

## **КРИТЕРИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (по ВОЗ):**

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

В соответствии с этим, любую психическую болезнь, расстройство или аномалию следует рассматривать как сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья.

### **ГЛАВА I**

#### **ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ И ПСИХИАТРИЮ.**

#### **ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ПОНЯТИЕ О СУДЕБНО- И ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ.**

##### ***1. 1. Введение в медицинскую психологию, цели и задачи.***

Прежде, чем приступить к изучению такой сложной, но вместе с тем очень интересной дисциплины как психиатрия, необходимо уточнить, что послужило основой для развития психиатрии как науки.

Любой человек, основываясь на собственном опыте, отдаёт себе отчёт в том, что он так или иначе способен воспринимать, познавать окружающий мир, различные предметы и явления. Мы слышим пение птиц, звуки музыкальных инструментов, человеческую речь, шум пролетающего самолёта. Мы видим различные предметы, деревья, других людей и животных, машины и сооружения, различаем цвет и форму предметов. Мы ощущаем аромат цветов и запах бензина и уж никак не спутаем вкусовые ощущения, получаемые от сахара и соли. Каждый человек знает, что такое размышлять над прочитанной книгой, обдумывать свои действия на завтра, соображать при решении трудной задачи. Мы можем вызвать в памяти образ знакомого человека, вспомнить учебный материал. Мы способны представить и то, что никогда в жизни не видели, например, тропический лес или давно вымершего мамонта, и даже вообразить то, что вообще не существует — сказочный персонаж или фантастическую машину.

Человек не только познаёт окружающий мир, но имеет свое собственное отношение к предметам или явлениям этого мира. Он не бесстрастно, холодно-рассудочно воспринимает окружающее, а переживает при этом определённые чувства: одни из предметов и явлений радуют его, доставляют ему удовольствие, к другим он равнодушен, третьи вызывают у него огорчение, а порой страх и ненависть. Хорошая книга доставляет нам наслаждение, недостойное поведение человека вызывает у нас негодование и возмущение, самоотверженный поступок — восхищение.

Человек не только воспринимает окружающий мир и как-то относится к нему, он и действует в этом мире, проявляя свою активность, принимает решения, стремится к цели, проявляет инициативу и настойчивость в преодолении трудностей, препятствий, иначе говоря, осуществляет волевую деятельность.

Наконец, каждый человек отличается чем-то от других: один особенно интересуется музыкой, другой — спортом; один проявляет способности в области математики, а другой в области литературного творчества; один горяч и вспыльчив, несдержан, другой спокоен и невозмутим; один трудолюбив и скромен, другой ленив и высокомерен. Всё это - восприятие, память, мышление, воображение, чувства и воля, проявления темперамента и характера - явления человеческой психики. А наука, изучающая психические явления, называется психологией.

Основой, то есть фундаментальной дисциплиной для психиатрии, а также психотерапии, служит медицинская психология, которая, в свою очередь, является одним из разделов психологии.

**Психология** — это наука о фактах, закономерностях и механизмах психики, как складывающегося в мозгу образа действия, на основе которого и при помощи которого осуществляется управление поведением и деятельностью, имеющими у человека личностный характер.

**Психология** — это наука о закономерностях возникновения и функционирования психики, её механизмах и проявлениях.

#### **Задачи психологии:**

1. Изучение конкретных фактов психической жизни, характеризующихся качественно и количественно.
2. Изучение психических законов, то есть закономерностей.
3. Установление механизмов психической деятельности - каким образом происходит развитие того или иного психического состояния, психической реакции.

**Медицинская психология является неотъемлемой составной частью медицины - клинической и профилактической, изучающей закономерности развития и формирования психической сферы человека в условиях патологии или предпатологии, а также психологические особенности деятельности медицинского работника.**

Предметом медицинской психологии являются многообразные особенности психики больного и их влияние на здоровье и болезнь, а также обеспечение

оптимальной системы психологических целебных влияний, в том числе всех обстоятельств, сопутствующих обслуживанию больного, которые правомерно объединить в систему – «врач-пациент».

### **Медицинская психология делится на два раздела:**

1. Общая медицинская психология.
2. Частная медицинская психология.

#### **Общая медицинская психология изучает:**

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно изменённой и болезненной психики), врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактического учреждения.
2. Учение о психосоматических и соматопсихических взаимоотношениях.
3. Учение об индивидуальности (темперамент, характер, личность), об эволюции и этапах постнатального онтогенеза психики, об аффективно-волевых процессах.
4. Медицинскую деонтологию, включая вопросы врачебного долга, этики и врачебной тайны.
5. Психогигиену и психопрофилактику, включая медико-генетическое консультирование.
6. Психотерапию.

**Частная медицинская психология** изучает все вышеназванные вопросы применительно к каждой конкретной специальности, при общении с конкретными больными и при определённых формах болезней.

### ***1.2. Основные концепции медицинской психологии.***

#### **1. Фрейдизм.**

Автор этой концепции - венский врач-клиницист, психиатр **Зигмунд Фрейд** (1856-1939гг.). После наблюдений больных истерией в клинике Жана Мартина Шарко он выступил со своей теорией психологии, которая со временем приобрела всеобъемлющий характер системы философских взглядов. Правильно поставив вопрос о важности инстинктивных форм деятельности, Фрейд гипертрофировал их значение до предела. Ведущая позиция его учения сводится к тому, что в основе жизни и всех тончайших её проявлений лежит энергия либидо (энергия полового влечения), которая собственно и организует всю деятельность человека. Жизнь человека направляется влечением к жизни (сексуальное), влечением к смерти и к разрушению. Все же факты окружающей среды — всего лишь преходящие, несущие обстоятельства. Будучи последовательным в своих взглядах, Фрейд биологизирует и уровни сознания личности, обозначая их терминами **“Оно”**, **“Я”** и **“сверх-Я”**. **“Оно”** — глубинная, инстинктивная, врожденная основа сознания – «бессознательное», «истинная психическая реальность», «главный источник силы». **“Я”** — система внешнего объективного опыта, зависит от **“Оно”**, получая необходимую силу для контроля действий. **“Сверх-Я”** — результат приобретенных в жизни оценок

идеалов общества, которое в конечном счёте также является производным «Оно».

## **2. Неофрейдизм.**

**Салливен, Фромм, Хорни**, не удовлетворённые пансексуализмом З.Фрейда и игнорированием им культурных условий развития человека, пытались избежать ошибок основ психоанализа. Однако в своих позициях “интерперсональных отношений”, “культуральной психологии” они не только сохранили индивидуалистический подход к пониманию личности, но и активно использовали понятия традиционного психоанализа. Хорни, например, настаивает на значении культуры, однако последнюю она понимает абстрактно, в обрыве от социальной культуры общества.

## **3. Экзистенциализм (философия существования).**

Основоположниками этой теории являются **Кьеркегор, Хайдеггер, Сартр, Бинсвангер**. В основе этой теории лежит следующее утверждение - не сущность порождает существование, а существование предшествует сущности. Например, окружающий мир существует лишь потому, что человек его воспринимает.

## **4. Антипсихиатрия и антипсихология.**

Основоположниками теории, принятой на Международном конгрессе в 1967 году, являются **Мишель Фуко, Купер**.

Сущность этой концепции заключается в том, что не существует такой науки, как психология, потому что каждый человек имеет право на проявление своей психики. Согласно этой теории люди не делятся на нормальных и ненормальных, психическая болезнь не имеет ничего общего с болезнями, а является оппортунистической выдумкой общества.

### ***1.3. Психологическая структура личности и критерии психической нормы.***

Психологическая структура личности включает в себя:

**1. Направленность личности**, то есть систему побуждения, всё то, что побуждает человека к деятельности (материальные — потребность в еде, одежде, жилище, духовные — потребность в познании, эстетике и общественные — потребность в труде, общении, общественной деятельности).

**2. Возможности личности** — это система потребностей, которая обеспечивает успех деятельности.

**3. Система самоуправления (“Я”).**

**4. Психические процессы и состояния.**

Необходимо знать также о таких состояниях как:

**Психика, или психическая деятельность** - форма активного отображения субъектом объективной реальности, возникшая в процессе взаимодействия высокоорганизованных живых существ с внешним миром и осуществляющая в их поведении (деятельности) регулятивную функцию;

**Психические свойства** — это устойчивые образования, обеспечивающие определённый качественно-количественный уровень психической деятельности и поведения, типичной для индивида;

**Психическое состояние** — это совокупность признаков психической деятельности, характеризующих её состояние в данное время;

**Психические процессы** — это отдельные проявления психической деятельности человека, условно выделяемые в качестве самостоятельных объектов исследования (ощущения, восприятие, мышление, память, воля, эмоции и чувства).

#### **Критерии психической нормы:**

1. Психические явления у человека упорядочены и их причина обусловлена.
2. Психические явления соответствуют возрастной зрелости и месту нахождения, силе и частоте раздражителя.
3. Ясное понимание своего положения и места в окружающей среде и среди людей.
4. Гармоничное соотношение уровня притязаний реальным способностям и возможностям.
5. Умение уживаться с людьми и самим собой.
6. Критический подход к себе, своему поведению и к обстоятельствам жизни.
7. Самоуправление своим поведением, самообладание.
8. Чувство ответственности за себя, членов семьи, за потомство.
9. Способность планировать свой жизненный путь, утверждать себя без ущерба для других.

#### **1.4. Введение в психиатрию, её цели и задачи.**

Медицинская психология очень тесно связана с такой наукой как психиатрия. Многие методики психологии нашли применение в обследовании психически больных, а теоретические концепции - для объяснения отдельных психопатологических проявлений.

Психические расстройства возникают не только при сугубо психических, но и при многих соматических, инфекционных, хирургических и других заболеваниях.

По современным эпидемиологическим данным, распространённость психических заболеваний составляет 25-33 на 1000 населения. Однако реальные показатели значительно выше.

По данным американских учёных, которые провели сплошное эпидемиологическое обследование жителей не скольких штатов (2001 г.), психические расстройства отсутствуют только у 18,0 % населения. У 50,0-58,0% обнаружены пограничные или нерезко выраженные психические расстройства. У 23,0-30,0% обнаружены выраженные психотические расстройства, то есть это больные, нуждающиеся в помощи психиатра.

По прогнозам экспертов ВОЗ, в XXI веке будет отмечаться снижение соматических и инфекционных заболеваний, но отмечаться рост психических заболеваний.

**Психиатрия** — это отрасль клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику, распространённость психических болезней, разрабатывающая методы их диагностики, лечения, профилактики, порядок,

*методы экспертизы и реабилитации психически больных.* Одной из основных задач психиатрии является психопрофилактика.

Различают несколько видов психопрофилактики:

**Первичная психопрофилактика** — комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и развития психических расстройств. При эффективности первичной психопрофилактики снижаются показатели заболеваемости основными психическими болезнями.

**Вторичная психопрофилактика** — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение перехода уже начавшегося заболевания в хронические формы. При её эффективности снижаются показатели болезненности.

**Третичная психопрофилактика** — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение инвалидизации и сохранение трудоспособности психически больных. При её эффективности снижаются показатели нетрудоспособности (инвалидизации) психически больных.

Психиатрия, так же как и медицинская психология, делится на два раздела:

**1. Общая психопатология** — это раздел психиатрии, изучающий общие закономерности возникновения и развития психических болезней, психопатологических процессов и состояний.

**2. Частная психиатрия** — это раздел психиатрии, изучающий отдельные психические болезни, их этиологию, патогенез, клинические закономерности развития, способы лечения и восстановления трудоспособности.

### **1.5. Краткая история развития медицинской психологии и психиатрии.**

Психология берёт своё начало на заре развития всей науки. Ещё Демокрит, Лукреций, Эпикур придавали большое значение психологии и психическим особенностям личности человека.

Уже в VIII-IV вв. до н.э. некоторые мыслители находились на стойких материалистических позициях. Основоположники медицины Гиппократ и Гален в своих сочинениях указывали, что психические болезни — это результат нарушенной работы мозга.

В то же время другие, в частности Платон и его ученик Аристотель (III в н. э.), считали психическую деятельность самостоятельным субстратом, оторванным от тела человека. В своём трактате “О душе” Аристотель выделил три вида души: растительную, чувствительную и разумную. Аристотель впервые в этом трактате применил такие понятия как ощущение, память, чувства, произвольные движения.

Большой вклад в учение о психической жизни человека и больного внёс Авиценна, который подробно описал восприятие, большое внимание уделял изучению памяти и пытался ввести в практику новое учение о психике больного человека, которое назвал пнеулогия.

В XVII-XIX вв. многие исследователи придерживались материалистических позиций. Томас Гесли прямо указывал, что основы психической деятельности надо искать в физиологии нервной системы. Однако такие исследователи, как

Иммануил Кант, считали, что к изучению психических процессов естественнонаучные методы применены быть не могут.

Австрийский учёный Франц Галь в XVIII в. пытался соотнести особенности психической деятельности человека со строением черепа.

З. Фрейд заложил основы совершенно нового подхода к изучению больных людей — психоанализ (метод, широко применяемый в настоящее время).

В начале XIX в. центр изучения психологии перемещается во Францию. Такие научные деятели, как Марель, Шарко, Жанне, Бабинский, Маньян, не только придавали значение изучению психологии, но и высказали мысль о роли психики в развитии болезней внутренних органов.

Впервые термин психологии в XVIII в. ввёл Христиан Вольф.

Как самостоятельная наука психология была выделена после того, как в 1874 году Вильгельм Вундт издал первую монографию “Основы физиологической психологии”. Через 5 лет (в 1879 году) он же, в Лейпциге, открыл первую лабораторию экспериментальной психологии и положил начало научному изучению психологии.

В 1820 году М.Я. Мудров издал книгу “Слово о способе учить и учиться медицине”, которая, по сути дела, является пособием по медицинской психологии.

В 1863 году И.М.Сеченов, который по праву является отцом русской психологии и физиологии, издал монографию “Рефлексы головного мозга”.

И.П.Павлов разработал оригинальные методики исследования нервной деятельности, описал патогенетические механизмы развития экспериментальных неврозов, характерологические типы людей.

С.П.Боткин и Г.А.Захарьин пропагандировали принципы приоритета нервных механизмов в развитии патологических процессов.

В.М.Бехтерев в 1885 году в Казани открыл первую в России лабораторию экспериментальной психологии. В 1893 году он издал солидный труд “Проводящие пути головного и спинного мозга”.

В 1792 году в Европе, во Франции, Филиппом Пинелем была осуществлена реформа, которая послужила началом клинического направления в психиатрии. Ф.Пинель возвёл сумасшедших в ранг больных и снял с них цепи.

В 1837 году английский психиатр Джон Конолли обосновал систему нестеснения, выступил против применения смиренных рубашек. Впервые предложил открыть специальные лечебницы, в которых методы физического стеснения не применялись.

В 1845 году немецкий психиатр В. Гринингер издал первое научное руководство по психиатрии. В это же время Модсли реализовал теорию эволюции — принцип единства организма и среды, что послужило благодатной почвой для создания в 1896 году Эмилем Крепелиным первой нозологической классификации психических болезней.

### **Открытие первых психиатрических больниц.**

В 1773 году в США, в штате Вирджиния, в городе Вильямсбурге, была открыта первая в мире психиатрическая больница.

В 1776 году в Новгороде была открыта первая психиатрическая больница в России. В 1809 году была открыта первая психиатрическая больница в Москве, ныне Преображенская психиатрическая больница.

В Ташкенте первая психиатрическая больница была открыта в 1896 году. Ныне Первая городская клиническая психиатрическая больница.

В 1959 году в сентябре месяце была открыта психиатрическая больница в Андижане. В 1975 году больница была переведена в типовое здание по улице Ю.Отабекова. Ныне АОЦОПЗ — Андижанский областной центр охраны психического здоровья.

### **Кафедры психиатрии:**

Первая кафедра психиатрии и медицинской психологии была открыта в 1857г. в г.Санкт-Петербург при Медико - хирургической академии. Возглавил кафедру профессор И. М. Балинский, который первым обосновал выделение детской психиатрии.

В 1887 г. была открыта кафедра психиатрии в Москве. Руководство кафедрой и клиникой, на базе которой она была открыта, было поручено С.С.Корсакову. В 1889 г. С.С.Корсаков защитил докторскую диссертацию и первым описал амнестический синдромокомплекс, встречающийся при алкоголизме и получивший в дальнейшем название синдрома Корсакова.

Первая кафедра психиатрии в Ташкенте при Среднеазиатском медицинском институте была открыта в 1920 г.. Возглавил кафедру профессор Ю.В.Каннабих.

В Андижане кафедра психиатрии была открыта в 1959 г. в августе месяце. В течение года кафедру возглавляла доцент Р.С.Турсунова, затем (1960-1963 гг.) её возглавил профессор Х.А.Алимов. С 1964 г. по 1983 г. - доцент Р. С. Турсунова, с 1983 г. по 1986 г. - доцент В.П.Исхаков.

С 1986 года кафедру возглавляет автор данного труда, впервые в Республике Узбекистан разработавший самостоятельные новые методы лечения алкоголизма и наркомании, на которые получен патент на изобретение «двойное кодирование» по методу профессора М.Л.Аграновского.

### ***1.6. Современная классификация психических болезней.***

Все факторы, вызывающие психические расстройства, делятся на:

#### **1. Экзогенные факторы:**

- а) физические (температура, излучение, радиация, электромагнитное излучение);
- б) химические (яды, алкалоиды, алкоголь);
- в) механические (травмы черепа);
- г) биологические (инфекционные, глистные инвазии);
- д) психические (эмоциональное и физическое перенапряжение, стрессы, конфликты, психические травмы);
- е) социальные (работа в ночную смену, неурядицы на производстве, воздействие вредных факторов, шум на работе).

#### **2. Эндогенные факторы:**



- а) генетические (наследственность);
- б) конституциональные (темперамент, особенности организации нервных процессов ЦНС);
- в) эндокринные (нарушения функции эндокринных желез);
- г) половые особенности (послеродовые психозы);
- д) возрастные особенности (у детей чаще возникают оглушение, судорожный синдром, нарушения поведения, у пожилых людей — психоорганический синдром);
- е) личностные особенности (вносят большой вклад в течение заболевания).

**Современная классификация психических болезней включает в себя:**

- 1. Эндогенные психические заболевания** — шизофрения, МДП, инволюционные психозы, функциональные психозы позднего возраста.
- 2. Эндогенно-органические заболевания** — эпилепсия, сенильные психозы, наследственные органические заболевания.
- 3. Экзогенно-органические заболевания** — психические расстройства при ЧМТ, сосудистые психозы, психические расстройства при опухолях мозга, инфекционно- органические заболевания (сифилис мозга, прогрессивный паралич, энцефалиты), периодические органические психозы.
- 4. Экзогенные заболевания** — симптоматические психозы (соматогенные и инфекционные психозы), токсикомании (алкоголизм, алкогольные психозы, наркомании, токсикомании).
- 5. Психогенные заболевания** – невроты, реактивные психозы.
- 6. Патология психического развития** — психопатии (аномалии характера, то есть извращения психического развития), олигофрении (задержка психического развития).

### ***1.7. Методы психиатрии:***

#### **I. Клинические:**

1. Беседа — эксплорация (управляемый разговор), расспрос.
2. Метод прямого наблюдения:
  - а) Интраспекция;
  - б) Экстраспекция.
3. Метод управляемого наблюдения:
  - а) Естественный эксперимент;
  - б) Лабораторный эксперимент.

