом опьянении с сужением сознания и при патологическом аффекте
- Одновременное воспроизведение двух равнозначных воспоминаний, которые приходятся на один и тот же период времени, при этом пациент колеблется, которое из них является существенным и реальным.

Корсаковский амнестический синдром

1. *Амнезии (фиксационная, ретроградная)*
2. *Амнестическая дезориентировка* во времени и окружающем (из-за неспособности запомнить место пребывания и текущую дату).
3. *Парамнезии: конфабуляции и псевдореминисценции* (заполнение пробелов памяти ложными воспоминаниями).

Может быть обусловлен интоксикациями (в т.ч. алкогольной), инфекциями, черепно-мозговыми травмами.

Психоорганический синдром (ПОС) (триада Вальтер-Бюэля)

сочетанное нарушение трех сфер психической деятельности:

Интеллекта (недопонимание, недоосмысление)

Памяти (гипомнезии, амнезии, парамнезии, вплоть до фиксационной амнезии)

Эмоции (эмоциональная лабильность, слабодушие, эмоциональное огрубение, дисфории, эйфория, апатия)

Выраженность м.б. различна:

от **псевдоневрологических** (имитирующих неврозы, например, астенический) и **личностных нарушений** (заострение, нивелировка свойств личности) до картины **тотальной деменции**.

Формы психоорганического синдрома

- **Астеническая** - астения, сопровождающаяся симптомами органической патологии ЦНС (головные боли, метеочувствительность, плохая переносимость алкоголя);
- **Эксплозивная** - возбудимость, агрессивность, неустойчивость настроения, склонность к дисфории;
- **Эйфорическая** - поверхностное неоправданное веселье, неадекватная шутливость, расторможенность, суетливость;
- **Апатическая** - бездеятельность, вялость, аспонтанность, адинамия, безразличие к своей судьбе и судьбе близких.

Интеллект

— совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению знаний и навыков, а также способность их использовать в практической деятельности

Предпосылки интеллекта:

- память,
- внимание,
- мышление.

Расстройства интеллекта

```
graph TD; A[Расстройства интеллекта] --> B[Олигофрения]; A --> C[Деменция]
```

Олигофрения

- **врожденное слабоумие.**

Причины в нарушении внутриутробного развития или в патогенных факторах, действующих в возрасте до 3 лет.

1. Дебильность
2. Имбецильность
3. Идиотия

Деменция

- **приобретенное слабоумие.**

Возникает в возрасте от 3 лет и старше.

1. Парциальная деменция
2. Тотальная деменция

Олигофрении

Группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям **непрогредиентных** патологических состояний, общими признаками которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3х лет) **общего психического недоразвития** с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

- **Дебильность** – легкая умственная отсталость со склонностью к конкретно-ситуационному мышлению. 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** – умственная отсталость, при которой больные не способны к абстрактному мышлению. Познавательная деятельность ограничивается образованием представлений. Речь косноязычная (заикание, плохая артикуляция), словарный запас резко ограничен. Фразовая речь возможна не всегда, фразы односложные. При настойчивом обучении удается воспитать навыки самообслуживания. В большинстве случаев имбецилы могут жить в своей семье.
- **Идиотия** – наиболее глубокая степень умственной отсталости, беспомощны, сознательная речь 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.

Олигофрении

| признак | Дебильность | Имбецильность | Идиотия |
|--------------------------------|--------------------|----------------------------|-------------|
| речь | конкретно-образная | отдельные слова | отсутствует |
| Инстинктивная деятельность | - | + | ++ |
| Способность к самообслуживанию | ++ | только элементарные навыки | - |
| Способность к обучению | + | - | - |
| IQ | 50 – 69 | 20 – 49 | Менее 20 |

По МКБ-10 (F70-F79) умственная отсталость делится на степени:

- **Легкая: IQ 50-69**; затруднения в сфере школьной успеваемости, возможно трудоустройство, эмоциональная и социальная незрелость (у взрослого психическое развитие соответствует возрасту примерно 9-12 лет)
- **Умеренная: IQ 35-49**; ограничены в понимании и использовании речи, письма, счета, навыков моторики (у взрослого психическое развитие соответствует возрасту примерно 6-9 лет)
- **Тяжелая: IQ 20-34**; выраженная степень моторного нарушения (у взрослого психическое развитие соответствует возрасту примерно 3-6 лет)
- **Глубокая: IQ ниже 20**; неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, способны на простые формы невербального общения, нуждаются в постоянной помощи и надзоре (у взрослого психическое развитие соответствует возрасту примерно до 3х лет).