#### **II. Параклинические:**

1. Лабораторно-инструментальные, цитологические исследования сред организма.
2. ЭЭГ, R<sup>0</sup>-графия, компьютерная томография, ЯМР.
3. Методы психодиагностики:
  - а) шкалы оценки поведения — шкала Маламуд-Сандса, шкала Випенборга;
  - б) анкетные методы — индивидуальная анкета Айзенка, анкета невротизма Кноблоха, профиль личности;

в) проекционные методы — рисунок человеческой фигуры по Маховеру, тест Вартегга, тест Роршаха, ТАТ (тематический аперцепционный тест), тест для исследования фрустрации С. Розенцвейга;

г) методы определения способностей — исследование интеллекта, памяти, моторики, тест Векслера, тест Бентона, для исследования внимания — методика Шульте-Горбова;

д) социометрические методы — Лира, Морено.

### **1.8. Структура психоневрологической помощи в Республике Узбекистан.**

Структура психоневрологической помощи представлена различными учреждениями в системе трёх министерств:

**1. Здравоохранения** — психоневрологическими диспансерами, психиатрическими больницами, кабинетами, отделениями при общесоматических больницах.

**2. Социального обеспечения** — домами - интернатами для психически больных инвалидов, специализированными психиатрическими лечебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК).

**3. Просвещения** — спецшколами и школами-интернатами для психоаномальных детей, санаторными школами, сезонными спецлагерями, специальными детсадами и яслями.

#### **Структура и деятельность психоневрологического диспансера.**

Диспансер состоит из поликлинического и стационарного отделений.

Структура поликлинического отделения: регистратура, кабинеты участковых психиатров, детского психоневролога, психотерапевта, нарколога, логопеда, невропатолога, лаборатория, рентгенкабинет, процедурная, физиотерапевтический кабинет, аптека, кабинет ВКК, кабинет социально-правовой помощи.

Деятельность поликлинического отделения: раннее активное выявление больных, их обследование, диагностика и лечение (поликлинически, на дому, направление в стационар), активное и пассивное наблюдение за больными, социально-трудовая адаптация, ВКК, направление на ВТЭК, психогигиена и психопрофилактика, консультативная помощь лечебным учреждениям города и области, профилактика общественно-опасных действий больных, военная, трудовая, судебно-психиатрическая экспертизы, эпидемиологический анализ заболеваемости, разработка мероприятий по её снижению, повышение квалификации.

Структура стационарного отделения: приёмный блок, лечебно-диагностические отделения (профилированы по полу, возрасту (детские), остроте состояния больных): наркологическое, экспертное, фтизиатрическое, пограничных состояний, кабинеты консультантов: стоматолог, лор, окулист, терапевт, невропатолог, гинеколог, хирург; лаборатории: клиническая и биохимическая, психологическая; рентген, ЭЭГ, ЭКГ, ПЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ; лечебные кабинеты: гипнотерапии, физиотерапии, электросудорожной терапии,

электросон, трудотерапии, аптека, организационно-методический отдел (кабинет).

Деятельность стационара: диагностика, лечение, социально-трудовая реадaptация, трудовая, военная, судебно-психиатрическая экспертизы, консультативная помощь, предупреждение ООД, психогигиена и психопрофилактика, организационно-методическая работа. Консультативно-шефскую помощь АОЦОПЗ оказывает автор данного труда (еженедельные обходы отделений, консультации стационарных и поликлинических больных).

#### **Категории учёта больных в поликлиническом отделении диспансера.**

В зависимости от необходимой частоты наблюдения, которая зависит от состояния больных, выделяют следующие категории учёта:

1. Одно посещение делается в 3-5 дней, а в отдельных случаях — ежедневно (недавно выписанные из стационара; поликлинические больные, находящиеся в состоянии обострения; больные, имеющие больничные листки).

2. Одно посещение в 7-15-30 дней (больные с подострым течением, находящиеся на “А” и “Б” ООД учёте).

3. Одно посещение в 2-3 месяца (больные с длительно текущими формами заболевания при неполной компенсации и последствиями психозов).

4. Одно посещение в 6-12 месяцев (больные, не требующие систематического лечения и активных социально-профилактических мероприятий после острых психозов).

5. Больные, находящиеся на стационарном лечении.

6. Архивный учёт (выздоровевшие, находящиеся в стойкой ремиссии, переехавшие, умершие).

#### **1.9. Показания для неотложной госпитализации психически больных.**

*(без согласия родственников и близких больного)*

Если психическое состояние опасно как для самого больного, так и для окружающих — неправильное поведение вследствие острого психотического состояния (психомоторное возбуждение со склонностью к агрессивным действиям; галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, тяжёлые дистрофии); систематизированные бредовые идеи, если они определяют общественно-опасное поведение больных; ипохондрический бред; депрессии с суицидальными тенденциями; маниакальные и гипоманиакальные состояния, приводящие к нарушению общественного порядка или агрессии в отношении окружающих; острые психотические состояния у олигофренов и больных с остаточными явлениями органического поражения головного мозга, сопровождающиеся возбуждением, агрессией и иными действиями, опасными для больных и окружающих.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке четко сформулированы в ст. 27 Закона Республики Узбекистан «О психиатрической помощи» (31 августа 2000 года).

Показания для госпитализации психически больных:

1. Если обследование и диагностика состояния больного возможны только в стационарных условиях, это касается прежде всего первичных больных, а также направленных на военную, трудовую и судебно-психиатрическую экспертизы.

2. Если необходимое лечение возможно осуществить только в стационаре.

3. Если амбулаторное лечение невозможно из-за отсутствия необходимого ухода и надзора за больным в домашних условиях.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар подробно изложены в ст. 26 Закона Республики Узбекистан «О психиатрической помощи».

### **Деятельность районных психоневрологических кабинетов.**

Здесь проводится та же работа, что и в поликлиническом отделении диспансера, но по масштабам своим в более узком объёме.

### **Особенности ухода и надзора за больными в стационаре.**

В связи с опасностью состояния некоторых больных для себя и окружающих, психической беспомощностью больных, страха, тревожности или, напротив, полного безразличия к себе, следует обратить внимание на систему мероприятий, предупреждающих возможность побега, самоубийства и агрессии, нарушения сна, питания и совершения противоестественных отравлений. К таким мероприятиям относятся: “закрытые” двери, наблюдение, надзор и строгий надзор за больными (в специальных палатах), описание поведения дежурным медицинским персоналом, регулярные осмотры нательного белья, телесные осмотры, контроль за проглатыванием больными лекарств, назначенных внутрь, особенности оборудования палат, столовой, прогулочных дворов.

### **Деонтологические требования к медицинскому персоналу в работе с больными.**

Все, кто так или иначе соприкасается с больными, должны стремиться к созданию психотерапевтической среды в стационаре, способствовать авторитету учреждения за пределами его стен. Сохранять врачебную тайну, душевно относиться к больным, предупреждать ятрогении, требовательно относиться к своему внешнему виду, соблюдать все правила поведения в психиатрическом стационаре.

### **1.10. Психиатрические экспертизы.**

#### **1.10.1. Понятие о врачебно-трудовой экспертной комиссии.**

При наличии длительной или постоянной потери трудоспособности, возникшей вследствие психического заболевания, возникает необходимость направления больного на ВТЭК, где решаются следующие вопросы:

- определение группы инвалидности;
- определение причины инвалидности;
- определение срока освидетельствования;
- трудовые рекомендации;
- рекомендуемые мероприятия по трудовой реадaptации.

### **Критериями инвалидности являются:**

- I группа — больные со стойкой и полной утратой трудоспособности, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе;
- II группа — больные со стойкой и полной потерей трудоспособности, не нуждающиеся при уходе за собой в посторонней помощи;
- III группа — больные со стойкой, но частичной утратой трудоспособности.

### **Инвалидность является понятием юридическим:**

лица, признанные инвалидами, приобретают определённые правовые особенности. Они могут претендовать на трудовое устройство, направление на профессиональное переобучение в соответствии с рекомендацией ВТЭК, или же (инвалиды I и II групп) могут совсем прекратить работу. Инвалиды получают право на пенсионное обеспечение, а при установлении I и II групп могут претендовать на полное государственное обеспечение (дома-интернаты). Больные, в зависимости от причин инвалидности, получают право на различные льготы, предусмотренные для соответствующих контингентов инвалидов.

### **1.10.2. Понятие о судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ).**

СПЭ назначается в следующих случаях:

1. Сомнение по поводу психического здоровья обвиняемого в период совершения правонарушения.
2. Сомнение в способности обвиняемого правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания.
3. Отсутствие понятных поводов и мотивов преступления, особая жестокость его совершения.
4. Пребывание в прошлом в психиатрической больнице.

В зависимости от места и обстоятельств проведения различают следующие виды СПЭ: стационарная, поликлиническая, у следователя, в суде, заочная, посмертная. Целью СПЭ является определение вменяемости-невменяемости или дееспособности-недееспособности. Понятие “невменяемости” определяется статьёй 11 УК Республики Узбекистан: “Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно-опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчёта в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера”.

Понятие “недееспособности” определяется ст.15 Гражданского Кодекса Республики Узбекистан: “Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия, не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным. Над ним устанавливается опека”.

### **1.10.3. Понятие о военно-психиатрической экспертизе.**

Назначается медицинской комиссией призывных пунктов военкоматов. Направление (акт) экспертизы подписывает военком, где указывается срок экспертизы. Для принятия экспертного решения используется специальный приказ Министерства обороны Республики Узбекистан.

#### **Военно-психиатрическая экспертиза и её этапы.**

1. Осмотр психиатра в составе медкомиссии военкомата и направление на экспертизу.
2. Стационарное или поликлиническое обследование.
3. Заключение врачебно-контрольной комиссии, оформление “Акта исследования состояния здоровья”.

#### Выписка из приказа министра обороны Республики Узбекистан:

#### **Негодны в мирное время, годны к нестроевой в военное время:**

1. Дебильность умеренно выраженная.
2. Эпилепсия с единичными припадками и без изменений личности.
3. Маниакально-депрессивный психоз при длительных (годы) ремиссиях.
4. Психозы экзогенно-органические при наличии остаточных, умеренно выраженных нарушений.
5. Психопатии с неустойчивой компенсацией.
6. Неврозы, реактивные состояния при умеренно выраженных, но длительных болезненных проявлениях.
7. Посттравматические нарушения психики — остаточные, умеренно выраженные, астенические.

#### **Негодны, с исключением с воинского учёта:**

1. Дебильность резкой степени, имбецильность, идиотия.
2. Эпилепсия с частыми припадками или выраженными изменениями личности.
3. Маниакально-депрессивный психоз с частыми или затяжными приступами.
4. Шизофрения.
5. Психозы экзогенно-органические при стойких выраженных нарушениях.
6. Психопатии — резко, стойко декомпенсированные.
7. Неврозы, реактивные состояния — резко, стойко декомпенсированные.
8. Посттравматические нарушения психики — резко, стойко выраженные.

#### **Годные к нестроевой службе:**

1. Дебильность лёгкой степени при наличии трудовых навыков и положительных характеристик.

### **1.11. Тесты к главе I**

1. Что такое ММРІ - тест?

- А. Субъективный тест
- В. Проекционный тест
- С. Личностный тест
- Д. Интеллектуальный тест
- Е. Специальный тест склонности.

2. Качество диагностики в психиатрии зависит от:

- А. Нравственных качеств врача
  - В. Уровня знания предмета
  - С. Уровня овладения методологией и методиками диагностики
  - Д. Объёма личного опыта
  - Е. Все ответы правильные
3. В психиатрии использование электроэнцефалографии (ЭЭГ) наиболее полезно для диагностики:
- А. Неврозов
  - В. Шизофрении
  - С. Инволюционных психозов
  - Д. Алкоголизма
  - Е. Эпилепсии
4. Какие исследования используются для установления влияния генетических факторов на психические расстройства?
- А. Исследование близнецов
  - В. Изучение приёмных детей и их семей
  - С. Изучение семейного риска
  - Д. Изучение действия лекарств на членов семьи
  - Е. Ответы А, В и С правильные
5. Каково соотношение между полами (Ж : М) при завершённых суицидах с летальным исходом?
- А. 4: 1
  - В. 2: 1
  - С. 1: 1
  - Д. 1: 3
  - Е. 1: 6
6. В стандартные схемы обследования психического статуса включается всё, кроме:
- А. Появления заболевания
  - В. Модели сна больного
  - С. Поведения больного
  - Д. Речи больного
  - Е. Настроения и аффекта больного
7. Интерпретация ответов на тест Роршаха может быть наиболее полезной для:
- А. диагностики шизофрении
  - В. Описания личности
  - С. Выявления состояния межличностных отношений
  - Д. для измерения коэффициента интеллектуальности (IQ)
  - Е. Ответы А и С правильные
8. Что должен сделать психиатр для установления роли генетических факторов в развитии психических нарушений?
- А. Попросить больного рассказать о недавнем сне
  - В. Расспросить больного о его психосексуальной истории

- С. Взять анализ крови для полного обследования  
д. Собрать информацию о психиатрических госпитализациях родственников больного  
Е. Провести психологический тест
9. Люди, которые в конечном счёте совершают суицид, вероятнее всего:  
А. Скрывают свои намерения  
В. Не желают врачебной помощи  
С. Тщательно контролируют поведение  
д. Находятся в состоянии психоза  
Е. У одного из членов семьи обычно имеется история суицида
10. К какой форме утилитарного отношения к болезни относится: преувеличение большим признаков заболевания и субъективных жалоб с целью освобождения от воинской службы?  
А. диссимуляция  
В. Импрегнация  
С. Симуляция  
д. Ассимиляция  
Е. Агравация
11. У больных с какими особенностями личности наиболее часто развиваются ятрогении?  
А. У аффективно - лабильных  
В. У демонстративных  
С. У циклотимных “субдепрессивных”  
д. У тревожных, мнительных больных  
Е. У возбудимых
12. К проективным психологическим методам исследования личности относятся все, кроме:  
А. Метод Роршаха  
В. Тематический апперцепционный тест (ТАТ)  
С. Тест фрустрации  
д. Тест Вартега  
Е. Тест ММРІ
13. Проективные методы исследования личности не основаны на изучении:  
А. Индивидуального подхода исследуемого к ситуации  
В. Особенности снятия неопределённости  
С. Своеобразного снятия неопределённости  
д. Материалов самооценки  
Е. Индивидуальных тенденций, эмоционального состояния
14. Для психологического исследования интеллекта используются все методы, кроме:  
А. Метод Люшера  
В. Определение IQ  
С. Метод Векслера



- д. Таблицы Равена  
Е. Аналитический тест
15. Вследствие неправильного общения медицинской сестры с больным у него развились невротические расстройства, которые можно квалифицировать как:  
А. Соррогения  
В. Ятрогения  
С. Ятропатия  
Д. Психопатия  
Г. Миопатия
16. Ликвородиагностика занимает большое место в клинической психиатрии при всех следующих заболеваниях, кроме:  
А. Травматическое  
В. Инфекционное  
С. Сосудистое  
д. Эндогенное  
Е. Интоксикационное
17. Частотно-амплитудная характеристика ЭЭГ у здоровых людей составляет бета-ритм - 13-25 кол/сек, дельта-ритм - 1-3 кол/сек, а альфа-ритм?  
А. 3-4 кол/сек  
В. 4-7 кол/сек  
С. 7-8 кол/сек  
д. 8-12 кол/сек  
Е. 12-16 кол/сек
18. Какая социальная группа людей наиболее подвержена суицидам?  
А. Врачи  
В. Инженеры  
С. Педагоги  
Д. Писатели  
Е. Бухгалтера
19. Какие исследования используются для установления влияния генетических факторов на эмоциональные расстройства?  
А. Исследование близнецов  
В. Изучение приёмных детей и их семей  
С. Изучение семейного риска  
д. Изучение действия лекарств на членов семьи  
Е. Эпидемиологические исследования
20. К эндогенным факторам развития психических болезней относятся:  
А. Психические  
В. Социальные  
С. Генетические  
д. Биологические  
Е. Химические.

## 1.12. Задачи к главе I

### Задача №1

В поликлинике на приёме больная 18 лет. Вяла, пассивна, двигательно заторможена. Мимика бедная, выражение лица печальное. В беседе односложна, голос тихий, эмоционально не окрашенный. Монотонно предъявляет жалобы на боли в области сердца, считает себя неудачницей, высказывает мысли о нежелании жить. Настроение снижено, подавлена.

Какова тактика врача поликлиники по организации психиатрической помощи?

### Задача №2

В лор-отделении после операции тонзилэктомии у больного внезапно и резко изменилось состояние, стало нарастать психомоторное возбуждение. Больной беспокоен, импульсивен, ночами не спит, неусидчив, многоречив, постоянно находится в движении, мешает другим больным.

Какова правильная тактика лечащего врача по организации психиатрической помощи больному?

### Задача №3

Во время военно-медицинской экспертной комиссии у юноши 18 лет выявлено снижение интеллекта. Из анамнеза: в школу пошел в 7 лет, но учёба давалась с большим трудом, дублировал классы. Учился формально. После окончания школы нигде не учился, работал разнорабочим. В детстве перенёс обычные детские инфекции.

Тактика врача экспертной комиссии?

### Задача №4

В хирургическом отделении у больного в возрасте 32 года, госпитализированного по поводу операции геморроя, внезапно к вечеру изменилось состояние: стал подозрительным, настороженным к соседу по палате. Обратился с жалобой к дежурному врачу, что сосед наводит на него “порчу”, подсыпает ему какие-то травы в чай, с целью избавиться от него. Разубеждению не поддается. Ночью беспокойство продолжалось. Вновь вызвал дежурного врача и попросил перевести его в другую палату. После перевода в другую палату больной стал утверждать, что голос соседа по-прежнему преследует его, угрожает расправой.

Тактика врача хирургического отделения?

### Задача №5

У ребёнка 2,5 лет всякий раз при повышении температуры тела до 38,5-39°C отмечаются судорожные припадки. 1,5 мес. назад судороги появились среди полного здоровья.

Из анамнеза: родился 2-м по счёту ребёнком весом 3000,0 г. в срок. Беременность у матери протекала на фоне гестоза и хронической анемии II

степени. В первые три месяца беременности мать перенесла грипп. У отца также в детстве отмечались судорожные припадки.

Какое обследование необходимо провести ребёнку?

## ГЛАВА II

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ.

#### *2.1. Медицинская психология ощущений.*

##### **2.1.1. Физиологический механизм ощущений.**

Познание окружающего мира можно условно разделить на два этапа:

1 этап — это живое созерцание, то есть познание окружающего мира с помощью органов чувств, непосредственного воздействия раздражителя на те или иные периферические рецепторы того или иного анализатора.

2 этап — это познание с помощью мыслительных операций, когда вскрывается внутренняя сущность предмета или явления вне зависимости от его непосредственного воздействия или при его отсутствии.

Чувственное познание имеет огромную роль при обследовании больного, потому что вся первичная объективная информация о состоянии больного может быть получена врачом с помощью органов чувств, процессов чувственного познания — это ощущения восприятия и представления.

Изучение развития познавательной деятельности в эволюции животного мира (в филогенезе) и у ребёнка (в онтогенезе) показывает, что ощущение является первичной формой ориентировки организма в окружающем мире. В первые дни жизни новорожденные отражают только отдельные свойства предметов и явлений, имеющих непосредственное значение для их жизнедеятельности. Это говорит о том, что ощущения являются исходящей формой развития познавательной деятельности.

Жизненное значение ощущений заключается ещё в том, что они всегда эмоционально окрашены.