Типы деменций

| Парциальная (лакунарная, дисмнестическая) | Тотальная |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Неравномерная выраженность нарушений памяти (прогрессирующая гипомнезия) и мышления (по органическому типу)2. Сохранность «ядра личности»3. Чаще сохранена ориентировка в собственной личности и ситуации4. Наличие осознания болезни с критическим отношением к своему состоянию5. При сосудистых заболеваниях головного мозга | <ol style="list-style-type: none">1. Охватывает все виды психической деятельности и с течением заболевания завершается их полным распадом (прогрессирующая амнезия, апраксия, афазия и пр.). Конечное состояние – психический маразм2. Разрушение «ядра личности».3. Часто дезориентированы в собственной личности и ситуации4. Отсутствие критики к состоянию.5. При атрофических заболеваниях головного мозга, прогрессирующем параличе. |

Концентрическое (эпилептическое) слабоумие

развивается лишь у 20% больных эпилепсией

- замедление психических процессов,
- патологическая обстоятельность, склонность к детализации,
- утрата способности отличать главное от второстепенного
- 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
- расстройства памяти носят избирательный характер: больные хорошо помнят наиболее важные для них лично факты (имена врачей, названия лекарств, размер пенсии и день ее выдачи), однако не запоминают событий, не имеющих для них значения
- педантичность, мелочность в работе

Шизофреническое слабоумие

- процессы запоминания и понимания не нарушены
- причина низкой продуктивности и беспомощности - нарастающая пассивность, равнодушие, отсутствие стремления к достижению результата (не пытаюсь ответить на вопрос врача, тут же заявляют: «Не знаю!», не следят за собой)
- аутистическая оторванность, аспонтанность, апатия. мышление вычурное, нецеленаправленное
- на завершающих этапах болезни, длительное «бездействие» интеллекта приводит к постепенной утрате накопленного запаса знаний и навыков, которыми больные не пользуются.

ЭМОЦИИ — реакции в виде субъективно окрашенного переживания индивида, отражающие значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовлетворения или неудовлетворения).

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭМОЦИЙ

- 1. Субъективность** (выражают состояние индивида и его отношение к объекту)
- 2. Полярность** (отличаются положительным или отрицательным полюсом: удовольствие-неудовольствие, веселье-грусть). Иногда носят неоднозначный характер. Один и тот же объект может вызывать несогласованные, противоречивые эмоциональные отношения. Это явление получило название - **амбивалентность** (двойственность) чувств. Обычно амбивалентность вызвана тем, что отдельные особенности сложного объекта по-разному влияют на потребности и ценности человека. «Я тебя люблю, но когда ты приходишь домой пьяный, я злюсь на тебя». Испытывать противоположные чувства к одному и тому же объекту нормально.
- 3. Энергетическая насыщенность.** Эмоции способны повышать активность, тонус человека и понижать. В связи с этим различают эмоции стенические, характеризующиеся повышением активности (восторг, гнев) и астенические – сопровождающиеся понижением активности (грусть, печаль).
- 4. Интегральность.** В эмоциональном переживании участвуют все психофизиологические системы человека. Так, например, индикаторами эмоционального состояния могут служить: сдвиги частоты пульса, дыхания, температуры тела, кожно-гальваническая реакция и т.п.

ФУНКЦИИ ЭМОЦИЙ

- Все эмоции, по существу, представляют побуждение к действию, мгновенные программы действий, которые эволюция постепенно прививала нам.
- Собственно корнем слова «эмоция» является латинский глагол «motere», означающий «двигать, приводить в движение», с приставкой «э-», придающей дополнительное значение направленности вовне: «отодвигать, удалять» и говорящей о том, что каждая из эмоций подразумевает стремление действовать.

КАЖДАЯ ЭМОЦИЯ ИГРАЕТ УНИКАЛЬНУЮ РОЛЬ, ГОТОВИТ ОРГАНИЗМ К ОТВЕТНЫМ РЕАКЦИЯМ:

- **Гнев** - кровь приливает к кистям рук, позволяя быстрее схватить оружие или нанести удар; увеличивается ЧСС, выброс адреналина обеспечивает заряд энергии, вполне достаточный для решительных действий.
- **Страх** - кровь устремляется к большим скелетным мышцам, помогая убежать от опасности; человек при этом бледнеет, что происходит в результате оттока крови от головы (появляется ощущение, что кровь «стынет в жилах»). В этот момент цепенеет тело, хотя и ненадолго, вероятно, давая время оценить ситуацию и решить, не будет ли лучшим выходом поскорее спрятаться в укромном месте. Схемы в эмоциональных центрах головного мозга запускают механизм выброса гормонов, приводя тело в состояние общей боевой готовности, заставляя его сгорать от нетерпения и подготавливая к действию, а внимание сосредоточивается на непосредственной угрозе, чтобы быстрее и лучше определить, какое решение следует принять в данной обстановке.
- **Счастье** - повышенная активность в мозговом центре, подавляющем негативные чувства, успокаивает переживания, провоцирующие тревожные мысли, и содействует увеличению располагаемой энергии. Подобная структура обеспечивает организму общий отдых, а также состояние готовности и воодушевление, необходимые для выполнения любой насущной задачи.
- **Удивление** – поднимая брови, увеличивает пространство, охватываемое взглядом, пропускает больше света, попадающего на сетчатку, удается собрать больше информации о неожиданном событии.
- **Отвращение** — покривившаяся в сторону верхняя губа и слегка сморщенный нос — наводит на мысль об изначальной попытке, зажать нос, не чувствовать омерзительный запах или выплюнуть что-то.
- **Печаль** - помогает справиться с потерей, или разочарованием, влечет за собой понижение энергии и увлеченности разными видами деятельности, замедляет метаболизм. Уход в себя предоставляет возможность оплакать потерю или несбывшуюся надежду, обдумать ее последствия для дальнейшей жизни и — с возвратом энергии — приступить к планированию новых начинаний.

Классификация эмоций по длительности протекания:

- 1. Эмоциональные реакции**
- 2. Эмоциональные состояния**
- 3. Эмоциональные свойства**

Эмоциональные реакции

– непосредственное переживание какой-либо эмоции, базирующееся на первичных потребностях, как правило, кратковременны и обратимы и связаны с действующими обстоятельствами (реакция испуга в ответ на крик).

Аффект – интенсивная, бурно протекающая и кратковременная эмоциональная вспышка, оказывающая влияние на сознание и деятельность человека, и сопровождаемая изменениями в функционировании двигательной, эндокринной, сердечно-сосудистой и др. системах организма

Аффект

| физиологический | патологический |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Кратковременность (10 мин)2. Соответствие силе переживания (адекватность раздражителю)3. Возникает сразу в ответ на действие раздражителя (реакция «короткого замыкания»)4. Сознание не помрачено (но сужено)5. Действия носят целенаправленный характер6. После помнят все7. После – эмоцион. облегчение8. Не освобождает от уголовной ответственности | <ol style="list-style-type: none">1. Несколько часов – до суток2. Несоответствие силе раздражителя (неадекватность, достаточно ничтожной обиды)3. Нет реакции «короткого замыкания»4. Сумеречное помрачение сознания (часто в виде галлюцинаторно-бредового варианта)5. В действиях отражаются психотические переживания6. Амнезия всего периода7. После – терминальный сон8. Признаются невменяемыми |

Эмоциональные состояния

- более длительны и устойчивы, согласовывают потребности и устремления человека с его возможностями и ресурсами в конкретный момент времени.

Настроение — самое длительное эмоциональное состояние, окрашивающее все поведение. Характерна меньшая интенсивность и предметность, отражает бессознательную обобщенную оценку того, как на данный момент складываются обстоятельства. Может быть радостным, печальным, веселым, угнетенным, бодрым, подавленным, спокойным, раздраженным и т. д. Зависит от общего состояния здоровья, от работы желез внутренней секреции и, особенно, от тонуса нервной системы. Различается по продолжительности. Устойчивость настроения зависит от многих причин — возраста человека, индивидуальных особенностей его характера и темперамента, уровня развития ведущих мотивов поведения. Может окрашивать поведение человека в течение нескольких дней и даже недель, может стать устойчивой чертой личности (оптимист, пессимист).

Эмоциональные свойства

– наиболее устойчивые характеристики человека, отражающие индивидуальные особенности эмоционального реагирования, типичные для конкретного человека.

К ним относятся:

Эмоциональная реактивность - быстрота эмоционального отреагирования, длительность протекания реакции (ответа).

Эмоциональная возбудимость - быстрота эмоционального включения, т.е. скорость возникновения эмоции.

Эмоциональная лабильность - подвижность эмоций, смена одних эмоций другими.

Эмоциональная ригидность, т.е. вязкость, стойкость эмоций.

СИМПТОМЫ РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

- **Усиление функции** – гипертимия, гипотимия, эйфория, дисфория, тревога, эмоциональная лабильность
- **Снижение функции** – апатия, эмоциональная тупость
- **Извращение функции** - паратимии

Гипертимия

— болезненно повышенное настроение (болезненное т.к. снижается способность к адекватной оценке ситуации и собственного поведения).

Входит в состав **триады маниакального синдрома**:

1. Гипертимия
2. Повышенная двигательная активность
3. Повышенная мыслительная активность

Эйфория — болезненно повышенное настроение без двигательного возбуждения, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности.

Встречается при интоксикациях (инфекционного, алкогольного и т.п. характера).

Маниакальный синдром

- Гипертимия
- Повышенная двигательная активность
- Повышенная мыслительная активность
- + ↓ сна, ↑ влечений (полового, пищевого)

Классическая («солнечная», «лучезарная») мания – представлены все компоненты «триады», веселое, жизнерадостное настроение

Гневливая мания – представлены все компоненты «триады», характерны раздражительность, нетерпение вспышки гнева, агрессии

Бредовая мания – в дополнение к «триаде» - бредовые идеи величия, переоценки собственных способностей

ГИПОТИМИЯ

болезненно пониженное настроение.