***Ощущение — это простейший психический процесс, отражение в сознании отдельных свойств и качеств предметов и явлений реального мира, при их непосредственном воздействии на соответствующие рецепторы.***

С помощью ощущений отражаются отдельные признаки, свойства предметов и явлений окружающего мира такие как цвет, вкус, запах и т. д. Ощущения имеют колоссальное значение в практической деятельности врача.

##### **Физиологический механизм ощущений**

1. Внешний или внутренний раздражитель, действуя на органы чувств, вызывает возбуждение в периферических окончаниях анализатора - момент физический.

2. Возникшее возбуждение передаётся по проводящему пути чувствительного нерва в центральные клетки анализатора — момент физиологический.

3. В коре головного мозга возникает субъективный образ объективного раздражителя — момент психический.

**Сила раздражителя.** Не всякий по силе раздражитель способен вызвать ощущение. Так, например, прикосновение пушинки к телу нельзя почувствовать.

При действии очень сильного раздражителя может наступить момент, когда перестают возникать ощущения. Так, например, звуки с частотой выше 20 000 герц человек не слышит.

Психическую зависимость между интенсивностью ощущений и силой раздражителя выражает понятие порога ощущений или порога чувствительности, который относится к основным закономерностям ощущений.

### **2.1.2. Основные закономерности и свойства ощущений.**

1. Пороги чувствительности:

а) нижний абсолютный порог чувствительности - это та наименьшая сила раздражителя, которая вызывает ощущение в том или ином анализаторе;

б) верхний абсолютный порог чувствительности - это максимальная сила раздражителя, при котором ещё сохраняется ощущение данного качества (звук) — 20 — 20 000 герц, электромагнитные колебания (цвет) — 390 миллимикрон фиолетовый, 780 миллимикрон красный);

в) порог к различению. Определяется той минимальной прибавкой в силе раздражителя, которую человеческий анализатор способен уловить. Для слуховых 1/10, для зрительных 1/100 константа.

2. Адаптация ощущений — это приспособление чувствительности к постоянно действующему раздражителю, проявляющееся в повышении или понижении порогов. Высокая адаптированность отмечается к обонятельным и вкусовым раздражителям. К холодным и болевым ощущениям адаптированность выражена меньше всего.

3. Взаимодействие ощущений - это изменение чувствительности одной анализаторной системы под влиянием деятельности другой анализаторной системы. Так, например, мягкая, тихая музыка может обострять зрительные ощущения, сладкий вкус ощущается резче после солёного.

4. Контраст — изменение интенсивности и качества ощущений под влиянием предшествующего или сопутствующего раздражителя. Так, например, тёмная фигура на белом фоне кажется ярче и чётче.

5. Синестезии — возбуждение возникшими ощущениями одной модальности ощущений другой модальности (“цветной слух” — А.Н. Скрябин, Н. д. Римский-Корсаков).

Основные свойства ощущений:

1. Качество ощущений - это внутренняя сущность, то есть то, чем одно ощущение отличается от другого.

2. Сила, то есть интенсивность ощущений. Определяется той или иной степенью выраженности данного качества. Зависит от состояния организма, окружающей обстановки.

3. Длительность - это время, в течение которого у человека сохраняется впечатление данного конкретного ощущения. Длительность ощущения принципиально отличается от длительности раздражителя.

### 2.1.3. Классификация ощущений (И. Шерингтон, 1906)

1. Экстерорецептивные, аллопсихические ощущения. Возникают при воздействии внешних раздражителей на рецепторы, которые расположены на поверхности тела:

а) дистантные ощущения, возникающие на расстоянии (обонятельные, зрительные);

б) контактные ощущения, возникающие при непосредственном контакте (вкусовые, тактильные);

в) обонятельные ощущения занимают промежуточное положение.

2. Проприоцептивные, то есть соматопсихические. Возникают при раздражении рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставных сумках.

3. Интерорецептивные (органические) возникают при воздействии раздражителей во внутренних органах. (с помощью специальных рецепторов охватывают обменные процессы во внутренней среде организма).

Хед (английский невролог) делит все ощущения на две группы:

1. Протопатическая чувствительность.

2. Эпикритическая чувствительность.

Протопатические ощущения, в отличие от эпикритических, не дают точной локализации источника раздражения ни во внешнем пространстве, ни в пространстве тела, то есть отражают субъективные ощущения.

2.2. Психопатология ощущений (граф. схема 1).

1. Гиперестезия — это повышение восприимчивости внешних раздражителей за счёт снижения порога возбудимости. У больных отмечается обострение чувствительности к внешним раздражителям, которые в норме остаются незамеченными, нейтральными, подпороговыми. На пример, встречающиеся при сильном переутомлении, а также в некоторых состояниях соматогенного и психогенного происхождения непереносимость яркого света, громких звуков.

2. Гипостезия — это понижение восприимчивости внешних раздражителей за счёт повышения порога возбудимости. Внешний мир теряет свою чувственность, яркость, красочность, всё воспринимается как будто сквозь туман, в тумане, окружающее становится тусклым, бледным, голоса слышатся издали. Встречается при тяжёлых истерико-невротических состояниях, органическом поражении головного мозга, депрессии, начальной стадии оглушения.

3. Анестезия — это отсутствие чувствительности, восприимчивости различных раздражителей. Наблюдается при параличах, парезах, органическом поражении головного мозга и при истерическом неврозе в виде истерической СКОЙ анестезии, при которой зоны анестезии не соответствуют зонам иннервации, а ограничены суставной зоной (по типу “перчаток”, “чулок”, “носков”, “куртки”).

4. Парестезии — это извращения чувствительности.

Выражаются ощущениями на теле жжения, покалывания, стягивания, озноба, гусиной кожи.

Сенестопатии — это крайне неприятные тягостные ощущения стягивания, жжения, скручивания, разрывания, исходящие из внутренних органов. Сенестопатии не имеют чёткой локализации и всегда беспредметны. Встречается это расстройство только при психических заболеваниях.

5. Агнозии (неузнавание)- больные видят предметы, но не могут определить цвет, форму, назначение. Встречаются при органическом поражении головного мозга, а также при истерии.

Основной синдром патологического ощущения — астеносенестопатический синдром, для которого характерны раздражительная слабость, повышение чувствительности, возбудимость, повышенная истощаемость. Встречается при многих психических и соматических заболеваниях.

### **2. 3. Медицинская психология восприятия**

Восприятие — это отражение в сознании совокупности свойств и качеств предметов и явлений окружающего мира, при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Восприятие не механическая СОВОКУПНОСТЬ а Дальнейший этап познавательной деятельности В результате которого отражается целостный образ реального предмета ИЛИ явления

Восприятие Любого НОВОГО предмета совершается на основе имеющегося опыта, знаний, ПРОИСХОДИТ Оживление некоторых ранее выработанных связей, Мы воспринимает предметы и явления в пространстве и времени Это значит ЧТО Предметы нами ВОСПРИНИМАЮТСЯ с ПриСущими им пространственными формами (круглые Кубические И т. д.), имеющими ту ИЛИ Иную пространственную величину, находящимися В Различных Пространственных Отношениях (ближе, дальше), Находящимися в покое или в движении Мы воспринимаем предметы и явления сменяющимися и изменяющимися во Времени,

#### **2.3.1. Свойства Восприятия**

1. Избирательность ВОСПРИЯТИЯ Оно делает ВОЗМОЖНЫМ ПРОДУКТИВНУЮ психическую Деятельность потому что каждую Секунду на нас действуют раздражители Всего Окружающего мира, НО из Огромного числа Воздействий ЛИШЬ некоторые мы Выделяем с большей отчетливостью и осознанностью

2. Контур предмета и ВОСПРИЯТИЕ Сначала Воспринимается внешняя форма, контур любого предмета, а затем Составляющие его части — пропорции отдельные детали предмета

3. Предмет- и фон ВОСПРИЯТИЯ Динамичен что объясняется переключением внимания с одного объекта на другой. Светлый фон позволяет более чётко воспринимать объект, Тёмный — затрудняет Восприятие (Лестница Шредера).

4. Апперцепция СОСТОИТ из двух Этапов:

- а) само Восприятие предмета или явления перцепция;
- б) Собственно аПерцепция — из памяти извлекаются ранее заложенные в мозг данные. Происход накладыва.. ние НОВОГО Восприятия на ранее полученные данные,

### 5. Осмысленность И обобщённость ВОСПРИЯТИЯ.

Все свойства обобщаются в единый целостный образ. Это СВОЙСТВО ВОСПРИЯТИЯ свидетельствует об уровне ин теллектуального развития.

### б. Константіюсть восприятия.

Относительное постоянство воспринимаемых объек тов. Эта особенность восприятия позволяет воспринимать те или иные образы в постоянном временном изменении.

Наблюдение — это целенаправленное, планомерное восприятие объектов, в познании которых заинтересована личность (учение, диагностика).

Наблюдательность ЭТО умение подмечать характер ные, но малозаметные особенности личности, предметов, явлений.

### 2.А. Психопатология восприятия (граф. схема 2).

Психопатология восприятия делится на две группы:

#### 1. Психосенсорные расстройства.

#### 2.Иллюзии.

#### 2.4.1. Психосенсорные расстройства: дереализа ЦИЯ и деперсонализация

Психосенсорные расстройства были описаны М. О. Гу ровичем в 1949 году:

а) дереализация — это искажённое, неверное, непра вильное восприятие реально существующих предметов и явлений окружающего мира:

#### 1) макро- и микропсия - искажённое восприятие ве ;ичины.

Макропсия - предметы и явления окружающего мира воспринимаются увеличенными по сравнению с реальны ми.

Микропсия - предметы и явления окружающего мира воспринимаются уменьшенными по сравнению с реальны ми.

2) дисмегалопсия (дисморфопсия) - искажённое вос ирприятие формы, предметов и явлений.

3) порропсия - нарушение пространственного распо ложения предметов реального мира, когда предметы воспринимаются приближёнными или, наоборот, удалёнными.

4) аллестезия - неправильное вос а ж( предмета в пространстве.

5) полиопсия — неправильное восприятие в ч

\* (югвеннОсти предмета (вместо одного ы дв

6)галеропсия — нарушение воспри :  
іі предмета. Предмет воспринимается либ

м, либо тусклым, безжизнен ным

7) эритропсия всё окружающес E = ок )aіі]енным в красный цвет (встречается : аилеп ‘;ией при ауре).

8) ксантопсия всё окружающее воы в ж’лтм цвете (встречается при отравлении грибами и

фосфорорганическими веществами).

9) Oela i.i (франц. уже виденое) — психическое рас (IpOЙCTBO в виде ощущения того, что видимое в настоя время (лица, события, обстановка), уже наблюдалось ioйда-то в прошлом;

10) лaп1ai\$ ц (франц. никогда не виденное) - психи расстройство, заключающееся в том, что знакомые i лица, события, обстановка воспринимаются как нiервые увиденные.

б) деперсонализация — это нарушение восприятия (; личности и собственного тела:

1) нарушение восприятия собственной личности (нарушение самосознания);

2) нарушение восприятия схемы тела

а) тотальная аутометаморфопсия — нарушение вос iприятия всего тела;

б) парциальная аутометаморфогiсия - нарушение юсiприятия отдельных частей тела (наблюдается чаще).

Часто встречаются такие состояния, когда больной юспринимает себя очень тяжёлым или, наоборот, очень иiегким, не чувствует тяжести своего тела. Это сосюямие чаще является причиной гибели больного, так как не с ствуя тяжести своего тела, он пытается выпрыгнуть из г на и полететь как пушинка.

2.4 Иллюзия — это ошибсчное ложное еосб ятие реальных предметов или явлений, При которог отражение реального объекта сливается с болезнен ным представлением.

Впервые понятие иллюзий в 1829 г. ввёл в психиат- рическую практику Ф. Пинель (лат. illi ошибка).

При возникновении иллюзий реальный раздражитель имеется, но он всегда сливается с болезненным представлением для возникновения иллюзий необходимо:

1. Изменение аффекта (настроения).

2. Богатое воображение.

3. Наличие реального раздражителя, действующего на органы чувств человека в данный момент.

Иллюзии могут быть:

1. Физическими (обусловленные законами физики). Так, например, ложка в стакане воды кажется изогнутой на границе двух сред: воды и воздуха;

2. Физиологическими, при которых имеется крити ческое отношение к воспринимаемому, то есть человек всегда корректирует свое иллюзорное восприятие. Встре чаются у здоровых людей:

а) Иллюзия Мюллера-Лиера (зрительная иллюзия);

- отрезок с обращёнными кнаружи стрелками воспри нимается длинее равного отрезка, у которого стрелки об ращены кнутри.

б) Иллюзия Шарпантье (иллюзия тяжести)- шары большого объёма, но одинаковой массы с малыми, вос принимаются тяжелее;

в) Иллюзия Аристотеля (иллюзия осязания) — шарик, помещённый между скрещенными указательным и сред ним пальцами при вращении приводит к



ощущению нали чия не одного, а двух шариков. Это происходит вследствие того, что в мозг поступают импульсы отдельно с латеральных поверхностей двух пальцев.

3. Патологическими, которые встречаются у больных людей, разубеждению и коррекции не поддаются:

а) Вербальные иллюзии заключаются в ошибочном восприятии реальных звуковых раздражителей, Так, на пример, больные в шуме слышат слова, обращённые в их адрес;

б) Аффективные иллюзии чаще всего возникают при наличии страха, тревожно-подавленного настроения. Пособержанию зрительные. Например, йсяц нимається за убийцу, ключ в руках — за оистолет;

в) Парейдолические иллюзии - иллюзорное ятие с фантастическим компонентом. Например, ковра, трещинах на стене, игре светоте и сп е различные фантастические образы живстных. при снижении тонуса психической её пас сивности.

## 2.5. Медицинская психология предстааления

Представление — это оживание в сознании ранее воспринятых образов. Реального раздражителя в настоящий момент уже нет. Особый интерес представляет эйдети́зм — это зер кально точное представление ранее воспринятого образа.

## 2.6. Психопатология представления:

(граф. схема 3)

2.6.1. Понятие о галлюцинациях Галлюцинации — это яркие, образные, непроизвольно возникшие болезненные представления, ко торые оживляются в головном мозгу, приобретают чувственную окраску, затем проецируются в окр у жающий мир, где принимают характер, неотличимый от объективной реальности (истинные галлюцинации - М .Л .Аграновский).

Впервые понятие галлюцикаций ввёл в 1766 г. француз ский психиатр Ф.Б.Соваж. (лат. ña виден для галлюцинаций характерно:

1 .Оживание ранее воспринятых событий и предмг (оживление представлений).

2.Гіроекция их в окружающую среду или вН

3.Эти оживлённые представления ориобретают ность, яркость, объёмность,

4.Будучи спроецированными в окружающий мир, огкз чем не отличаются от других предметов реального мира.

Содержание галлюцинаций может пугать, вызвать ин терес, любопытство.

Галлюцинации делятся на:

1. Истинные галлюцина ции. 2. Псевдогаллюцина ции.

2.6.2. дифференциальная Диагностика ИСТИН НЫХ и псевдогаллюцинаций (табл. 1):

2.6.3. Классификация галлюцинаций по органам чувств

Различают зрительные, слуховые (вербальные), обонятельные, тактильные, вкусовые галлюцинации:

а) зрительные — элементарные (фотопсии): дым, туман и сложные: кинематографические, Панорамные.

Зрительные галлюцинации могут быть: бесцветными, цветными, Подвижными, неподвижными, Одиночными, множественными.

Тематические зрительные галлюцинации: алкогольные сцены, черти — характерны для алкогольного делирия; религиозные темы - для больных эпилепсией; образы умерших родственников — для реактивных состояний.

б) слуховые - аказмы — звук, шум, топот, гудки; фантомы — вербальные, разговорная речь.

Вербальные галлюцинации могут быть различными по интенсивности (шепот, громкий разговор), знакомые, чувственные, мужские, женские, одиночные, множественные в виде диалога, дискуссий; по содержанию — угрожающие, предсказывающие, благожелательные императивные — Приказывающие (Очень опасно), комментирующие — сопровождающие действия комментариями.

в) тактильные (Осязательные), выражаются в ползании мурашек, насекомых по телу и т. д.

г) обонятельные - характеризуются наличием запахов, чаще отвратительных. Могут быть различной интенсивности и исходить от окружающей среды, предметов обихода, самих больных.

д) вкусовые галлюцинации - часто сочетаются с обонятельными. Бывают в виде привкуса пищи, неприятного, чаще отравляющего жгучего характера.

2.6.4. Классификация галлюцинаций по Этиологическому генетическому принципу: (граф. схема 3)

1) аффектогенные галлюцинации — галлюцинации возникают под действием аффекта, во время эмоционального напряжения;

2) доминантные галлюцинации (галлюцинации дюпре) — доминирующие мысли человека могут реализовываться в галлюцинаторные переживания;

3) психогенные галлюцинации — обусловлены психической травмой, конфликтами;

4) стереотипические галлюцинации — характеризуются однотипностью и повторяемостью. Например, ощущение одного и того же запаха при эпилепсии и органических психозах;

5) аделоморфные галлюцинации — простые зрительные псевдогаллюцинации, при которых галлюцинаторные образы лишены чёткости форм, объёмности и яркости красок (при шизофрении);

6) полиопические — проявляются возникновением множества одинаковых галлюцинаторных образов. Например, образы гномов и чертей при алкогольном делирии;

7) гемианопсические галлюцинации - с выпадением одной половины поля зрения (при органическом поражении головного мозга);

- 8) гипнагогические галлюцинации — возникают перед засыпанием при закрытых глазах, в состоянии полу бодрствования на тёмном поле зрения;
- 9) гипнопомпические галлюцинации — просоночные, возникающие при пробуждении при закрытых глазах;
- 10) галлюцинации Кальбаума:
- а) рефлекторные — возникают по типу рефлекса: раз раздражитель действует на один анализатор, а галлюцинации возникают в другом органе. Например, больной крутит ключ в замочной скважине и чувствует этот поворот ключа в сердце;
- б) функциональные галлюцинации. Реальный раздражитель существует сам по себе, галлюцинации сами по себе, по времени они тесно связаны, возникают при наличии реального раздражителя параллельно с ним, но в отличие от иллюзий (дифференциальная диагностика) ни когда не сливаются с ним;
- 11) висцеральные галлюцинации — всегда предметны и имеют чёткую локализацию. Этим они отличаются от сенестопатий. Например, больной говорит, что у него в мозгу сидит змея (какого размера, где именно и т.д.)
- 12) экстракортальные галлюцинации (галлюцинации Гиляровского) — БОЛЬНОЙ Видит галлюцинозный образ, который находится вне ПОЛЯ зрения, имеет экстраперцептивную локализацию. Например сзади ИЛИ сбоку.
- 13) гистрические галлюцинации (галлюцинации Ре-Венка) БОЛЬНОЙ Ощущает влагу на поверхности тела;
- 14) гаптические галлюцинации - Ощущение схватывания, обычно сзади.
- 15) аутоскопические (дейтероскопические) больной видит своего двойника. Наличие данного вида галлюцинаций является прогностически неблагоприятным признаком встречается при ТЯЖ патологиях головного мозга.
- 16) кинестетические (речедвигательные) больной говорит что его действиями и поступками управляют;
- 17) галлюцинации Байярже (психические галлюции - Нации) — беззвучные голоса, лишённые эмоционального компонента БОЛЬНОЙ отмечает что в голове ПОЯВИЛИСЬ чужие мысли;
- 18) галлюцинации Шарля-Бонне возникают при патологии периферического отдела анализатора, больной испытывает галлюцинации в поражённых органах. Например, при отите БОЛЬНОЙ испытывает слуховые галлюцинации, при глаукоме — зрительные галлюцинации.
- 19) галлюцинации Майер-Гросса (синестетические) возникают одновременно в нескольких анализаторах
- 2.6.5. Понятие о ВНУТРЕННИХ галлюцинациях. Особый интерес представляют ВНУТРЕННИЕ, эгаллюцинации, позволяющие определить галлюцинозную природу ;ОВНОСТЬ выделяют три разновидности внутренних галлюцинаций
- 1) СИМПТОМ Липманна больному через закрытые веки давят на глазные яблоки и просят рассказать что

зидит в том ИЛИ ином углу глаза. СИМПТОМ считается Положительным если больной РассКазывает о том, что он “

2) симптом Рейнхардта — больному дают ЧИСТЫЙ лист и и Просят прочитав что на нём “Написано” Если ОЛІ читает по Чистому Листу бумаги, то у него имеет і Готовность;

3) симптом Ашаффенбурга — больному дают трубку отключённого телефона и просят поговорить с родствен никами или отключённое от сети радио ‘настраивают на волну” и просят прокомментировать передачу. Если у больного имеется галлюцинатёрная готовность, то он го ворит по отключённому телефону или комментирует ра-  
дио.