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ

- Гипотимия
- Пониженная двигательная активность
(моторная заторможенность)
- Пониженная мыслительная активность
(идеаторная заторможенность)

Депрессия

```
graph TD; A[Депрессия] --> B[По этиологии]; A --> C[По клинической картине]; B --> B1[Эндогенная (обусловлена наследственностью)]; B --> B2[Психогенная (при психических травмах)]; B --> B3[Экзогенная (при органических заболеваниях головного мозга)]; C --> C1[Тоскливая]; C --> C2[Тревожная]; C --> C3[Маскированная];
```

По этиологии

- **Эндогенная** (обусловлена наследственностью)
- **Психогенная** (при психических травмах)
- **Экзогенная** (при органических заболеваниях головного мозга)

По клинической картине

- **Тоскливая**
- **Тревожная**
- **Маскированная**

Критерии депрессии по МКБ-10

По крайней мере 2 из трех признаков:

- **сниженное настроение,**
- **утрата интересов и способности получать удовольствие,**
- **повышенная утомляемость**

Плюс как минимум 2 из дополнительных:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе
- идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода)
- мрачное и пессимистическое видение будущего
- идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид
- нарушенный сон
- сниженный аппетит

Минимальная продолжительность всего эпизода – 2 недели

Тоскливая (классическая, меланхолическая, витальная) депрессия

Выражена **классическая депрессивная триада**:

- Характерна **тоска** (ощущение потери, горя), за грудиной локализация аффекта («камень на сердце», «предсердечная тоска», «душевная боль»)
- Сниженная самооценка, вплоть до **бреда самообвинения (риск суицида)**
- Ангедония (неспособность испытывать удовольствие; деперсонализация чувственной сферы)
- Суточная динамика состояния (утром хуже, чем вечером)
- Ранние пробуждения (в 3-4 утра, «предрассветная тоска»)
- Снижение аппетита (часто с похуданием) и полового влечения
- Симпатикотония (**триада Протопопова** – тахикардия, запоры, расширение зрачков)
- Чаще всего имеет **эндогенную природу (МДП)**

Тревожная депрессия

- В триаде вместо заторможенности – **двигательное и идеаторное возбуждение**
- Характерна **тревога** (беспредметное чувство близкого несчастья, сопровождается внутренним напряжением) или **страх** (ощущение какой-либо непосредственной, **конкретной** угрозы)
- Ухудшение состояния в вечерние часы, трудности с засыпанием
- Характерна для депрессий экзогенной природы (особенно для сосудистых заболеваний головного мозга)

Маскированная депрессия (скрытая, соматизированная)

- симптомы депрессии скрываются за соматическими симптомами или другими психическими расстройствами.
- **алгически-сенестопатическая** - хронические боли, часто мигрирующие (варианты: абдоминальный, кардиалгический, цефалгический, паналгический и пр.)
- **с паническими атаками** (психовегетативные кризы)
- **обсессивно-фобическая**
- **агрипническая** (упорная бессонница)
- **с симптомами зависимости** (симптоматическое пьянство)

Что поможет в диагностике маскированной депрессии?

- больной длительно, но безрезультатно лечится у различных врачей
- врачи не находят у больного какого-либо соматического заболевания или ставят малоопределенный диагноз (например, «вегето-сосудистая дистония»)
- аутохтонность и сезонность возникновения симптомов
- часто ухудшение состояния в утренние часы
- отсутствие эффекта от соматической терапии и хороший терапевтический эффект от антидепрессантов

Дисфория

— гипотимия, сочетающаяся одновременно со злобой, тревогой и страхом.

Обычно аутохтонное расстройство (возникает и оканчивается внезапно, без значимых причин)

- Длится часы – дни.
- При дисфории высок риск агрессивных действий.
- Возникают при эпилепсией, при травматических и других органических поражениях головного мозга.

Эмоциональные расстройства характерные для органических заболеваний головного мозга

Эксплозивность (взрывчатость) - чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов ярости и гнева; может сопровождаться агрессией. Снижается контроль за поведением, не способны «сдерживать» себя. Характерна для последствий ЧМТ, эпилепсии.

Эмоциональное огрубение - утрата тонких эмоциональных дифференцировок, высших чувств. Больные теряют присущие им ранее сдержанность, учтивость, такт, чувство собственного достоинства, становятся назойливыми, бесцеремонными, заносчивыми, не соблюдают элементарных приличий, преобладают низшие эмоции.

Эмоциональная лабильность - легкая изменчивость настроения. Повышение настроения имеет оттенок сентиментальности, умиления, понижение — слезливости.

Эмоциональная слабость - резкие колебания настроения по любому поводу с неспособностью сдерживать их внешние проявления. Встречается при астенических состояниях, при сосудистых заболеваниях головного мозга.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ

- **ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕАДЕКВАТНОСТЬ** — возникновение эмоции, не соответствующей вызывающему ее стимулу (пациент с грустным лицом говорит о приятных впечатлениях).
- **ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АМБИВАЛЕНТНОСТЬ** — одновременное сосуществование противоположных эмоций, обуславливает непоследовательность мышления и непредсказуемость поведения.
- **АПАТИЯ** — безразличие, полное отсутствие эмоций, при котором не возникают желания и побуждения («ноль» эмоций, «бодрствующая кома»). В сочетании с абулией (отсутствие волевой активности, «ноль» действий) составляет **АПАТО-АБУЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** — конечное состояние при шизофрении, шизофренический «дефект». Апатия может встречаться и при органических заболеваниях ГМ

Паратимии – качественные расстройства аффективной сферы (встречаются при шизофрении)

- **Неадекватность эмоций** – в стандартной социально-типовой ситуации возникают неожиданные эмоции (смех на похоронах)
- **Амбивалентность эмоций** – одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоций к одному объекту или деятельности (у здоровых есть осознание такого противоречия, у больных нет)
- **Симптом «стекла и дерева»** - парадоксальное сочетание эмоциональной тупости, холодности к своим близким, с эпизодами повышенной чувствительности, ранимости в ситуациях, которые подобных реакций вызывать не должны. Либо они не соответствуют значимости раздражителя.

Влечения

- неосознанная, но целенаправленная деятельность человека
(основаны на инстинктах).

Нарушения:

- Усиление
- Ослабление
- Извращение

Инстинкты:

- Пищевой
- Самосохранения
- Половой

**Импульсивные
влечения**

Расстройства пищевого влечения (пищевого поведения)

- **Усиление – БУЛИМИЯ** (повышенное влечение к пище, неутолимое чувство голода)
- **Ослабление – АНОРЕКСИЯ** (утрата чувства голода)
- **Извращение** - поедание несъедобного - аллотриофагия

Встречаются при:

- Соматических заболеваниях (эндокринная патология, опухоли; у беременных – поедание глины, извести)
- Психических заболеваниях (психическая анорексия - при бреде отравления, вкусовых галлюцинациях, депрессии, кататонии)
- **Нервной анорексии** – самостоятельное заболевание, выражающееся в сознательном стойком стремлении к похуданию, часто достигающему выраженной кахексии с возможным летальным исходом. В основе - дисморфомания с болезненной убежденностью в излишней полноте. Может сопровождаться приступами булимии.

Расстройства инстинкта самосохранения

- **Усиление** – страх смерти и/или болезней, агрессия (активное устранение опасности).
- **Ослабление** – аутоагрессия, самоубийства

Суицид:

- **истинный** – хорошо спланированное действие с целью лишить себя жизни.
 - **демонстративный** – на глазах у окружающих для привлечения их внимания, с возможностью спасения, но может не рассчитать!
 - **скрытый** – аутодеструктивное поведение (пьянство, курение, отказ от медицинской помощи, пренебрежение ПДД, экстремальный спорт).
- **Извращение** – самоистязание (трихотилломания – вырывание волос; онихофагия; аутомутиляция – обкусывание губ, пальцев).

Расстройства полового влечения

- **Усиление** – гиперсексуальность:
 - нимфомания (у женщин),
 - сатириазис (у мужчин)
- **Ослабление** – гипосексуальность: фригидность
- **Извращение** – фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия, садомазохизм и пр.

Степени выраженности патологических влечений

- **Обсессивные** – полностью контролируемые
- **Компульсивные** – сильное влечение (как голод или жажда), критика к своему состоянию, осознают извращенный характер влечения, пытаются сдерживать себя, невыносимое чувство физического дискомфорта приводит к удовлетворению потребности
- **Импульсивные** – непреодолимая тяга к действиям, которые совершаются незамедлительно, без предшествующей борьбы мотивов и без этапа принятия решений, хотя и с последующей критической оценкой

Импульсивные влечения

- **Дипсомания** – импульсивное влечение к употреблению алкоголя, проявляется в виде повторяющихся запоев. В промежутках между алкогольными эксцессами признаки психической и физической зависимости не выявляются.
- **Дромомания** – импульсивное влечение к бродяжничеству, уходы из дома.
- **Пиромания** – импульсивное влечение к поджогам.
- **Клептомания** – импульсивное влечение к краже предметов. Хищение вещей часто происходит без подготовки и принятия мер предосторожности. Похищенные вещи не используются по назначению, отсутствует материальная заинтересованность.
- **Копролалия** – непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства (болезнь Жюль де Турета)

Деятельность человека обусловлена 3 типами действий

- **Произвольными** – сознательные, целенаправленные акты
- **Автоматизированными** – также направлены на достижение поставленных целей, но не требуют сосредоточения активного внимания
- **Инстинктивными** – удовлетворение витальных потребностей, совершаются по безусловно-рефлекторному типу.