## 2.7. Галлюцинаторные СИНДРОМЫ (галлюцинозы) (граф. схема 4)

Синдром называется галлюцинозом.

Галлюциноз - это синдром, клиническая картина кото рого полностью исчерпывается обильными галлюцинация ми и не сопровождается помрачением сознания.

### 1. Вербальный галлюциноз Платуа (1913)

(возникает при сифилисе мозга) - включает в себя вер бальные галлюцинации и бред интерпретативного харак тера. Критика сохранена.

2. Педункулярный зрительный галлюциноз Лермит та (1922) — возникает при локализации патологического процесса в ножках мозга, которые являются дном (У желу дочка. В полумраке отмечаются множественные подвиж ные микроскопические зрительные галлюцинации (сценоподобные картины). Критика сохранена.

3. Зрительный галлюциноз Ван-Богарта - возникает ПРИ энцефалитах, после первой-второй недель повышен ной сонливости появляются яркие зрительные галлюци нации в виде бабочек, рыб. Завершается нарколепсией.

4. Обонятельный галлюциноз Гобека — больной вос принимает дурные запахи, исходящие от собственного те ла, сочетающиеся с тактильным галлюцинозом и идеями отношения. Встречается при шизофрении.

5. Тактильный галлюциноз Маньяна — ощущение ползающих под кожей насекомых. Отмечается при кокаиновой интоксикации.

6. Синдром Бер - Конрада (1954) - хронический тактильный галлюциноз. При этом больной ощущает насе комых на коже, а затем развивается паразитарный бред (экбома, пресенильный дерматозойный бред).

Галлюциноид — это начальные или остаточные явле ии зрительных галлюцинаций в виде фрагментарных об р:120В, к которым больной относится нейтрально.

[галлюцинаций остаётся до сих пор неясным.

С физиологической точки зрения галлюцинации возни < в коре головного мозга в результате образования па і очагов инертного возбуждения в коре голов і іоіО мозга.

Согласно теории И.П.Павлова в основе возникновения

галлюцинаций главенствующее значение играет не возбуждение, а торможение, которое может быть полным и в (i) гипнотических фаз. В последующем реакция на раздражение сохраняется но имеет извращённый характер.

Предполагают, что физиологической предпосылкой галлюцинаций является уравнительная и парадоксальная реакция, при которой слабые раздражители производят такой же эффект, как и при сильных и даже больше.

## **2.8 Практические рекомендации это микрокурации больных с патологией представления**

Во время курации больного с галлюцинациями обратить внимание на объективные признаки:

1. Внешний вид больного:

- а) Поза (застывшая, вынужденная, настороженная, выждающая);
- б) Выражение лица (печальное, тревожное, испуганно удивлённое, радостное, гримаса отвращения, брезгливости, неадекватная улыбка на лице);
- в) Взгляд (настороженный, подозрительный, недоверчивый застывающий, восхищённый, блуждающий, любопытный, беспечный, устремлённый в одну точку);
- г) Поведение (больной настороженный, убегает, защищает себя, нападает, озирается, прячется, оглядывается):

1. При зрительных галлюцинациях больной всматривается закрывает глаза, закрывает лицо руками.

2. При слуховых галлюцинациях — больной прислушивается к образу в пространстве с каким вопросом и сам отвечает. Разговаривает сам с собой шепчет отвечает не по теме заданного вопроса. Укрывается с головой закрывает уши.

3. При обонятельных и вкусовых галлюцинациях чаще встречается вместе с больным закрывает или зажимает нос, вставляет в нос трубку с фильтром. Выплёвывает пищу, избивает в еде, отказывается от еды, принимает;

4. При тактильных галлюцинациях больной что-то с себя стряхивает снимает ловит давит на себе.

Если обнаружены объективные признаки галлюцинаций то необходимо уточнить

1. При зрительных

1. Какие видения беспокоят больного?

2. Когда появляются (при открытых глазах, утром, днём, ночью, перед засыпанием)?

3. Тип больного. Описать характер видений:

- одиночные или множественные
- цветные, или черные
- панорамные или кинематографич
- фантастические или сценочные
- увеличенные или уменьшенные;
- устрашающие или приятные

4. Выяснить отношение БОЛЬНОГО к ним,
  1. Убедить, что это не реальные Голоса И Шумы.
  2. Уточнить чьи Голоса (мужские женские, Детские знакомы, Незнакомые Одиноким множественные В Виде диалога МОНОЛОГА)
  3. Откуда ОНИ ДОНОСЯТСЯ (снаружи Из под земли из-за Окна, с Воздуха Изнутри ГОЛОВЫ и
  4. Их Сила (громко тихо, ШёПОТОМ)
  5. В какое время Суток поя (утром Днём, вечером)?
  6. Носят постоянный ИЛИ эпизодический характер?
  7. СОД ;ю

- Приятное (ВОС)

- неприятное (Угро Оскорбля, Още

- ПРИказывающее (императивные Голоса)

- Инфор ПОЯСНЯЮЩ Внушающие

8. Отношение больч содержанию ГОЛОСОВ

(СоПротивляется Подчиняется 80 Спорит, ищет защиты).

II. При СЛУХОВЫХ

III. При обонятельных и вкусовых галлюцинациях:

1. Попросить больного объяснить причину отказа от еды, чем не интересуется.

2. При наличии неприятного запаха уточнить, какой именно (гази, дыма, нечистот, гниение цветов).

3. Его интенсивность (от слегка ОЩУТИМЫХ до удушающих).

4. Постоянного характера или эпизодического.

5. Откуда они исходят (из окружающей среды, рта, внутренних органов, тела).

6. При наличии необычного вкуса еды, уточнить какой именно привкус (металлический, крови, горечи).

7. Как объясняет это больной?

I При тактильных и висцеральных галлюцинациях:

1. Уточнить характер постороннего предмета, который его >еёкоит.

2. Где он находится (под кожей, на коже, в полости рта, же нудка, головы)?

3. Попросить описать этот предмет, его форму, размеры, цвет, подвижен он или нет.

4. Описать характер ощущений, вызываемых ими (шекошет, боль, жжение, спазм, тяжесть).

При псевдогаллюцинациях будут иметь место вышеописанные признаки, но больной отмечает их чуждость, призрачность, насильственный характер (сделанные видения, голоса, ощущения).

2.9. Тесты к главе II

1. Больной жалуется на неприятные, тягостные, бес предметные ощущения, исходящие из желудка. Патологии желудка не обнаружено. Что это?

А. Ипохондрический бред.

В. Сенестопатии.

- С. Гиперстезия.  
 Д. Иллюзия.  
 Е. Псевдогаллюцинации.
2. Вы видите человека, сидящего в одиночестве и вы глядящего так, как будто он вслушивается во что-то, внешне-запно Начинает КИВЭТЬ ГОЛОВОЙ и ЧТО-ТО бОрмотать Вслух, У этого человека вероятнее Всего:  
 А. Вербальные  
 В. Вербальные ИЛЛЮЗИИ  
 С. Вред преследования  
 д. ПРИпОминЗн КГ.ЮЙ идеи.  
 Е. Фантазии
3. 5 СЛЫШ “ГОЛОС бога” с неба. Что ЭТО?  
 А. Вербалы ИЛЛЮЗИИ  
 В. П бред.  
 С. |С11ннь ГалЛЮцц4Нац’  
 д. Боле: Н фантазии  
 Е. ПсеедогалЛЮц
4. Веду СИМШТОц астенического Синдрома:  
 А. Гиперест  
 В. Гипостез  
 С. Амнезия  
 д. ЭМОЦИональ Лабильность  
 Е. Нарушение Мышления
5. После 1 недели повышенной СОНЛИВОСТИ у больного с Энцефалит ПОЯВИЛИСЬ зрительные ГаллюциНац В виде бабочек, птиц, рыбок, Ваш диагноз:  
 А. Галлюциноз Платуа.  
 В. Галлюц Ван-Богарта.  
 С. Галлюциноз Гобека.  
 д. Галлюци Лермитга  
 Е. Галлюциноид
6. девочка после операции Видит медведя в Комнате, ВКЛЮЧИЛИ свет это кресло. Вид нарушения:  
 А. Галлюцинац  
 В. Вред.  
 С. дереализация  
 Д. Деперсонализация  
 Е. Аффективная ИЛЛЮЗИЯ
7. Больной СЛЫШИТ шум вентилятора И ЧЬИ-ТО Угрозы, брань, УпрёКи в вой адрес, Которые не Сливаются Вид нарушения:  
 А. Рефлекторнь галЛЮцинац  
 В. Функцион ГалЛЮцинаци

С. Вербал ИЛЛЮЗИИ

Д. инестетические галлюцинации

Е. дереализация

шизофренией испытывает зрительные с проекцией за его спину. Как они называются?

9. Больной ощущает увеличение всего своего тела, его жестости, чувствует себя “гигантом”. Это расстройство называется:

А. Тотальная аутометаморфопсия.

В. Иллюзия.

С. Вред величия.

д. Псевдогаллюцинация.

Е. Гиперестезия.

10. Раздражительная слабость является одним из основных симптомов:

А. Психорганического синдрома.

В. Астенического синдрома.

С. Амнестического синдрома.

д. Обсессивного синдрома.

Е. Игитохондрического синдрома.

11. у больного с гна укомой возникают простые зрительные галлюцинации.

Вид нарушения:

А. Галлюцинации Байярже.

В. Галлюцинации Кандинского-Клерамбо.

С. Галлюцинации Кальбаума.

д. Галлюцинации Шарля Боне.

Е. Галлюцинации Рыбальского.

12. Больной шизофренией “видит” внутри головы змею, ощущает все её движения. Что это?

А. Аделоморфные галлюцинации.

В. Сенестопатии.

С. Кинестетические галлюцинации,

д. Висцеральные галлюцинации.

Е. Экстракампийные галлюцинации.

13. Больной слышит голоса людей из-за окна дома, хотя вокруг никого нет. Вид нарушения:

А. Вербальные иллюзии.

В. Псевдогаллюцинации.

С. Вред преследования.

8. Больной галлюцинации

ваются?

А. Экстракампийные галлюцинации.

В. Аделоморфные галлюцинации.

С. дейтероскопические галлюцинации.

д. Гемиянопсихические галлюцинации.

Е. Стереотипические галлюцинации.



14. Больной при звуках музыки видит цветные круги, полосы, простые фигурки. Вид нарушения:
- Рефлекторные галлюцинации.
  - Аффективные иллюзии.
  - Функциональные галлюцинации.
  - Кинестетические галлюцинации.
  - Гипнопомпические галлюцинации.
15. дифференциальная диагностика ИСТИННЫХ и псевдогаллюцинаций включает все следующие критерии, кроме:
- Критерий социальной дезадаптации.
  - Критерий проекции.
  - Критерий социальной уверенности.
  - Критерий сделанности.
  - Критерий объективной реальности.
16. Как называется расстройство, при котором окружающие предметы отдаляются, а улица воспринимается бесконечно длинной?
- дисмегалопсия
  - Порропсия,
  - Макропсия.
  - Погипоипсия,
  - Метаморфопсия.
17. Как называется анестезия с отсутствием болевой и температурной чувствительности при сохранности proprioception?
- Истерическая.
  - Парциальная.
  - диссоциированная
  - Сегментарная.
  - Корешковая.
18. Как называются галлюцинации, возникающие после сильного душевного потрясения и отражающие психотравмирующую ситуацию?
- Доминантные.
  - Рефлекторные.
  - Стереотипные
  - Психические.
  - Аффектогенные
  - Болезненные фантазии.
  - Истинные галлюцинации.
19. Отличительный признак дереализации от аффективных иллюзий?
- Объективная реальность.
  - Отсутствие объективной реальности.
  - Отсутствие аффекта.
  - Наличие воображения.
  - Отсутствие критики.

20. Сенестопатические расстройства, наблюдаемые при всех следующих заболеваниях, кроме:

- А. Непрерывная шизофрения.
- В. Рекуррентная шизофрения.
- С. Инволюционный паранойд.
- Д. Приступообразно шизофрения.
- Е. МДП.

21. дереализация, деперсонализация, сенестопатии, иллюзия

- А. Бред.
- В. Вербегерация.
- С. Галлюцинации.
- д. дисфория.
- Е. Амнезия.

2.10. Задачи к главе II

9

Задача 1

Больной Р., 23 года, радиотехник. 3 года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из под мышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди “поводят носами”, отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова:

“Запах свиньи”. Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял бельё, но “запах” не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприят. ного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждает, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Установите синдромологический диагноз данному больному.

Задача Б2 2

На приёме в поликлинике молодой человек с жалобами на поверхностный сон, потливость, сердцебиение, слезливость, раздражительность, головные боли, трудность сосредоточиться, снижение памяти.

Состояние ухудшилось в течение года. После школы усилен но готовился в институт, поступил. Перед зимней сессией стал отмечать физическую слабость, потливость, плохой аппетит, раздражительность, обидчивость. Сон стал поверхностным, про сыпался от малейшего шороха, не может сосредоточиться, не запоминает материал, устаёт. Головные боли сжимающего ха характера - “как обруч сдавливает”. Со стороны внутренних орга нов патологии не обнаружено.

Синдромологический диагноз?

Тактика врача?

Задача Г4 3

Больная 36 лет. В отделении общительна, охотно рассказы вает о своих переживаниях. В различных шумах (шелесте бумаги, звуке льющейся воды,

шагах, телефонных звонках) слышит обращённые к ней слова и короткие фразы - “сиди “никуда не ходи” и т.д. Не может разобраться, слышит всё это она ушами или “мыслью”. Склоняется ко второму предположению, отказывается дать оценку “голосу”, не узнаёт мужской он или женский. Возникает он одновременно с воспринимаемым действительным звуком и исчезает с прекращением этого звука.

В пятнах, подтёках, трещинах стены видятся лица. Такие же лица и ни на что непохожие зверушки видятся на полу.

Зрительные образы плоскостные, беззвучные, неподвижные. Лица как будто без мимики, хотя больная знает, что больна и “кажется всё от болезни”, но о “голосе” говорит в третьем лице; “он ругается”.

Назовите симптомы психических расстройств.

Задача Р'і9 4

Больная с., 60 лет. 5 лет тому назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и её родственников, которые угрожали ей и хотели убить её и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение 5 лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выбраться из окна, называют её оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же угрозы. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсации сосудов. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Она охотно соглашается, что эти голоса имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за ‘по соседка хочет её убить.

Сформулируйте синдром.

ГЛАВА III

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ

### 3. 1. Медицинская психология памяти

Память — это психический очень интересный и значимый процесс, в какой-то мере таинственный. Этот процесс позволяет вести любую целенаправленную продуктивную деятельность, осуществлять общежитийское поведение.

Память это запоминание, сохранение, воспроизведение обстоятельств жизни и деятельности личности. Это отражение в сознании прошлого опыта, ряд сложных психических процессов.

#### 3.1.1. Физиологическая основа памяти.

Физиологической основой памяти является пластичность нервной системы — её свойство изменяться под влиянием воздействия, сохраняя следы этого воздействия. Высшей степенью пластичности обладает наиболее высокоорганизованная материя - клетки головного мозга.

Онтогенетическое развитие памяти реализуется с помощью системы ДНК — РНК — белок (вероятнее РНК-белок). Роль ДНК в механизме памяти до настоящего времени остаётся сомнительной. РНК же играет ведущую роль в процессе запоминания и сохранения информации. Согласно гипотезе Флекснера: запоминание запускает синтез РНК и продукцию белков. Индивидуальная память (“онтогенетическая” память) развивается последовательно. В начале научения избирательно синтезируются молекулы РНК, затем образуются функциональные синапсы для нового поведения (холино-, адрено-, серотонинореактивные биохимические системы в головном мозге), а затем на следующем этапе иезируют клетки рнк, определяющие функцию долговременной памяти, но РНК здесь играет промежуточную функцию. В длительном хранении информации играют роль белки, которые избирательно синтезируются и играют непосредственную роль в процессе сохранения информации для перевода следа из кратковременной памяти в долговременную необходим период до 30 минут.

### 3.1.2. Процессы памяти (граф. схема 5)

Память состоит из трёх процессов:

1. Запоминание (рецензия или импрегнация).
- ii. Сохранение (удержание, ретенция).
- iii. Воспроизведение (репродукция)

#### 1. Запоминание

1. Запечатление. Человек способен запомнить большое количество информации при однократном и кратком предъявлении материала. Эта характеристика присуща людям с феноменальной памятью (человек не читает, а фотографирует образ листа). Запечатление отражает эмоционально потрясающие события.

2. Непроизвольное запоминание - это запоминание информации в силу особенностей её предъявления или особенностей предъявляемого материала. Человек не ставит цель запомнить что-то. Непроизвольное запоминание отражает постоянно действующее повторяющееся событие. Так с года ребёнок запоминает слова родного языка, находясь в определённой языковой среде.

3. Произвольное запоминание — является ведущей формой запоминания у человека. Оно связано с необходимостью сохранять знания, навыки, необходимые для трудовой деятельности. Здесь ставится цель и внимание концентрируется на запоминаемом материале. Вариантом произвольного запоминания является заучивание. Оно может быть:

- а) дословным (при заучивании стихотворений, цитат);
- б) близкое к тексту. Заучивание опирается на основной материал. Человек использует при воспроизведении сведения из текста; оно допускает замену и пропуск слов и предложений при воспроизведении, но оно предполагает удержание в памяти логики, основного словарного фонда;

в) смысловое заучивание предполагает сохранение в памяти связи основных положений текста и связи между ними. Чем запоминает по смыслу, тем есть сущность материю характеру связей в запоминаемом материале выше и запоминание механическое и смысловое. Смысловое запоминание предполагает глубокое понимание материала. Физиологическая основа произвольного запоминания

развитие временных связей, преимущественно на уровне первой, произвольного запоминания — преимущественно на уровне второй сигнальных систем.

Некоторые закономерности запоминания

1. Зависимость запоминания от цели, которую поставил человек. Цель, более значимая эмоционально или практически, способствует более прочному запоминанию.

2. Зависимость запоминания от средства предъявления материала. Основным средством передачи знаний является язык, образы.

3. Зависимость запоминания от логической структуры материала.