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

ВОЛЯ

- целенаправленная сознательная психическая деятельность, способность к планомерной организованной деятельности, направленной на достижение результата, связанная с преодолением препятствий, требующая сосредоточения активного внимания.

Этапы волевого процесса:

- возникновение побуждения
- борьба мотивов
- принятие решения
- исполнение решения

Нарушены могут быть различные этапы волевого процесса.

Патология воли

- **Гипербулия** – болезненно повышенная волевая активность (характерно для мании).
- **Гипобулия** – болезненное понижение волевой активности, вплоть до ее отсутствия (**абулия**).
- **Парабулии** – извращение волевой активности, нарушение механизмов формирования мотивов (мотив не формируется, либо является неадекватным внутренней природе потребностей)

АППАТО-АБУЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- **НЕГАТИВНЫЙ** синдром, не имеет тенденции к обратному развитию
- не предъявляют жалоб
- равнодушные
- безразличие
- Не привлекаются к какой либо деятельности
- малозаметны, время проводят в постели, в одиночестве, перед телевизором или слушают музыку
- не следят за гигиеной
- ложатся в постель одетыми
- беседа не вызывает интереса, говорят монотонно, отказываются от беседы ссылаясь на усталость
- встречается как исходное состояние при шизофрении или при органическом поражении лобных долей головного мозга

ПСИХОМОТОРИКА - совокупность сознательно управляемых двигательных действий, находящихся под волевым контролем.

СИМПТОМЫ ПСИХОМОТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ:

- Возбуждение – **гиперкинезия**
- Замедление двигательных актов – **гипокинезия**
- Полная обездвиженность - **акинезия**

СИМПТОМЫ ПСИХОМОТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ:

- **Каталепсия** - восковая гибкость при которой на фоне повышенного мышечного тонуса у больного возникает способность сохранять на длительное время приданную позу.
- **Пассивная подчиняемость** - состояния, когда у больного не возникает сопротивление изменениям положения его тела, позы, положения конечностей, в отличие от каталепсии тонус мышц не повышен.
- **Негативизм** - характеризуется немотивированным сопротивлением больного действиям и просьбам окружающих. Выделяют **пассивный** негативизм, который характеризуется тем, что больной не выполняет обращенную к нему просьбу; при **активном** негативизме больной выполняет противоположные требуемым действия. Негативизм может проявляться не только моторными актами, но и в речи.

СИМПТОМЫ ПСИХОМОТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ:

- **Мутизм** (молчание) – состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не дает понять, что он согласен вступить в контакт с окружающими.
- **Импульсивность** когда больные внезапно совершают неадекватные поступки, убегают из дома, совершают агрессивные действия.
- **Стереотипии** – многократное повторение одних и тех же движений.
- **Эхопраксия** – повторение жестов, движений и поз окружающих.
- **Эхолалия** – повторение слов и фраз окружающих.
- **Парамимия** – несоответствие мимики больного поступкам и переживаниям.
- **Вербигерация** - повторение одних и тех же слов и фраз.

Ступор — бездвигательность, оцепенение

виды ступора:

- **кататонический** — включает бездвигательность, мутизм и повышение мышечного тонуса;
- **депрессивный** — (“мрачное оцепенение”) — двигательное торможение, связанное с депрессией;
- **психогенный** — бездвигательность, возникающая в ответ на действие шоковой психической травмы;
- **галлюцинаторный** — бездвигательность, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций;
- **бредовый** — оцепенение, являющееся бредовой формой поведения и др.

Кататонический синдром

психопатологический синдром основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства (от греч. katátonos - напряженный) выделяют

- кататоническое **возбуждение**
- кататонический **ступор** **м.б. люцидной** (не сопровождается помрачением сознания) и **онейроидной** (сопровождается онейроидным помрачением сознания)

Кататонический синдром

Ступор

- *обездвиженность с повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи при сохранности речевого аппарата).*

ступор с восковой гибкостью – любое изменение позы больного сохраняется более или менее продолжительное время (с-м «воздушной подушки», каталепсия)

ступор с негативизмом – противодействие всем попыткам изменить позу

ступор с оцепенением – эмбриональная поза и резкое мышечные напряжение

Возбуждение

- **экстатическое** – подвижны, много говорят, с патетикой, экстазом, декламируют стихи

- **гебефреническое** – см.след.слайд

- **импульсивное** – неожиданные, внезапные действия, часто разрушительного и агрессивного характера

- **немое** – двигательное неистовство с агрессией и разрушительными действиями направленными на себя и окружающих. Возникает внезапно, в т.ч. при переходе из кататонического ступора.

Паракинезии (парапраксия)

манерность, вычурность, карикатурность движений и действий.