4. Зависимость запоминания от организации процесса заучивания. Эта закономерность проявляется в продуманной последовательности заучивания и распределения заучиваемого материала во времени. Продуктивнее вернуться к материалу через 2 ч., чем читать подряд 2-3 раза.

5. В запоминание следует включать все виды памяти. Всегда следует опираться на зрение, слух и двигательную память.

6. Запоминая сложный материал, его следует воспроизводить вслух.

ii. Сохранение — более или менее длительное удержание в памяти сведений, полученных в опыте. Сохранение имеет две стороны: собственно сохранение и забывание. Обе эти стороны важны для личности. Вся ненужная информация забывается. Эти процессы подчиняются определенной закономерности и могут графически изображаться в виде кривой Эббингауза.

, и 1)1 а.

### III. Воспроизведение

Различают несколько уровней воспроизведения:

а) узнавание воспроизведение при опоре на восприятие объекта. Например, при подготовке к экзамену студенту достаточно бывает посмотреть на учебный материал одну-две минуты и он может его правильно воспроизвести. Это есть первый уровень воспроизведения.

б) собственно воспроизведение воссоздание материала не вызывающее затруднений и не требующее опоры на восприятие материала как бы сам всплывает в памяти

в) припоминание воспроизведение при котором в данный момент нет возможности вспомнить нужное, но есть уверенность что оно запомнено. Припоминание требует волевого усилия, а иногда и отвлечения от припоминаемой мысли. Ведущую роль играет опора на ключевое слово.

### 3. 1.3. Свойства памяти

Свойства памяти характеризуют Индивидуальные особенности мнемической функции личности:

Особенно интенсивно забывание идёт через 1-2 ч. По этому необходимо Повторять Материал но Спустя небольшое время После его ВОСПРИЯТИЯ Более Прочному сохранению Способствует активное Включение приобретенных знаний в деятельность Сохраняемый сознанием ОПыТ по стоян изменяется и Обобщает-

1. Объём памяти для совершенно нового материала и не имеющего смысла, равен магическому числу Мюллера 7 бит информации в единицу времени, которую люди обычно удерживают в памяти.

Опыт: испытуемому предлагают 10 слов иностранного языка. Если он называет 5 или 7 слов из 10, то человек обладает нормальной памятью, 4 слова — снижена память, 9 или 10 слов хорошая память.

2. Точность памяти - способность без искажения, в том же самых словах воспроизвести информацию.

3. Мобилизационная способность памяти - умение вспомнить нужный материал в данный момент.

4. Уверенность в правильности воспроизведения.

(с уровнем развития наблюдательности и внушаемости) Наблюдательный человек обычно более уверен в точности воспроизведения воспринятого, чем невнимательный, Внушаемый менее уверен в правильности воспроизведения, чем менее внушаемый. Целенаправленное обучение с установкой на долгое сохранение также способствует уверенному воспроизведению.

#### 3.1.4. Виды памяти

Существует несколько классификаций видов памяти.

1. Типы памяти. Индивидуальная способность к памяти человека называется типом памяти.

1. Словесно-логическая память (смысловая) — память на смысловые значения в речевой форме, логические схемы, математическую символику. Словесно-вид памяти связан со складом ума человека, склонного к философским обобщениям теоретическим рассуждениям.

2. Образная память (иконическая) — память на представления. Выделяют:

- а) слуховую память;
- б) зрительную;
- в) двигательную;
- г) тактильную;
- д) обонятельную;
- е) вкусовую;

3. Механическая память (непосредственная) при которой хорошо развито механическое запоминание.

4. Память (аффективная). Память в этом случае лучше функционирует при запоминании ярких, эмоционально окрашенных событий.

1. Классификация памяти по длительности хранения информации

1. Кратковременная память - срок хранения информации МИНУТЫ, часы, сутки.
2. Ультракраткая память (оперативная память) срок хранения информации доли секунд.
3. Долговременная память — срок хранения информации исчисляется годами.

### III Классификация памяти по сосредоточенности.

1. Непроизвольная память (не требует сосредоточения внимания).

2. Произвольная память (с сосредоточением внимания).

3.2. Психопатология памяти делится на четыре группы: (граф. схема б)

1. Гипермнезия.

2. Гипомнезия.

3. Амнезия.

4. Парамнезия.

1. Гипермнезия - это болезненное обострение или усиление памяти, за счёт повышения репродукции, основанной на случайных поверхностных ассоциациях. Вот по чему это болезненное состояние. Запоминание обычно не усилено, а усилена репродукция, Встречается у больных шизофренией МДП при маниакальных состояниях, в начальной стадии лихорадочного делирия.

2. Гипомнезия это ослабление памяти. Снижается как репродукция, так и запоминание, больные с трудом запоминают новое. Встречается при начальной стадии атеросклероза сосудов головного мозга (больной заводит записную книжку), при гипертонической болезни, на начальных этапах старческого слабоумия, при эпилепсии.

3. Амнезия ОТСУТСТВИЕ Памяти или Пробел ВОСПОМИ Нами на определённый Период времени

3.2 Классификация По времени По объёму

А Делятся на три Группы

В зависимости

а) Ретроградная амнезия — это ОТСУТСТВИЕ памяти на период времени непосредственно предшествующий началу Заболевания или болезненного СОСТОЯНИЯ Встречается В клинике Реанимации После ПОПЫТКИ самоповешения и После Травм черепа

б) антероградная амнезия это Отсутствие Памяти на Период времени непосредственно следующий за началом заболевания ИЛИ болезненного состояния Встречается при ЧМТ, при Заболеваниях с Остро наступившим Сопором, КОМОЙ

в) антероретроградная амнезия это Сочетание двух противоположных видов амнезии в динамике

а) Регрессирующая амнезия это вид амнезии который под воздействием времени ИЛИ Лечения подвергается обратному развитию Встречается при стрессовых Ситуациях Психогенно

б) стационарная амнезия Которая динамике не подвержена. ни Ухудшения ни Улучшения не Отмечается;

в) Прогрессирующая амнезия С течением времени и заболевания Отмечается Прогрессирующее Ухудшение памяти. Развивается по определённой закономерности ко торую Обнаружил В 18 Французский Психиатр Рибо. В Настоящее время эта закономерность носит название закона Рибо КОТОРЫЙ гласит: ОПУСТОШЕНИЕ запасов памяти При Прогрессе, амнезии Осуществляется в Строго определённой Закономерности. от НОВОГО к старому от ПРОСТОГО к СЛОЖНОМУ от События Недавнего, к Событиям давнему МИНУВШИХ дней. Встречается это расстройстве при Старческом Слабоумии При гневном Параличе;

г) Ретроградная амнезия, ТО есть запаздывающая амнезия БОЛЬШОЙ вначале всё Помнит что с ним было, но спустя полчаса-час или небольшой промежуток времени всё исчезает из его памяти. Встречается в су дебной-психиатрической практике после перенесенного сумеречного помрачения сознания.

### III. По объекту

а) аффективная амнезия. При этом виде амнезии события, которые имели для больного выраженную отрицательную окраску, вытесняются из памяти больных. Это события, связанные с психической травмой (катастрофы, стихийные бедствия);

б) истерическая амнезия. Встречается у людей с истерическими чертами характера и проявляется тем, что события, неприятные для больного, невыгодные, амнезируются;

в) скотомизация — это утрата памяти на определённые события. По сути своей ничем не отличается от истерической амнезии. Но у истеричных личностей этот вид амнезии называется истерической, а у всех остальных \* скотомизацией;

г) кататимная амнезия — это отсутствие памяти на события, связанные с лицами, неприятными для личности;

д) анэфория — это расстройство памяти, когда воспроизведение возможно лишь при упоминании о событии. Часто встречается у студентов;

е) фиксационная амнезия это потеря способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события;

ж) палимпсест (греч. соскоб на пергаменте) — человек не помнит отдельные моменты какого-либо события. Является ранним симптомом алкоголизма.

### 4. Парамнезии — ложные воспоминания

Выделяют четыре вида парамнезий:

а) псевдореминисценции — период амнезии больной заполняет событиями, имевшими место в его жизни, но в другой период времени;

б) конфабуляции — период амнезии больной заполняет вымышленными событиями, никогда не имевшими место в его жизни;

в) редуплицирующие воспоминания, или эхомнезии Это расстройство не связано с амнезией. Человек



передвигает СОБЫТИЯ Своей ЖИЗНИ во времени СОбытия действительно имели Место в его ЖИЗНИ, но в другой пе Риод времени Это расстройство Следует ДИфференциро Вать с сие 'ii;

г) Криптомнезии искаже памяти выраЖающи в ОСпаблении различия (ВПЛОТЬ ДО полного его исчезНоВе ния) ме Действительно происход шими событиями и событиями Увиденными ВО сне Прочитанными УслЫшан НЫМИ.

Э Синдр ПаТологии памяТи — Синдром Кор Сакова, пСихоорганический Синдром

Сю Корсакова (амнестический Сиидромо.. Комплекс) Психические расстройства ПРИ ЭТОМ Синдроме Определяются амнезией (фиксационно ретро-, антеро градной пРогРесСируюЩ амнестической ДеЗоРиенти Ровкой Конфабуляц Больные не Ориентированы в Месте, Времени не Запоминают окружающих лиц, не нахо дят СВОЮ Пала-гу, постель, не Знают, ели они или нет, что ели, не СПОСОБны запомнить ТОЛЬКО ЧТО Услышанное и уви денное Однако БОЛЬНЫЕ Удерживают в Памяти всё, что ПРОИСХОДИЛО до Начала болезни правильно Называют да ты, имена сохраняют Весь запас приобретенных Знаний Больные ОБЫЧНО МалоПОДВИЖНЫ ВЯЛЫ, у них наблюдаются аСтенические расстройства В виде Повышенной УтОМляе МОСТИ ИСТОЩаем Раздражительной Слабости Иногда бывает аффективная лабильность или Эйфория.

Психоорганический синдром (триада Вальтер..

БЮЭЛЯ);

1. СНИжение памяти
2. ОСлабление Понимания.
3. Нарушение аффективности

Выделяют четыре варианта психОорганического Син дрома:

1. АСТеническ
2. Эксплозивный
3. -ЭйфОрический
4. АпатИ

#### 3.4. Медицинская пёихология внимания

Внимание — это форма организации психической деятельности, обеспечивающая выделение в созна нии одних объектов отражения при одновременном отключении от других.

Различают несколько видов внимания:

1. Непроизвольное внимание сосредоточение вни мания без концентрации сознания на объекте в СИЛУ его ()сОбенностей как разДражителя, который должен быть бо нее сильным на фоне действующих. Имеет значение также новизна раздражителя, начало и прекращение действия Предметы, действующие как раздражитель, дС)ЛЖНЬ1 создать в процессе познания яркий эмоциональный тон.

2. Произвольное внимание — Это сознательная, регулируемая сосредоточенность на объекте, направляемая и регулируемыми требованиями действительности. Произвольное сосредоточение на объекте предполагает волевое усилие, которое и поддерживает внимание. Волевое усилие переживается как напряжение сил на решение поставленной цели.

3. Послепроизвольное внимание, при котором снимается волевое напряжение, необходимое при сосредоточении в произвольном внимании.

Послепроизвольное внимание — сосредоточение на объекте в силу его ценности для личности. Возникает на основе интереса, но ЭТО не заинтересованность, стимулированная особенностями предмета, а проявление направленности личности. Сама деятельность переживается как потребность, а её результаты лично значимы.

Зависимость внимания от направленности.

1. Внешненаправленное внимание (перцептивное). При этом объект внимания находится во внешнем мире.

2. Внутреннее внимание. Объектами внутреннего внимания являются ощущения, переживания, чувства, мысли.

3.4.1. Основные свойства внимания

1. Объём внимания. Измеряется тем количеством объектов, которое может быть охвачено весьма ограниченным отрезком времени.

количеством внимания в

2. Внимания. Выражается в том, что при любой деятельности человек может удерживать в поле зрения одновременно несколько объектов.

3. Концентрация внимания. Выражается в том, что внимание поглощено одним объектом.

4. Внимания. Проявляется в длительности сосредоточения его на объекте.

5. Внимания — это намеренный перенос внимания с одного объекта на другой. Осознанность отличает переключение от отвращения внимания. Отвлекаясь, человек меняет объект внимания произвольно переключая внимание, он ставит цель заняться чем-то или отдохнуть.

При характеристике личности, принято выделять невнимательных и невнимательных людей.

3.5. Психопатология внимания

Различают следующие расстройства внимания:

Рассеянность — нарушение способности длительно сосредоточиваться с ПОСТОЯННЫМИ переходами от одного объекта (явления) к другому, ни на чём не задерживаясь. Рассеянность часто бывает при утомлении при астенических состояниях и обычно сочетается с повышенной истощаемостью внимания.

“Невнимательность Учёного Сосредоточения на СВОИХ МЫСЛЯХ. Определяется высокой интенсивностью и трудной переключаемостью Внутринаправленного Внимания (“ПРИЛИПЧИВОСТЬ”)

‘ рассеянность» Характеризуется Слабой интенсивностью концентрирован  
внимания и ещё более Слабой его переключаемостью  
Повышенная отвлекаемость чрезмерная подвижность внимания, постоянный  
переход от одного объекта и вида деятельности к другому. Повышенная  
отвлекаемость Характерна для маниакального СОСТОЯНИЯ В ЭТОМ случае  
она сочетается с ускорением Мыслительных процессов.  
Инертность (малая ПОДВИЖНОСТЬ) Внимания — нарушение  
переключаемости или патологическая фиксация Внимания  
Апрозексия — полное выпадение внимания

### 3.6. Практические рекомендации по микрокурации больных с патологией памяти и внимания

1. Исследование памяти начинается уже с момента собирания анамнеза, также,  
как и исследование внимания.

2. Больному предлагают запомнить 10 слов. Затем подсчитывается количество  
слов, которые испытуемый воспроизвёл верно (юсле однократного или  
многократного (6-7 раз) предъявления. Затем просят повторить те же слова  
через определённые промежутки времени (15, 30, 60, 180 мин и т. д.).

3. Тест Бендера направлен на исследование эрительно моторной памяти.  
Испытуемый должен нарисовать предложенные фигуры по оригиналу, а затем  
по памяти, Тест включает в себя 9 таблиц, каждая из которых содержит  
определённые геометрические фигуры.

#### Практические рекомендации при исследовании внимания

1. Метод Вурдона больному предлагают в заранее зготовленном тексте  
вычёркивать или подчёркивать в разных вариантах определённые одну или  
несколько букв. Учитывают время, затраченное на выполнение задания,  
количество ошибок (пропуски или подчёркивания других знаков),

2. Исследование истощаемости внимания по Крепелину: - больному  
предлагают последовательно отнимать от 100 по 7 или по 13 с фиксацией  
времени выполнения.

3. Исследование активного внимания по Ф.Е.Рыбакову  
больному предлагают сосчитать без помощи пальцев, зеленые кружки в одном  
секторе, затем синие в другом. Если больной быстро и правильно сосчитал  
кружки в первых двух секторах, ТО можно предложить ему и красные кружки.  
Если же при подсчёте зелёных кружков возникают трудности, предлагают  
сосчитать кружки в верхних двух секторах. При оценке ответов необходимо  
учитывать правильно ли и как быстро решена задача.

4. Таблица Горбова. для исследования переключения внимания часто  
используется двухцветная таблица, где изображены  
в случайном порядке чёрные числа от 1 до 25 и красные от 25 до

1. Требуется попеременно отыскать одну чёрную цифру в порядке возрастания  
и одну красную — в порядке убывания.

5. Обнаружение отсутствующих деталей на изображениях. Больному  
предлагают рассмотреть изображения и назвать отсутствующие детали. Если

он не может самостоятельно решить эту задачу, следует помочь ему, указывая на отсутствующую-

ГЛАВА 1,

МЕДИЦИН ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ

4.1. Медицинская ПСИХОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

В процессе Ощущения, ВОСПРИЯТИЯ, представления Внешние явления Отражаются в нагляднообразной форме, в красках, величине особенностях движения. При Мышлении же человек познаёт не ТОЛЬКО ЭТИ Внешние Особенности Предметов и явлений, но и внутренние, Скрытые для непосредственного Познания, для ощущения и ВОСПРИЯТИЯ Особенности Предметов, Явлений и СВЯЗИ Между ними.

Мышление ЭТО Такая умственная деятельность человека, которая направлена на Наиболее Точное (Правильное) Полное, Глубокое и Обобщенное отражение (познание) действительности и на Осуществление более разумной практической деятельности человека

Мышление — ЭТО высшая форма отражающей Деятельности человека, Отвлечённое Обобщённое Познание явлений внешнего мира, Их Сущности и существующих Между НИМИ Связей.

Проблема Мышления является не ТОЛЬКО Одной из самых СЛОЖНЫХ, но и интересных Проблем Современной медицины и ПСИХОЛОГИИ Эта проблема привлекала к себе Внимание различных исследователей учёных в различных областях науки.

Мышление — ЭТО социально обусловленный и неразрывно связанный с речью Психический процесс в поисках ОТКРЫТИЯ существенно НОВОГО, Процесс опосредованного и обобщённого Отражения действительности в ходе её анализа и синтеза.

С ПОМОЩЬЮ мышления мы отражаем не только внешние, поверхностные признаки предмета или явления, но и отражаем его внутреннюю сущность.

Процесс мышления состоит из трёх фаз:

1. Возникновение проблемной ситуации. Её возникновение возможно при наличии когнитивного диссонанса, то есть человек должен понять, что он чего-то не знает и выразить желание познать это. Это выражается формулой: “Я знаю, что не знаю”.

2. Определение цели.

3. Решение проблемной ситуации и достижение поставленной цели.

Логически правильное мышление является залогом правильного решения проблемы. В процессе мышления участвует ретикулярная формация, которая обеспечивает тонус Психической деятельности вообще и мышления, в частности.

Восприятие и представление являются непосредственным условием и дают исходную информацию для процесса мышления.

В процессе мышления имеет значение также память, речь, воля, потому что необходимо приложить усилие, внимание.

#### 4.1.1. Операции мышления

Процесс мышления включает в себя несколько операций:

1. Анализ — это процесс расчленения предмета или явления познания на составные части. Эта первая операция мышления обусловлена предыдущим опытом. Анализ может быть отвлечённым и конкретным:

а) отвлечённый анализ — это расчленение на предполагаемые составные части;  
б) конкретный анализ проводится при наличии конкретного предмета (анализ крови).

2. Синтез это объединение составных частей в единое логическое образование или объединение элементов, составляющих объекты действительности либо представления о них, в единое целое. Симптомы объединяются в синдром.

3. На ЭТОМ Этапе ПРОИСХОДИТ сравнение (Сличение) ТОГО целостного Образования Которое Получи.. ли с анаЛОгичным о Котором мы знаем, читали наблюда. ЛИ, ТО есть усгАНовление Сходства и Различия в объект действительности Например, СИНДРОМ болезни сравниваю с классическим СИНДРОМОМ, Описанным в литературе

4 — выделение ТОГО Общего что ТИПИЧНО для МНОГИХ Объектов ДействиТе и Представлений о них, ТО есть то, что удалОсь Обнаружить ВыЯвить обобща.. ется ОДНИМ СЛОВОМ, ОДНИМ Понятием Устанавливается Клинический Диагноз

5 отвлечение ОТ Конкретных чувСтвенно Образных СВОЙСТВ Предметов и явлений: построение умозаключений на основе Накопленного Опыта, без Одновременно сОзерцан СоОтветствующей реальной Ситуации (т. е. Опосредованность Мышления), Является Залогом хо= рошего Клинического мышления Это такая Операция Мышления, Которая предполагает отВлечеНие от внешних, поверхностных СВОЙСТВ и характеристик познаваемого явления и Вскрытие его внутренней Сущности внутренних СВОЙСТВ, Качеств, параметров которые ПОЗВОЛЯЮТ Строить прогноз И далёкие перспективы

б. Конкретизация применение ТОГО ИЛИ ИНОГО обобщения или метода в конкретной Ситуации Например метод лечения, конкретно применимый к данному больному.

#### 4.1.2. Виды Мышления

Различают следующие виды мышления:

1. Нагляднодейственное мышление предметом мышления являются восприятия и представления характерно для детей 3-5 лет.

2. Мышление это мышление посредством представления характерно для детей 4-7 лет. Иногда остаётся на всю жизнь.

3. Абстрактно..цо Мышление включает в себя все операции мышления разновидностью его является клиническое мышление — это СПОСОБНОСТЬ врача Уметь так СКонСтруировать

механизм Причины Заболевания, ВОЗМОЖНЫЕ пути лечения и предупреждения болезни,

что реальное воплощение действительно избавит человека от болезни. Результатом мыслительных операций являются Понятие, Суждения, умозаключения.

Понятие есть мысль, в которой отражаются общие, существенные и отличительные специальные признаки предметов и явлений действительности.

Суждение - это отражение Связей между предметами или явлениями действительности, или между их свойствами и признаками. Суждения могут быть общими, частными, единичными.

Умозаключение — это такая связь между понятиями и суждениями, в результате которой из одного или нескольких суждений мы получаем другое суждение, извлекая его из содержания предыдущего.

4.2. Понятие о внешней и внутренней речи Мышление тесно связано с речью, которая может быть

внешней и внутренней. Внешняя речь — может быть устной или письменной.

Внутренняя речь — это мысли человека, обращённые к самому себе или отражение происходящих событий.

Характеристики речи:

1. Отчетливость.
2. Внятность.
3. Последовательность.
4. Плавность.
5. Модулированность.
6. Эмоциональный колорит.

Язык — главное средство общения людей. Общение — это взаимодействие двух и более людей, состоящее в обмене между ними информацией познавательного или аффективно-оценочного характера.

В процессе общения выделяют три её стороны:

- а) коммуникативную, заключающуюся в передаче информации;
  - б) интерактивную, взаимодействие людей;
  - в) перцептивную, взаимовосприятие
- Потребность в общении является одной из главных.

Аффелиация (англ. Affection означает СВЯЗЬ) — это потребность в общении, в эмоциональных контактах. Удовлетворение этой потребности вызывает чувство радости.

Фрустрация - это тщетное ожидание. Это психическое состояние, характеризующееся наличием стимулированной потребности, не нашедшей своего удовлетворения. Вызывает разочарование состояние тревоги, страх.

4.3. Психопатология мышления (граф. схема 7)

Психопатология мышления делится на:

1. Патологию ассоциативного процесса:
1. По темпу.
2. По стройности.

3. По целенаправленности.

И. Патологию суждения:

1. Бредовые расстройства.

2. Навязчивые идеи.

3. Сверхценные идеи.

4.3.1. Патология ассоциативного процесса:

1. По темпу:

а) ускорение темпа мышления — характеризуется повышением количества ассоциаций, образующихся за определённую единицу времени, то есть мыслей.

Мысли у больного образуются очень быстро и их количество быстро возрастает, больной начинает говорить очень быстро, ассоциации образуются посредством поверхностных связей. Речь больных громкая, быстрая, эмоционально окрашена. Встречается при маниакальном синдроме.

б) скачка идей (иногда резко выраженное ускорение мышления. Скорость образования ассоциаций очень быстрая. Больной говорит очень быстро, не договаривая одну фразу, начинает другую, перескакивает с одной темы на другую.

в) замедление темпа мышления, характеризуется уменьшением числа ассоциаций в единицу времени. Это отражается в речи больных — они отвечают на вопросы после паузы. Голос тихий, монотонный, эмоционально не окрашенный. Встречается при депрессивном синдроме. Особый интерес представляет ментизм — непрерывный и неуправляемый поток мыслей воспоминаний наподобие образов предстает и является ассоциативным автоматизмом встречается при синдроме Кандинского

2. По строй

а) Разорванность мышления предложения в речи  
бог грамматически построены верно но логический  
смысл в них отсутствует например больной говорит: <  
Лася осенью>.

мы выучи сегодня урока, потому что моя бабушка родилась

б) бессвязность мышления (инкогерентность при этой патологии предложения в речи больных и логически и грамматически построены неправильно в них отсутствует смысл речь больных состоит преимущественно из словесных и глагольных никак не связанных между собой встречается при амнезии

в) вербигер — это стереотипное монотонное повторение одних и тех же слов или коротких фраз. Встречается при кататонии например больной может много лет

но повторять следующие слова: “Мы летим мы летим

г) шперрунг (нем, блок) закупоривает мышления. Больной говорит и вдруг на полуслове замолкает а спустя некоторое время он вновь начинает говорить встречается при шизофрении

д) Обрыв Мышления Расстройство ТРУДНО ОТЛИЧИ мое от закупорк мышления 0 сопрово ся ОТчѣТливЫм Субьективнь переживани внезапного исчезновени НУЖНОЙ МЫСЛИ Больной замолкает от ТОГО что Теряет Мысль;

е) парало́гия (МиМоречь отве на ПостаВленнь,е ВОПРОСЬ, не по СУЩеству невПоПад обусловленнь актив НЫМ ИЛИ ПаССивнь, НеГативизмом Характерна ДЛЯ БОЛЬ НЫХ с бредом 3.По елеНапр

а) Обстоятель Мышления больные не могут Выделить главное от ВтороСТеПен Они застревают на малозначите Деталях Мелочах и тем самым оТКло йяются всё дальше и дальше от цели, к ответу ма ВОПРОСЫ идут окольным путём. Это расстройство характерно для больных эпилеПсией;

б) рево́нёрство — это бесплодное мудрствование, но ной МЫСЛИ нет. Больные многословны, используют цитаты. Рассуждения основаны на поверхностных, формальных амалогиях, но в результате этих “пустых” рассуждений больные ничего нового, в том числе и своего отношения к рассматриваемому вопросу, выразить не могут;

в) персе́рация — застревание в сознании одной ка кой-либо мысли или представления с монотонным их по вторением в ответ на вновь задаваемые вопросы, которые уже не имеют к первоначальным никакого отношения. В головном мозге возникает застойный очаг возбуждения;

г) симво́лизм — больной придает общеизвестным сло вам и понятиям новый смысл, нередко понятный ему од ному;

д) аутистическое мышление — все мыслительные операции связаны с внутренними переживаниями больно го. Характерно ДЛЯ больных шизофренией.

43,2. Патология суждения:

1. Бред.

2. Навязчивые идеи.

3. Сверхценные идеи.

4.3.3. Бред и классификация бреда

Вред — это неверное болезненное, ложное суждение, которое полностью захватывает сознание больного и не подцаётся коррекции и исправлению, несмотря на явное противоречие с действительностью (М .Л. Аграноаский). Вред бывает первичным и вторичным:

А. Первичный бред — это патология суждения. Это интерпретативный систематизированный бред толкования, который развивается по этапам.

Механизм бредообразования первичного бреда:

1 .Бредовое настроение. На этом этапе человек ещё далёк от высказывания бредовых идей. Но у него появля ется страх, нарастает эмоциональное напряжение, нару

шается сон, у больного появляется неустойчивое настрое ние, он становится подозрительным.



2 восприятие. Больной всё воспринимает по бредовому. Например, если зазвонил телефон, то это не случайно и имеет какой-то смысл.

3.Бредоее толкование. Больной всё истолковывает по бредовому. Например, если зазвонил телефон, то больной считает, что кто-то звонит для того, чтобы убе диться, дома ли он. Эмоциональное напряжение ещё больше повышается.

4 бреда На этом этапе начинает формироваться фабула бреда. На больного словно нахо дит озарение, он понимает, что его преследуют и успокаивается, так как знает кто и чего от него хотят.

5.Систематизация бреда. Больной начинает всё объединять в единую бредовую систему.

6.Этап преследуемого преследователя. Больной не ждёт пока мнимые преследователи нападут на него, а первым готовит нападение и осуществляет его.

Бред является явным признаком психического рас стройства.

Б. Вторичный бред возникает на основе патологии в другой сфере психической деятельности.

Образный бред возникает на основе патологии в сфе- ре чувственного познания (на основе галлюцинаторных переживаний больной высказывает бредовые идеи пре следования).

Аффективный бред развивается на основе патологии в аффективной сфере. При депрессивном синдроме боль- ной высказывает вторичные бредовые идеи самообвинения и самоуничужения. При маниакальном синдроме — бредовые идеи переоценки собственной личности.

Классификация бреда по фабуле (содержанию) (граф. схема 8):

1 .Бред величия (бред богатства, знатного происхожде ния, изобретения).

2.Бред преследования.

3.Бред самоуничужения.

Существуют также ещё две разновидности бреда:

1 .Резидуальный бред, то есть остаточный бред. Он отмечается после выхода из болезненного состояния, ко гда больной ещё высказывает остаточные бредовые идеи.

2.Индукцированный бред. По содержанию сходен с бредом у психически больного, возникает у здоровых лиц, находившихся в длительном общении с этим больным, В основном отмечается в малых семьях (например, у одинок их двух сестёр, проживающих вместе, одна из которых больна, а другая здорова).

Классификация бреда по масштабу

1 .Бред обыденных отношений, или бред малого размаха. Касается простых житейских проблем и ограни ченного числа людей (соседи, родственники).

Встречается при инволюционном параноиде.

2.Мегаломанический бред, или бред громадности.

Встречается при синдроме Котара. Масштабы бреда гро мадны.

Переубедить этих больных практически невозможно.

#### 4.3.4. Навязчивые идеи (обсессии), фобии

Навязчивые идеи (обсессии) (лат. захватывать, овладевать) это насильственное, непреодолимое возникновение у больных мыслей, желаний, влечений, страхов при сознании их болезненности и критическом к ним отношении.

Навязчивости делятся на:

1. Отвлечённые — бесплодное мудрствование. В галлюцинациях у больного возникают такие мысли: почему земля круглая, где у земли верх, а где низ, эритроманья — по стоянный счёт.

2. Образные навязчивости - навязчивое восприятие, антипатия, хульные мысли, овладевающие представления, навязчивые желания, действия, страхи. В настоящее время известно очень много разновидностей фобий (страхов). По меткому выражению Леви — Валенси они представляют собой «сад греческих корней и насчитывают в настоящее время более 350 наименований. Вот некоторые из них.

Агорафобия — страх открытых пространств;

Акарофобия — боязнь заболеть чесоткой

Антропофобия — боязнь толпы, невозможности из неё выбраться

Айхмофобия страх острых предметов;

батофобия — боязнь находиться под высоко лежащим предметом, который может упасть;

Вертигофобия — боязнь головокружения

Вомитофобия — боязнь появления омоты в присутствии людей

Гелиофобия — боязнь солнечных лучей, солнца

Гематофобия — боязнь чужой или своей крови

Гипсофобия — страх высоты;

Графофобия — боязнь писать

Зоофобия — боязнь животных;

Идрозофобия -- боязнь внезапно вспотеть в присутствии посторонних

Иофобия — боязнь отравления ядом;

канцерофобия — страх заболеть раком

Кенофобия — боязнь пустых помещений

Ксенофобия - страх перед незнакомыми лицами;

Клаустрофобия — страх закрытых пространств;

Клептофобия боязнь присвоения чужих вещей и сопутствующих краже возможных разоблачений, наказаний

Лалофобия — боязнь говорить в присутствии людей;

Лиссофобия — боязнь бешенства

аниофобия — страх сойти с ума;

еталлофобия — боязнь прикосновения к металлическим предметам;

Мизофобия — боязнь загрязнения

Мифофобия - боязнь сказать ложь, быть неверно понятым, извратить действительные факты;

Монофобия — страх одиночества  
 Некрофобия — страх трупа или упоминания о нём;  
 Неофобия — боязнь перемен, нововведений, вообще всяких изменений;  
 Никтофобия — боязнь темноты;  
 Нозофобия — боязнь болезни;  
 Пейрафобия — боязнь публичных выступлений;  
 там и;  
 Трискайдекафобия — боязнь числа 13;  
 Урофобия - боязнь почувствовать в неподходящий момент неукротимый позыв к мочеисп  
 Фобофобия — страх страха;  
 Хроматофобия — боязнь ярких красок, цветовобоязнь;  
 Эритрофобия (руброфобия) — боязнь красного цвета.

#### 4.3 идеи

Сверхценные идеи - это суждения, возникающие в результате реальных фактов и обстоятельств, но занимающих в дальнейшем несоответствующее их значению преобладающее положение в сознании. В основе лежат реальные события и обстоятельства.

#### 4.4. Бредовые синдромы (граф. схема 9)

1. Паранойальный синдром — этот синдром исчерпывается первичным систематизированным бредом толкования при отсутствии галлюцинаций и психического автоматизма.

2. Галлюцинаторно-параноидный синдром. К нему относится синдром К (сложный синдромокомплекс), состоящий из:

а) псевдогаллюцинаций;

б) бреда преследования или физического воздействия;

Петтофобия боязнь общества; Пирофобия — боязнь огня, пламени,

Сидеродромотофобия — боязнь передвижения по железной дороге в связи с возможностью

попасть в катастрофу;

Ситофобия страх перед принятием пищи;

Сифилофобия — боязнь заболеть сифилисом;

Танатофобия — страх смерти;

Тафефобия — страх быть погребённым заживо;

Тениофобия — боязнь заразиться кишечными паразитами

в) Психического автоматизма: ассоциативный автоматизм (СИМПТОМ

Открытости, ОТНЯТИЯ мыслей) и кинестетического автоматизма

(СИМПТОМ ОТНЯТИЯ движений) Сенестопатического автоматизма

(причинение боли неприятных Ощущений)

3. Парафренический Синдром — характеризующий бредом величия фантастического содержания, преследования, воздействия

4 Котара — это сложный БОЛЬШОЙ симгітом СОСТОЯЩИЙ из двух СИМПТОМОВ: депрессии и бреда Громад. ности. Выделяют три варианта ЭТОГО синдрома:

- а) Самообвинени и Самоуничужения БОЛЬ ут верждает что произойдет мировая катастрофа, солнце упадёт на землю, все люди погибнут, он останется один, будет Жить 10 000 лет и Мучиться за свои Грехи;
- б) Ипохондрический — содержит идею наличия у БОЛЬНОГО неизлечимой приводящей к Смерти болезни;
- в) НИгилистичесКИЙ Больной Говорит, что все его внутренности СГнили и он труп.

5 Капгра — включает в себя Следующие рас  
Стройства:

- а) Синдром Фреголи один и тот же человек Появляется в разных лицах;
- б) бред положительного и отрицательн дВОЙНика когда незнакомые люди гримируются под знакомых или наоборот;
- в) бред интерметаМорфозь этап развития Образного бреда характеризующи идеей Полного изменения ок ружающей обстановки превращен Предметов перево площения лиц.

45. Патолог речи:

Аграфия Потеря письменной речи;

Акатофазия - замещение слов, Необходимых дпя вы ражения Мысли сХодными по звучанию;

Алалия — утрата Способности Говорить или Невозмож. ность овладения речью;

Афазия — утрата Способности пользоваться словами, при сохранн артикуляции речи. Выделяют:

- а) моторную афазию — нарушение активной письменной и устной речи;
- б) сенсорную афазию — нарушение юнимания чи; в) амнестическую афазию забы названия предмета.

Брадикафия — замедление речи; Вербигерация — однообразная, стереотипная речь; дизлалия невнятная речь;

дизартрия - неспособность к правильной артикуля ции речи, неправильная запинаящаяся речь;

Заикание — нарушения плавности речи, в виде судо рожного расстройтва координации речевого акта;

Инкогеренция — бессвязный набор слов, состоящий из глаголов и существительных;

Косноязычие — неправильное произі-юшение какой- либо буквы:

- а) ротоцизм — буквы “Р”;
- б) лямбдацизм — буквы “Л”;
- в) гаммацизм — буквы “Г”;
- г) шепеля ность — буквы Ш”;
- д) сигматизм буквы “С”;

Криптолалия — создание больным собственного языка или особого шифра;  
Логоклония — спастическое, многократное повторение отдельных слогов;  
Логорея — очень быстрая, непрерывная речь с много словием;  
Мутизм — активный или пассивный отказ от речи, не мотивированное молчание;

Неологизмы — употребление больным новых изобретённых им слов;

Олигофазия — обеднение запаса слов;

Парафазия — проявление афазии в виде неправильно го построения речи;

Паралогия — миморечь, ответы не по существу; Символическая речь — придание словам нового особенного исключительного смысла;

Тахилалия — быстрая речь;

Шизофазия — резко выраженная бессвязная речь (по выражению Крепелина, “корзина со словами”);

Эхолалия — повторение услышанных от окружающих слов.

4.6. Практические рекомендации по микрокурации больных с психопатологией ассоциативного процесса:

1. При ускорении мышления: больной говорит быстро, громко, обращается со множеством вопросов, не дожидаясь ответа, перескакивает с одной мысли на другую, не завершая их.

2. При замедлении мышления: речь тихая, замедленная по темпу, используется мало слов. Больной сам с вопросами не обращается.

3. При разорванности мышления: предложения грамматически больной составляет правильно, но смысла в предложении нет, в речи употребляет новые слова, смысл которых известен только ему.

4. При бессвязности мышления: обратить внимание, правильно ли грамматически составлено предложение, имеется ли смысловая связь между предложениями, соответствуют ли речь и поведение больного его болезненным переживаниям (галлюцинациям и бредовым идеям).

5. При обстоятельности мышления: обратить внимание, отмечается ли у больного стремление к подробному изложению фактов, застревает ли он на мелочах, имеются ли вязкость, тугоподвижность, многословие, может ли отделить главное от второстепенного, какими путями приходит к результату мышления при ответе на вопрос (обходными, неэкономичными), затруднено ли переключение с одной темы на другую.

При бреде:

1. Уточнить причину госпитализации со слов больного. Обратить внимание на позу, манеру, выражение лица больного и его поведение.

2. Обратить внимание на:

- взаимоотношения больного с родственниками, соседями, окружающими;

- поведение больного в отделении (отношение к медицинскому персоналу и к другим больным). Нет ли подозрительности, старости, страха, отказа от еды, ввиду бредовых убеждений (отравления, колдовства);

- содержание бредовых высказываний;

- настроение больного в зависимости от содержания бреда (повышенное, пониженное);
- можно ли переубедить больного в неправильности его суждений;
- имеется ли критика к высказываниям;
- какие аргументы и доказательства приводит больной для подтверждения своих болезненных суждений.

#### 4.7. Тесты к главе iii

1. Бред лучше описывается как:

- А. Восприятие искажённого представления сенсорного образа.
- В. Ложное утверждение вечающее специфическим патологическим нуждам.
- с. Восприятие предметов или звуков, реально не существующих.
- д. Точка зрения, которая может быть изменена под влиянием очевидных доводов.
- Е. диссоциативная реакция.

2. Больной шизофренией считает себя главнокомандующим всеми вооружёнными силами Земли, 10-ти кратным Героем Мира, критики нет. Предпочтительный диагноз?

- А. Бред богатства.
- В. сверхценные идеи.
- С. Ипохондрический бред.
- д. Парафренный бред.
- Е. Резидуальный бред.