Больные гримасничают, говорят ломаным языком, принимают неестественные позы, по-особому ходят (например, только на пятках), необычным образом выполняют какие-либо действия (например, шапка снимается рукой, протянутой под коленом).

Двигательное возбуждение

— (гиперкинезия) у психически больных является признаком обострения заболевания. Выраженность гиперкинезии обычно тем больше, чем острее психоз. Однако иногда встречаются тяжелые психозы с возбуждением, ограниченным пределами постели. Возбуждение относят к продуктивным расстройствам.

Виды психомоторного возбуждения

- **Маниакальное** – двигательное возбуждение при маниакальном синдроме
- **Тревожное** — характерно для тревожной депрессии; в виде метаний, причитаний, стонов, взываний о помощи, заламывания рук, возможны неожиданные аутоагрессивные действия
- **Галлюцинаторное** – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или устрашающего характера.
- Целиком определяется содержанием галлюцинаций.
- Характерен выраженный страх, оборонительное поведение.
- Наиболее характерно для делирия и сумеречного помрачения сознания.
- **Бредовое** – целиком определяется характером бредовых идей и отражает их содержание
- **Эпилептическое** – сопутствует дисфории
- **Кататоническое** – описано в рамках кататонического синдрома
- **Аффективно-шоковое** – в ответ на тяжелую острую

Психомоторные расстройства

Для купирования психомоторного возбуждения до приезда бригады скорой психиатрической помощи необходимо предотвратить возможность больному нанести повреждения себе или окружающим (поместить в изолятор). Возможно необходима фиксация. Из лекарственных препаратов допустимо применение транквилизаторов:

- S.Sibazoni 0.5% - 4.0 в\м или
- S.Phenazepamі 0.1% - 2.0-4.0 в\м.

Психомоторные расстройства

- Перед применением транквилизаторов любой врач обязан проверить отсутствие выраженной очаговой и менингеальной симптоматики.
- Введение больших доз транквилизаторов, превышающих рекомендованные для врача общей практики недопустимо.
- В мед. документации необходимо описательно отразить состояние больного и указать, что транквилизатор применяется для неотложного купирования психомоторного возбуждения.

ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

- дурашливое, нелепое поведение
- манерность, гримасничанье, сюсюкающая
речь
- парадоксальные эмоции
- импульсивные поступки
- двигательные и речевые СТЕРЕОТИПИИ
(раскачивание, подпрыгивание, вербигерации)
- негативизм
- копролалия

Судорожный синдром

определяется как патологическое состояние, проявляющееся непроизвольными сокращениями поперечнополосатой мускулатуры (**локализованные** или **генерализованные**).

Выделяют **клонические**, характеризующиеся быстрой сменой сокращений и расслаблений, и **тонические**, характеризующиеся длительным и медленным сокращением мускулатуры.

Возможен смешанный характер судорожного синдрома (клонико-тонические).

Возникновение судорожного синдрома возможно при следующих патологических состояниях:

- при эпилепсии
- при истерии
- при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК)
- при острых воспалительных заболеваниях головного мозга
- при закрытой черепно-мозговой травме (ЧМТ)
- при опухолях головного мозга
- при алкоголизме
- при острых отравлениях фосфоорганическими веществами (ФОС) и психотропными препаратами.

Признаки эпилептических пароксизмов

- внезапное начало
- кратковременность - от долей секунды до 5 мин
- самопроизвольное прекращение
- стереотипность, фотографическое тождество на данном отрезке заболевания

Сознание

— высшая, интегративная форма психического отражения действительности.

Ясное сознание – состояние при котором человек в состоянии правильно ориентироваться в собственной личности (аутопсихическая ориентировка), месте, времени, ситуации, окружающих лицах (аллопсихическая ориентировка).

Критерии нарушенного сознания по К.Ясперсу

1. Отрешённость от действительности (контакт непродуктивный).
2. Дезориентировка
3. Мышление резко нарушается
4. Конградные нарушения памяти

Патология сознания

```
graph TD; A[Патология сознания] --> B[Выключение  
(количественные нарушения)]; A --> C[Помрачение  
(качественные нарушения)]; B --> B1[● Оглушение]; B1 --> B1a[○ Умеренное  
(обнубиляция)]; B1 --> B1b[○ Глубокое  
(сомноленция)]; B --> B2[● Сопор]; B --> B3[● Кома]; C --> C1[● Делирий]; C --> C2[● Онейроид]; C --> C3[● Аменция]; C --> C4[● Сумеречное  
помрачение  
сознания];
```

Выключение

(количественные нарушения)

- **Оглушение**
 - Умеренное
(обнубиляция)
 - Глубокое
(сомноленция)
- **Сопор**
- **Кома**

Помрачение

(качественные нарушения)