3. Навязывание больному чуждых ему мыслей или отнятие его мыслей, называется:

- А. Бред отношения.
- В. е
- С. фонтометрия.
- д. Ментизм.
- Е. Обсессии.

4. Определению бредовых идей больше соответствует понятие, что это:

- А. Нарушение грамматической структуры мышления.
- в. Нарушение содержания мышления.
- с. Нарушение логической структуры мышления.
- д. Нарушение стройности мышления.
- Е. гиперболизация фактов.

5. для синдрома Кандинского характерно всё, кроме

- А. эндогаллюцинации.

#### ГЛАВА У

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ И ВОЛИ. ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

#### 5.1. Медицинская психология эмоций

##### 5.1.1. Понятие об эмоциях, их основные функции и

Всем хорошо известны состояния радости, печали, гнева, апатии, злости - всё это и есть эмоциональные СОСТОЯНИЯ.

Эмоция (лат. *emovere* возбуждать) — это реакция в виде субъективно окрашенно-о переживания индиви дуума, отражающая значимость для него воздейст, зующего раздражителя или результата собственного действия. Иными словами, эмоции — это переживания индиви дуума отношений к самому себе и окружающей действительности.

Эмоции проявляются в выразительных движениях — мимике, пантомимике, интонации голоса.

Роль эмоций в жизнедеятельности человеческого орга- 1 изма трудно переоценить. Именно эмоции стимулируют другие психические процессы. Они активно влияют на процесс восприятия, мыслительные Процессы, память, являются источником психической энергии. В состоянии не- удовлетворения эмоции вызывают формирование стиму лированной потребности, а результате чего и возникает полевой акт, то есть играют непосредственное значение в изолевых процессах. Влияют на сознание (обморок при сильных эмоциях), на состояние внутренних органов, на

Качества

вегетативные Функции (“ОсТолбенел от неОжиданности ‘ от Стыща оОХОЛОдел от УжаСа’) Существ ное СВОЙСТВО ЗМОцИюНал СОСТОЯНИЙ ИХ ПОЛЯРНОСТЬ (Приятное - неприятное)

ФУнкции Эмоций

1. Сигнальная Функция Проявляется в ТОМ что пе Режи ВОзникают и изменяются В СВЯЗИ С ПРОИСХОДЯ

Щими изменениями в окружающей среде ИЛИ организме человека то есть Происходящие изменения в окружающем

Мире и организме в Первую очередь Отражаются на ЭМО ЦИОНальн состоя

2. Регулирующ Функция заключается В ТОМ, ЧТ Стойкие переживания Направляют наше Поведение Под держивают его, Заставляют преодолевать Встречающи ТРУДНОСТИ Преграды ИЛИ Мешают Протеканию деятельно.. с БЛОКИруй её, то есть Переживания яв ЛЯЮТСЯ МОщным СТИМУЛОМ для актиЕаци ПсихИческ Процесс они делают Наше Поведение и Деятельность более и Регулиру щая функция ЭМОЦИЙ Проявляется В ТОМ, что она предо храняет от развития ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ Срывов развития психопатологиче СОСТОЯНИЙ психОсОматИческ СО СТОЯНИЙ Например когда Имеется ИЗБЫТо ЭМОЦИОНА ГО Напряжения Реакция плача ПРИВОДИТ к ЭМОциона Разрядке.

Основные качества ЭМОций

1. УДОВлетвор ИЛИ неудовлетворен то есть ВСё, Что человек Делает Вызывает СОСТОЯНИЕ Удовлетворе.. НИЯ или неудовлетворени

2. НапряженИе или разрядка Это СПОСОБНОСТЬ к на коплеНию к развитию ЭМОциона Напряжения Од НОЙ СТОРОНЫ и его Разрядка — с дРугой.

3. ВОзбУЖДение ИЛИ Успокоенне Это Способность

СТИМУлировать ВОЗбу) цеНтраль нервной СисТе  
МЫ И Через неё все Жизненно важные Системы Организма  
с одной СТОРОНЫ и Вызывать их УСПОКОеНие (ТоРможение)  
С Другой.

4. Поляр ЭМОЦИИ Это СВОЙСТВО Проявляется единстве Противоречивых  
Чувств, определяется как амби валентность

5.1.2. Виды эмоций:

Все эмоции делятся на несколько видов:

1. По силе:

- а) слабые;
- б) выраженные;
- в) сильные;
- г) очень сильные.

2. По уровню:

- а) низшие связаны с удовлетворением или неудовлетворением биологических (физиологических) потребностей (в еде, жилище);
- б) высшие — связаны с удовлетворением или неудовлетворением этических, интеллектуальных, эстетических потребностей, Высшие эмоции иначе называются чувствами

3. По знаку:

- а) положительные;
- б) отрицательные.

4. Стенические и астенические:

- а) стенические эмоции действуют на организм возбуждающе, они повышают тонус психической деятельности, стимулируют деятельность всех внутренних органов и систем (повышают обмен веществ, АД, частоту сердечных Сокращений), повышают потенциальные возможности организма. К стеническим эмоциям относятся радость, надежда;
- б) астенические эмоции оказывают тормозное действие на организм человека, понижают его активность, тонус психической деятельности, ослабляют деятельность всех жизненно важных систем организма. К астеническим эмоциям относятся печаль, страх, апатия.

5. Осознанные и неосознанные эмоции.

6. Задержанные и незадержанные эмоции, зависящие от участия воли.

5.1.3. Эмоциональные состояния:

1. Настроение — это относительно длительное, устойчивое эмоциональное состояние, положительно или отрицательно окрашивающее все другие переживания и деятельность человека. В формировании настроения играют роль Социальные Факторы и внутренняя среда Организма ЧТОБЫ ГОВОРИТЬ о настроении ЭМОциональное Состояние ДОЛЖНО быть Стабильным и Относительно Прогнозируемым (не Менее Получаса) Настроение может быть Повышенным патологически Повышенным пониженным патологически Пониженным, радостным, сердитым, печальным, равнодушным,



2 Состояние — характеризуется Постепенным нарастанием Эмоционального напряжения

3 Это Сильное Стойкое и достаточно длительное Эмоциональное Состояние или чувство Порождающее Неослабную Энергию направленную на Достижение единой цели Или предмета Страсти Страсть Всегда Стеническое Чувство

4 - это кратковременная И бурно протекающая, чрезвычайно интенсивная Эмоциональная реакция Которая выраженными двигательными и вегетативными проявлениями (лат. а - двигательное Возбуждение) Аффект - это Эмоциональный Взрыв Возникающий В СВЯЗИ с волнующими событиями они Вызываются сильными психогенными Раздражителями (Словами, Поведением других лиц). более склонны к аффектам Холерики. Физиологической особенностью аффекта является освобождение подкорковых центров сдерживающего и регулирующего влияния коры. Различают два вида аффекта:

а) Физиологический Может быть как у Здоровых Так и Больных людей Физиологический Аффект Возникает в результате влияния на Личность человека длительных психогенно отрицательных Раздражителей Протекает при Ясном Сознании Поэтому Как бы Сильно он ни Проявлялся действия человека Подотчет ему, он контролирует свои поступки Осознает их. Следовательно волевой контроль за Своими Действиями Сохранен Хотя и ослаблен Люди совершившие преступление в состоянии Физиологического аффекта признаются виновными

б) патологический аффект Возникает внезапно под действием кратковременного но Неадекватного по силе раздражителя и Сопровождается выраженным Возбуждением. Однако автоматизированные действия сохраняются Патологический аффект характеризуется уже и знания или его помрачением, сопровождается (Явлениями) действиями и жестокими поступками. (Длится от нескольких секунд до нескольких минут, реже 'и') (Заканчивается глубоким сном (комой). По выходе из этого состояния воспоминания о преступлении не сохраняются (амнезия). У больных отмечается резкое психическое и физическое истощение, бледность лица. Лица, совершившие правонарушение в состоянии патологического аффекта, признаются невменяемыми..

5 — это состояние напряжения реактивности организма, возникающее у человека при действии чрезвычайно сильных или патологических раздражителей и проявляется в развитии адаптационного синдрома.

6 — состояние психики, возникающее у человека в результате осознания крушения надежд, невозможности достижения целей и сопровождающееся развитием подавленного настроения с напряжением и тревогой. Состояние фрустрации достаточно часто встречается в жизни человека и участвует в развитии невротических расстройств.

7 — ограничение информации и других в юшных раздражителей, вследствие чего затрудняется ориентация в окружающем мире и прогнозирование сво его поведения.

Состояние депривации приводит к внутриличноСтному конфликту, а затем к развитию фрустрации. В дальнейшем может произойти эмоциональное напряжение, а затем невроз или психоз.

депривация —+ интрапсихический конфликт —а фру— рация — защита—’ невроз или психоз.

8 — это беспредметное, отрицательно окрашен юе аффективное состояние у больного, сопровождаю цеся напряжённостью, чувством непосредственной опасности для жизни и разнообразными вегетативными нару- івениями. Близко к этому состоянию и состояние тревоги

это аффект ожидания какого-либо неприятного события.

Тревога и страх очень часто встречающиеся состояния. При любом заболевании у больного отмечается состояние іревоги и страха. По выражению Крихтен Миллера,

“каждый больной страдает своим заболеванием плюс страхом за своё здоровье и жизнь”.

5.1.4. Эмоциональные свойства личности:

1. Впечатлительность обусловлена всем складом личности человека и чаще всего его познавательным от ношением к предметному миру и окружающим людям. Обусловлена интеллектуальным развитием.

2. Отзывчивость — предполагает понимание пережи ваний другого человека.

3. Чёрствость — человек глух и безразличен к пережи ваниям окружающих, живёт только своей жизнью.

В зависимости от выраженности тех или иных эмоцио нальных реакций людей делят на натуры — эмоциональ ные, сентиментальные, страстные, холодные.

5.2. Психогіатология эмоций:

Расстройства эмоциональной сферы бывают первич ными и вторичными.

Первичные — это патологические изменения в эмоцио нальной сфере.

Вторичные это патологические изменения в эмоцио нальной сфере, но возникающие вследствие первичных нарушений в какой-либо другой сфере.

Например, при вербальных галлюцинациях неприятного, угрожающего, обвиняющего характера настроение снижается - галлюци наторно-депрессивный синдром.

Гісихопатология эмоций делится на две группы:

(граф. схема 10)

на:

1. Патология настроения.

2. Патология аффекта.

1. Патология настроения в свою очередь делится

а) гипертимические расстройства;

б) гипотимические расстройства;

- в) атимические расстройства;
- г) паратимические расстройства.

#### 5.2.1. Гипертимические расстройства:

Мания (с греч. гг — безумие страсть влечение)

- это неадекватно Повышенное Настроение СОПрОВОЖ дающееся Ускорением темпа ассОциАти Процесса и Двигательной активностью Является Одним из основных СИМПТОМО триады Маниа кального синдрома Встречается при рекуррентно ши зофрении Прогрессивном параличе, ЦИРКУЛЯТОрнь пси— хозах МДП.

2 (греч. еі — Хорошо оге Переносить) — это неадекватно повышенное настроение СОПровождАЮщ благодушием отрещённостью от Окружающего безмятеж. НОСТЬЮ, переживанием состояния полн физического и психического коМфорта

Это такое Состояние при котором больные находятся на пике блаженства когда всё Окружающее ВОспринима ется радостным и безмятежным БОЛЬНОЙ смотрит на мир сквозь розовые очки”. Все проблем, решаются сами со бой или отходят на задний план. Именно на Ос ЭТОГО состояния формируется психическая зависимость к нарко тикам, алкоголю Эйфория встречается при алкоголизме наркоманиях токсикоманиях при ОпУхолях Лобных отделов головного Мозга, при прогрессивном параличе старче ском слабоумии 3.Мори (греч, Гоогіа - Глупость) - ЭТО неадекватно по вышенное настроение с оттенком дурашливости сопроао Ждающеее неЛеПь,м Поведением склонн К Прока. зам, неуместным Шуткам каламбурам БОЛЬНЫЕ в ЭТОМ со стоянии Ведут себя как дурашЛивые дети неопрятны дви гательно активнь, кРивляЮтся прыгают Кувыркаются громко хохочут, строят рожи. Встречается состояние мо- рии в рамках гебефренического синдрома при юношеской злокачественной ШИзофрении

4 (греч. ехТабїз- иступлеНи восхищение) — это крайне Приподнятое настроение отреш от окружающего двигательной активностью или заторможенностью переживанием наивысшего блаженства и Характеризуется ПОЛНЫМ слиянием с объектоМ СВОИХ пе реживаний Встречается у больных эпилелсией, у религиоз ных Людей у которых Может быть религиозный Экстаз.

#### 5.2.2. Гипотимические расстройства:

1. депрессия (лат. с - подавлять, угнетать) — это неадекватно пониженное настроение, сопровождаю щееся замедлением темпа ассоциативного процесса И двигательной заторможенностью - Является одним из ос новных симптомов триады депрессивного синдрома. Встречается при МДП, рекуррентной шизофрении, цирку ляторных психозах.

2.-дисфория (греч. з - раздражение, досада) — ЭТО неадекватно пониженное настроение, с преобладани— ем тоскливо-злобного. Согривождается двигательной ак тивностью в виде агрессивных, разрушительных, бруталь— ных действий и поступков. В состоянии дисфории, испы тывая тоску и злобу, больные проявляют непереносимость к окружающим и по малейшему поводу

дают агрессивную реакцию, Встречается ЭТО состояние при эпилепсии, как эквивалент судорожного припадка.

Невыраженное состояние дисфории называется пзгоб

— это мрачное, сварливое настроение.

3. Ажитированная депрессия — это неадекватно по низенное настроение с выраженным оттенком тоски и тревоги. В отличие от классической депрессии не сопро вожцается двигательной заторможенностью, а наоборот СОПрОво)4(даетСя двигательной активностью и аутоагресси. ей. Эти больные неусидчивь, не находят себе Места за ламывают себе руки, громко рьщают пытаются поконч ЖИЗНЬ само Убийством и именно ЭТИМИ БОЛЬНЫМИ чаще со вершаются СУИЦИДальн ПОПЫТКИ Встречается это со Стояние в рамках инволю онной МелаНхолии

Табл. 3.

5.2.3. Атимические расстройства.

1. ЭМОЦИОналь нивелировка лёгкая Сглажен НОСТЬ ЭМОциональ реакций.

2 УПлощение — ЭМОЦИОнальн ре акции становятся невыраженными даже на Сильные раз— дражИтели

3. ЭМОциональ Оскудение выпаде или ис чезновение тех или инь прояюени при вяЗанностей

4 ЭТО Полное безразличие к себе, ОкруЖаю щим Лицам и СОбытиям

Отсутствие Желаний гЮБУЖЛений и безДеятельность

5 тупОсть то Полное Оглушение ЭМОцИональн сферьц, безразличие душевная Холод НОСТЬ, равнодушие Встречается ЭТО Состояние при пси зофрении

диагностика дисфории и ажитированной деПрессии

6. гсихическая анестезия (апе р5уcllca lolоgа) — мучительное переживание (ююьным утраты чувств. В СВЯЗИ С ЭТИМ больные пытаю йЮй(ОН- чить жизнь самоубийством. Также встречается при ШИ юфрении.

5.2.4. Паратимические расстройства:

1 .Амбивалентность — это одновременное сосущест вование двух противоположных чувств. Например, любви и ненависти к одному и тому же человеку.

2. Неадекватность эмоций - несоответствие эмоцио нальных проявлений к ситуациям. Встречается при ши зофрении. Например, во время свадьбы, когда все весе ляется, больной сидит и плачет.

5.2.5. Патология аффекта:

1 .Слабодушие — состояние эмоциональной слабости, лабильность в сфере чувств, при этом состоянии страдает волевой компонент Эмоциональной сферы. У больного ос лабляется способность владеть своими чувствами, иначе это состояние называется “недержанием эмоций”. Со стояние характеризуется неустойчивостью настроения, отмечается Повышенная слезливость, и часто —

сентиментальность. При просмотре кинофильма у больного быстро на глазах появляются слёзы умиления.

2. Эмоциональная лабильность - это быстрый переход от одного эмоционального состояния к другому, характеризуется постоянными колебаниями настроения. То есть больной быстро начинает плакать, а затем быстро успокаивается и тут же начинает смеяться.

Встречаются эти состояния при атеросклерозе сосудов головного мозга.

3. Страх — это чувство внутренней напряжённости, связанное с ожиданием угрожающих событий, действий и т. д.

5 Аффективные синдромы: (граф. схема 11)

5.3 Маниакальный синдром в своём классическом варианте включает триаду психопатологических симптомов:

а) повышение настроения;

б) ускорение темпа мышления;

в) усиление речедвигательной активности.

Повышенный аффект влияет на все стороны психической деятельности.

Внешний вид больных: кожные покровы гиперемированы, лицо розовое, глаза блестящие, на лице улыбка, болезненные неусидчивы, активно жестикулируют, чрезмерно следят за своей внешностью, на лице чрезмерно яркий грим, одежда яркая, причёска нелепая. Они охотно вступают в беседу, чувство дистанции у них снижено, голос громкий, эмоционально окрашен, часто поют песни, читают стихи, держатся с достоинством, кокетничают, полны радужных надежд, считают себя очень способными поэтами, учёными. Больные очень активны, деятельны, спят не более 3-4 часов в сутки. У них отмечается учащение пульса, повышенный аппетит. Идеи переоценки собственной личности могут перерасти в бред величия.

Настроение: беспричинно повышено, не соответствует самочувствию, больные всем довольны, находятся в превосходном расположении духа, ощущают бодрость.

Мышление: по темпу ускорено, при этом больные говорят без умолку. Мысли непрерывно сменяют одна другую, т. к. образование ассоциаций ускорено, они поверхностны, случайны, чаще по внешнему сходству и созвучию.

В связи с повышенной отвлекаемостью внимания болезненные в своей речи переключаются с одной темы на другую, фразы часто не закончены. Мышление иногда настолько ускорено, что развивается “скачка идей”, т. е. речь больного обрывается на половине предложения и становится бессвязной.

Двигательная сфера: больные постоянно находятся

в движении Создают обстановку Суеверия борются за спешные дела Стремятся к деятельности Приступают сразу к выполнению Многих задач но начатое дело до конца не доводят Поэтому их деятельность не продуктивна (двигательное возбуждение) Маниакального больного всегда адекватно Внешним Раздражителям и Ситуациям Они не бывают нелепыми хаотичными Поэтому его правильнее называть повышенным Стремлением к деятельности

Но В СВЯЗИ с большой отвлекаемостью Внимания ОНИ не завершают начатого дела,

Кроме классического маниакального Синдрома ВСтре чаются Также

- а) весёлая Мания хаРактеризующ Повышенным радостным настроением на фоне Слабо выраже Уско рения мышления и Повышенной деятельности.
- б) Спутанная мания ускорение мышления при ЭТОМ СОСТОЯНИИ достигает степени бесСвязности а повышение деятельности - беСпорядоч ВОЗБУ
- в) гневливая мания харак повышенным гневливым настроением гИРИДирчиво СТЫЮ Раздражи агрессивносТью БО КРичат, РУГЭЮТся, ЦИНИЧн ПО отношению к Окру жающи

Кроме ОТНОС простых Вариант Маниакального СИндРо СущеСтву и более Сложные его Варианты:

г) мания СИндРоМ - Сочетание ма ниакальног аффекта С Ос чувственным бредом пре следования ОСТРЫМ Фантастическим бредом;

д) Маниакальног СИндром Соче тание маниакального аффекта с галлюцинац

е) онейроидное маниакальное СОСТОЯние на фоне маНиакального состОян развивается Сновидное поМра чение сознания депрессивный СИНДРОМ

депрессивный Синдром характеризуется триадой сим ПТОМОВ:

- а) беспричи подавленное уГнеТённое настроение;
- б) замедление темпа мышления;
- в) двигательная заторможенность.