- **Делирий**
- **Онейроид**
- **Аменция**
- **Сумеречное
помрачение
сознания**

Варианты синдромов нарушения сознания

НЕПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ

Помрачения

- Онейроид
- Делирий
- Аменция

Выключения

- Оглушенность
- Сопор
- Кома

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ

Помрачения

- Сумеречные состояния сознания
- Особые состояния сознания

Выключения

- Большие судорожные припадки
- Малые судорожные припадки

| <i>признак</i> | оглушение | | сопор | кома |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------|
| | <i>Умеренное</i> (обнубиляция) | <i>Глубокое</i> (сомноленция) | | |
| Ориентировка | частичная | нарушена | - | - |
| Речевой контакт | ограничен | резко затруднен | нет | нет |
| Выполнение инструкций | замедлено | элементарные | нет | нет |
| Открывание глаз | сохранено | сохранено | На сильный болевой раздражитель | нет |
| Двигательная реакция на боль | целенаправленная | целенаправленная | нецеленаправленная | нет |

Делирий

– галлюцинаторное помрачение сознания.

- истинные зрительные галлюцинации
- иллюзии
- аллопсихическая дезориентировка
- образный бред
- изменчивое настроение (преобладает страх)
- двигательное возбуждение
- оборонительное или агрессивное поведение
- частичная амнезия болезненных переживаний и полная амнезия реальных событий
- вегетативные нарушения (гипертермия, тахикардия, тахипное, гипергидроз, ↑ АД)

Делирий

наиболее частая реакция экзогенного типа:

- металкогольные психозы (алкогольный делирий, «белая горячка»),
- интоксикации (лекарственные, наркотические),
- при инфекционных заболеваниях
- при соматических заболеваниях, сосудистых заболеваниях головного мозга.

Делирий

1. **инициальный этап** – беспокойство, суетливость, многоречивость, гиперестезия, настроение изменчиво, повышена отвлекаемость внимания.
2. **этап иллюзорных расстройств** – к картине 1-ого этапа + зрительные иллюзии, парейдолии, гипнагогические галлюцинации, эпизодически неточная ориентировка.
3. **этап истинных галлюцинаций** – к картине 2-ого этапа +
 - Истинные зрительные галлюцинаций, видения сменяют друг друга без особой связи, обычно общая фабула - преследование.
 - Аффект и поступки соответствуют содержанию виденного (бежит, прячется, обороняется и пр).
 - Выражена аллопсихическая дезориентировка.
 - Характерно **ундулирующее (волнообразное) течение** (ухудшение ночью), м.б. люцидные (чистые) промежутки.
 - Может быть **абортивное течение и тяжелое: профессиональный и мусситирующий (бормочущий)**

Онейроид

- *«сновидное», грезеподобное помрачение сознания с наплывом фантастических сценподобных псевдогаллюцинаций, фантастическим бредом и двигательными расстройствами (кататонический ступор).*
- Зрительные псевдогаллюцинации следуют одна за другой так, что одно событие как бы вытекает из другого (сценподобность).
- «Двойная» ориентировка.
- Больные ощущают себя участниками действия («перевоплощение» в героев грез)
- Амнезия реальных событий, болезненные сохранены.
- Встречается при шизофрении

Аменция

помрачение сознания с **бессвязностью** мышления (инкогеренцией), невозможностью осмысления окружающего и собственной личности.

- Речь больных **бессвязна** (отдельные слова, звуки); нарушены **все виды ориентировки** .
- Возможны **отдельные элементарные галлюцинации**.
- Весь период помрачения сознания **амнезируется**.
- Встречается при тяжелых формах соматических заболеваний, инфекций, интоксикаций. **Свидетельствует о тяжести состояния!**
- **Возбуждение в пределах постели**: хаотичные движения конечностями, метание, обирание; возбуждение сменяется периодами астенической прострации.

| | Делирий | Онейроид | Аменция |
|--|--|---|--------------------------------|
| <u>ориентировка</u> | В месте и времени | Перевоплощение, двойная ориентировка | Все виды |
| <u>Преобладающие расстройства восприятия</u> | Истинные зрительные галлюцинации и иллюзии | Фантастические зрительные псевдогаллюцинации | Отсутствуют или элементарные |
| <u>Эмоции</u> | Тревога, страх | Восторг, удивление, восхищение | Растерянность, недоумение |
| <u>Моторика</u> | Психомоторное возбуждение | Психомоторная заторможенность (кататон. ступор) | Возбуждение в пределах постели |
| <u>Амнезия</u> | Частичная | Реальных событий, болезненные сохранены | Полная |

Сумеречное помрачение сознания

- внезапное возникновение и завершение
- полная отрешенность от окружающего мира
- глубокая дезориентировка в окружающем
- м.б. выраженное возбуждение или внешне упорядоченное поведение, наплыв различных видов галлюцинаций, острый образный бред, тоска, страх или злоба
- после - полная амнезия
- встречается при **эпилепсии** и **травматическом** поражении головного мозга.