Внешний вид больного: больной выглядит іріік сіюих лет, неопрятен, поза скорбная, плечи опущены,

нова опущена на грудь, лицо землистого цвета, ілаііі;ы цель несколько Сужена, взгляд печальный. Харак симптом складки Вера-Гутта опущение наружіюй ре и верхнего века и симптом <омеги> — наХмуренные и сведённые к переносице брови. Глазные яблоки сухие, углы рта опущены, носогубные складки выражены, руки сложены на коленях, больной стремится сжаться, занягь как можно меньше места в пространстве. Всё ему кажется мрачным, ничто не радует, часто жалуется на чувство ви іальной тоски, боль за грудиной. больные слезливы, вы сказывают идеи самообвинения и самоуничужения, суици дальные мысли, пытаются покончить жизнь самоубийст вом. Отмечается общая гипотония мышщ, тургор кожи снижен, кожные покровы сухие. Сон нарушен, больные не могут заснуть, сон поверхностный, тревожный, с кошмар НЫМИ сновидениями.

Настроение: беспричинно подавлено, тоскливое.

Мышление по темпу замедлено На вопросы боль ные отвечают односложно, после неоднократного повторе ния, после паузы с большим опозданием, иногда ограни чиваясь лишь кивком головы, неразговорчивы, необщи тельны.

двигательная сфера: больные двигательно заторможены, целыми днями сидят или лежат в одной позе с приведёнными к 1-уловищу конечностями. Кроме классического депрессивного синдрома встречаются также (граф. схема 12):

- а) анестетическая депрессия - мучительное бесчувствие, переживание внутреннего опустошения, утрата любви к близким, исчезновение Эмоционального отклика на окружающее;
- б) ироническая (улыбающаяся) депрессия — сочетание улыбки с горькой иронией над своим состоянием с крайне угнетённым настроением и чувством полной безнадёжности и бессмысленности своего существования,
- в) слезливая депрессия — депрессия с преобладанием слезливости, недержания аффекта, чувством беспомощности;
- г) ноющая депрессия — депрессия с постоянными жалобами;
- д) брюзжащая, угрюмая депрессия депрессия с чувством неприязни ко всему окружающему, отрешённостью, раздражительностью и угрюмостью;
- е) астеническая депрессия сочетание депрессии с резкой слабостью, истощаемостью, гиперестезией;
- ж) адинамическая депрессия с преобладанием вялости, апатии, безучастия, общего снижения жизненного тонуса;
- з) тревожная депрессия - преобладание тревоги над аффектом тоски и тревожные опасения;
- и) агитированная депрессия является вариантом тревожной депрессии, но в этом случае двигательное беспокойство более выражено, сопровождается стоном, тревожной вербигерацией, самоистязанием;
- к) ипохондрическая депрессия выражается в высказывании больным о неизлечимой тяжёлой болезни;
- л) скрытая (маскированная, ларвированная, стёртая) депрессия это особый вид депрессии, который характеризуется не психической симптоматикой, а соматогетативными нарушениями, т. е. депрессия скрыта за мощным соматогетативным фасадом. Жалобы больного носят соматический характер. В настоящее время очень часто встречающееся, но к сожалению не всегда правильно и своевременно диагностируемое состояние. Больные долгое время лечатся у терапевтов.

Кроме вышеописанных синдромов, могут встречаться также:

- а) депрессивно-бредовой синдром депрессия сопровождается недепрессивным бредом. Например, бредом преследования;
- б) депрессивно-галлюцинаторный синдром - сочетание депрессии с галлюцинациями.

Нозологическая классификация депрессии приведена в граф. схеме 12.

При аффективных синдромах очень часто отмечаются соматогетативные расстройства (триада Протопопова, 1925)

1. Учаще Пульса
2. Расшире зрачков
3. Склон., к загіорам

Кроме того, могут отмечаться повышение или Снижение А/д гиперемия или бледность кожных Покровов Снйжение ТУрга КОЖИ, изменение аппетита дисменорея

#### 54. Меди циНска психодо,- ВОЛИ

Активность ЛИЧНОСТИ вызываемая естественными и КУЛЬТУРНЫМИ Материальными и духон потребностями и Приобретающая целеНаправле характер, Реализу ется в Разнообразных действиях с помощью КОТОРЫХ осу щесТвляет Преобразов человеком ОКРужающего Мира. Все эти действия МОгут быть подразделены на две категории: непроизвольные и ПРОИзвольные действия

Непроизвольные Действия — совершаются в резуль.. тате ВОЗникновения неосознаваемых ИЛИ недостаточно от Ч Осознанных побуждений Они имеют ИмПУЛЬСИВ.. ный характер, Лишены ЧётКого плана. Примером МОгут Служ ПОСТУПКИ человека в Состоянии аффекта расте РЯННОСТИ Страха.

Произвольные Действия предполагают сознание цели, предварительное представление тех операций ко торые МОгут обеспечить её Особую Группу произвольных действий составляют действия Которые на зываются волевыми Волевая деятельность заключается в том, что Человек ОСуществля власть над собой, КОЧтРоЛ собствеН.. ные неПРОизвольные Импульсы и в Случае необходимости подавляет их.

— это Сознательное И еленаПрав ре Гулирование человеком СВОИХ действий и ПОСТУПКОВ, Требующих Преодоления Внутренн и внешних Труд ностей. Воля Проявляется деятельности Человека деятельность — это активное взаимодействие Челове ка со средой дл достижения сознательно поставленной цели, Обусловленной потребностью

Виды деятельности — общение, игра, позіі уп труд.

Источником активности личности являются её іо ности.

Потребность — это состояние личности, выраЖ зависимость её от конкретных условий существованич, ко торые выступают источником активности личности.

По своему происхождению потребности могут быть ес тественными и культурными.

В основе естественных потребностей человека ле жат инстинкты. К ним относятся потребности в пище, пи тье, в существе противоположного пола, в защите от жары и т. д.

Культурная потребность — это потребность, которая отвечает требованиям общества в котором он живёі, соот ветственно принятым в этом обществе вкусам, оценкам, а главное — мировоззрению.

По характеру своего предмета потребности могут быть материальными и духовными.



Материальная потребность - это зависимость чело века от предметов материальной культуры (потребность в пище, одежде, жилище, предметах быта и т. д.)

духовная потребность — это зависимость от продук тов общественного сознания (поделиться с другими мыс лями и чувствами, читать книги, газеты, журналы).

вия.

5 Основные функции воли:

1. Побуждает к действию.
2. Активизирует или тормозит уже имеющиеся дейст-
3. Организует, контролирует и направляет умственную деятельность.
4. Подчиняет другие мотивы.
5. Определяет выбор средств, способов и путей для достижения цели.
6. Контролирует произвольные импульсы и врож дённые рефлексy.
7. Помогает осуществлять власть над собой.
8. даёт осознание свободы действий.
9. Регулирует адаптацию сегодняшнего дня в Соответ СтВИИ с отдалённь,ми и конечными целями. Ю.Тормозная функция воли.

Все волевые Действия делятся на два вида:

а) простое которое состоит из постановки цели и ис пол нения;

б) Сложное, которое СОСТОИТ из нескольких этапов.

5.4.2. Анализ СЛОЖНОГО волевого действия:

1-й этап - ПОСТАНОВКа цели. Сначала на этом этапе возникает потребность в чём-либо Которая является МО ТИВОМ к деятельности её Чувственному переживанию Ак тивная роль потребности Выражается стремлением, Кото рое проходит три фазы:

1. Влечение - человек ещё не знает, чего он хочет, испытывает неудовлетворённость СВОИМ настоящим со стоянием
2. Желание - человек Понимает, чего он хочет, но не знает как Этого достичь
3. Хотение - человек знает чего он хочет и как этого достичь.

2-й этап - Мотивация, пережи вание. Это осознание потребности Начинается следую щая фаза - борьба МОТИВОВ Эта фаза характеризует ре шительность (решительные люди быстро Проходят эту фа зу). Заканчивается ЭТОТ этап Принятием решения, то есть Происходит разграниче одного желания от другого и таким образом создаётся идеальный образ цели, а также выбор наиболее приемлемого и адекватНО пути для дос тижения этой цели.

3-й этап - Планирование Человек должен в уме со вершить предполагаемое действие учесть все Трудности и сложности ТО есть создать алгоритм бУдущего действия.

4-й этап - исполнеНие Это преодоление внешних и внутренних Препятствий для достижения цели.

Любой волевой акт совершается при большем или меньшем Напряжении то есть Волевым Усилии. Человек должен ПРИЛОЖИТЬ волевое Усилие, проявить активность Учьсть при использовании повторного волевого акта.

5-й этап - критическая оценка совершённого действия. Если результат не был достигнут, (10 Сжщүі ІЦН) анализировать, что было неверно - неверно поставлена цель или выбраны неверно пути и средства для ДОСТИЖЕНИЯ цели. Человек не должен совершать две одинаковые ошибки. Если человек совершает две или более ОДИН вые ошибки, ТО ЭТО свидетельствует о его недостающю высоком интеллекте.

#### 5.4.3. Волевые качества и свойства личности

1. Целеустремлённость - волевое свойство личности, проявляющееся в умении ставить и достигать общественно значимые цели.

2. Решительность - волевое свойство личности, которое проявляется в быстром и продуманном выборе цели, определении способов её достижения. Оно свидетельствует о высоком уровне развития воли.

Раздвоенность мыслей, чувств - характерная особенность нерешительного человека. У него не хватает сил побороть противоречивые мысли и чувства, направить их в какое-то определённое русло. Всё это приводит к тому, что человек упускает время, а потом, когда всё-таки оказывается перед необходимостью сделать выбор, хватается за первую попавшуюся, может быть даже самую худшую цель. Нерешительность проявляется и в том, что человек, не продумав, не взвесив, принимает поспешное решение. В этом случае он торопится избавиться от неприятного ему состояния напряжения, которое сопровождает выбор цели.

3. Настойчивость - волевое свойство личности, которое проявляется в способности длительное время направлять и контролировать поведение в соответствии с намеченной целью.

4. Выдержка - волевое свойство личности, которое проявляется в способности сдерживать психические и физические проявления, мешающие достижению цели.

5. Самостоятельность - умение по собственной инициативе ставить цель, находить пути её достижения и практически выполнять принятие решения. У самостоятельного человека сильно развита критическая сторона сознания, но это не значит, что такой человек отвергает всякие предложения, советы, указания. Он учитывает их, но предельно взвешивает их ценность.

6. Внушаемость - противоположное самостоятельности свойство. Люди, отличающиеся внушаемостью, не могут по собственной инициативе начать и закончить более или менее сложное волевое действие. Они проявляют активность в том случае, если получают указания, распоряжения, совет.

#### 5.5. Психопатология воли и моторики: (граф. схема 13)

##### 5.5.1. Патология воли

Гипербулия - это повышение инициативы и стремления к деятельности.

Гипобулия - это понижение инициативы и стремления к деятельности.

Абулия - это полное отсутствие стремления к деятельности.

Парабулия - это извращение стремления к деятельности. Проявляется в виде импульсивности, вычурности, неадекватности (противодействие к внешним воздействиям).

### 5.5.2. Патология моторики

Гиперкинезия - повышение произвольной деятельности. Встречается при всех состояниях возбуждения.

Гипокинезия - понижение произвольной деятельности.

Акинезия - отсутствие произвольной деятельности.

Встречается при психомоторном ступоре

Ступор - это полное мышечное оцепенение, сопровождающееся обездвиженностью.

Патология двигательного волевого сфера:

1. Синдромы психомоторного торможения;

2. Синдромы психомоторного возбуждения.

1. Синдромы психомоторного торможения:

1. Кататонический ступор проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и молчанием. Повышение мышечного тонуса начинается с жевательных мышц, затем переходит на шейные, далее на мышцы плеч, предплечий кистей рук и ноги. Прикосновение, уколы, термические раздражения не вызывают никаких реакций.

Для кататонического ступора характерны несколько симптомов:

1. Симптом дюпре (СИМПТОМ «воздушной подушки» - при лежании на спине часами, а иногда и сутками, голова остаётся приподнятой над подушкой).

2. Симптом «позы эмбриона» - больной лежит во внутриутробной позе эмбриона,

3. Симптом «хоботка» - губы больного сложены в трубочку и вытянуты вперёд.

4. Симптом «капюшона» - подол своей рубашки или куртки (халат) больной накидывает на голову в виде капюшона.

5. Катаlepsия - Восковидная гибкость больному можно придать любую форму и он длительное время её сохраняет.

6. Симптом Бернштейна - если больному с поднятой вверх одной рукой, насильно поднять другую, то первая - медленно опускается.

7. Мутизм - немотивированное молчание.

8. Симптом Павлова - на вопросы, заданные шёпотом, больной может давать односложные ответы.

9. Симптом Бумке - отсутствие реакции зрачков на сильные болевые раздражители.

Различают несколько вариантов кататонического ступора, которые могут развиваться у одного больного по этапно:

а) ступор с явлениями ВОСКОВОЙ Гибкости (катаlepsия);

б) негативистический ступор - полная обездвиженность нос-гь больного, причём любая попытка изменить позу, вы зывает резкое напряжение мышц с противодействием;

в) ступор с оцепенением резчайшее мышечное на пржение, при котором больные постоянно пребывают в одной и той же позе.

2 психогенный ступор - возник в от вет на психотравмирующую ситуацию (испуг, горе, страх). Возникает мышечное оцепенение с обездвиженностью и исключением речи.

3.депрессивный ступор - двигатели бяз; ность при депрессии выражена настолько СИ)ЫН), Чю дос тигает степени ступора. Преобладает чуисню оски. Ха рактерна страдал ьческая, застывшая мимика.

4.Апатический ступор - сочетание обездвиженсосоі с полным безразличием к окружающему и самом себе

1. Синдромы психомоторного возбужден 1 .Кататоническое возбуждение - э ванное бессмысленное двигательное возбужде Отме чается паратимия и диссоциация мимики, то ес ь несоот ветствие мимики господствующему аффекту. больной все гда активный, отмечается двойственность чувств, ивкоге ренция, вербигерация, мимоговоревие, шгкэррунг, эхола лия, эхопраксия (повторение жестов и движений окру жающих людей), активный негативизм, выражающийся в отрицательном отношении больных к тем, кто пытается вступить в контакт. Так, например, если больному дают есть - он отворачивается или хватает ложку и выбрасывает её. Импульсивные действия совершаются без контроля сознания, характеризуются внезапностью и стремитель— ностью, немотивированностью и бессмысленностью Боль ные агрессивны, внезапно вскакивают, куда-то бегут, впа- дают в ярость, застывают, вновь становятся возбужденны ми.

Выделяют несколько вариантов кататонического возбу- ждения, развивающегося у больного поэтапно:

Растрянно-патетическое возбуждение - больные принимают театральные позы, поют, на лице преобладает выражение восторга, экстаза. Речь непоследовательная. Возбуждение может прерываться эпизодами ступора.

Импульсивное возбуждение - больные совершают неожиданные поступки, агрессивны, внезапно вскакивают, куда-то бегут, стремятся ударить окружающих, впадают в неистовую ярость. для них характерны эхолалия и верби герация.

Гебефреническое возбуждение - характеризуется дурашливостью, гримасничаньем, нелепым, бессмыслен ным хохотом. Больные прыгают, кривляются, неуместнс шутят.

Немое (безмолвное) возбуждение - хаотическое; бессмысленное, нецеленаправленное возбуждение с аг рессией, ЯРОСТНЫМ сопротивлением. Варианты кататонического синдрома по признаку пом-, рачения сознания:

Онейроидная кататония - кататоническое возбуждение сопровождается онейроидным помрачением сознания.

Люцидная кататония - это состояние, когда онейроидное помрачение сознания сменяется <светлыми люцидными окнами, при этом кататоническая симптоматика полностью исчезает.

2. Маниакальное возбуждение - чрезмерное стремление к деятельности с незаконченностью и немотивированными переходами от одного вида деятельности к другому.

3. Эпилептическое возбуждение - двигательное возбуждение, при дисфории или сумеречном помрачении сознания в рамках эпилептической болезни.

4. Галлюцинаторное возбуждение - психомоторное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих, угрожающих галлюцинаций.

5.6. Психопатология, злечений:

Анорексия - отсутствие аппетита, чувства голода.

Булимия - патологически повышенный аппетит.

Копрофагия - извращения аппетита.

Полидипсия - неутолимая жажда.

Патология полового влечения:

Сатириазис - повышенное половое влечение у мужчин. Имфомания - повышенное половое влечение у женщин.

Импотенция - ослабление, отсутствие полового влечения у мужчин.

Фригидность - ослабление, отсутствие полового влечения у женщин.

Перверсии - извращения полового влечения.

Импульсивные влечения:

дипсомания - патологическое влечение к запоям.

дромомания, пориомания, вагобандаж - патологическое влечение к бродяжничеству

Пиромания - патологическое влечение к поджогам,

Клептомания - патологическое влечение к воровству.

5.7. Практические рекомендации по Икрокурации больных с психопатологией эмоционально-волевой сферы

а) с маниакальным синдромом:

Обратить внимание:

1. На внешний вид больного (блеск глаз, чрезмерно яркий грим, нелепая причёска, одежда, наличие чрезмерных украшений).

2. На МИМИКУ и пантомимику (оживлённость, манерность, актёрская естественность, активные движения). Больные стремятся к деятельности, но начатого дела не доводят до конца, встают рано, занимаются физ. зарядкой, будят других больных.

3. На коммуникабельность: чрезмерная общительность с ок ружающими. Эти больные быстро и легко вступают в контакт, делают всем замечания, не ждут вопроса, сами начинают бесе ду,
4. На настроение: настроение повышенное, не соответствует самочувствию семейным и служебным обстоятельствам Боль ные всем довольны, находятся в превосходнОМ расположении духа, ощущают бодрость прилив энергии, им чужда утомляе мость.
5. На тембр голоса: охрипший громкий. Интонации голос сатетические театральные.
6. На отношение больных к серьёзным неприятностям (ні реагируют или отвечают слабой реакцией);
7. На то, как тратят деньги, какие делают покупки, часто л тратят деньги, делают ли ненужные покупки
8. На повышенную сексуальность
9. На то, как относятся к делам сослуживцев, начальств предлагают ли им изменить систему работы, вмешиваются ли дела сослуживцев делают ли замечания.
10. На ускорение темпа мышления: больные становятся мні горечивыми, говорят без умолку, отчего голос становится хри лым, поют песни, интересуются стихами. По просьбе окружа щих, а иногда и ПО собственной ИНИциати поют песни, читают СТИХИ
- 11 На изменчивость отвлекаеМость внимания Часто внима ние БОЛЬНОГО привлекают яркие вещи, новые лица. дать 6 му Прочитать какой-либо текст и проследить часто ли он отвле кается во время чтения
- 2Ка оценку своей ЛИЧНОСТИ Считает ли он себя СПОСОБНЫМ имент ли желание Сменить Профессию собирается ли пРосгіа нять себя,
- б) ю депреСси Синдро
- Сра внимание на;
- еид больного цвег КОЖНЫХ ПОкровов (бледные, с цианогич теМпера тела на Ощупь, особенно (Об
- 2 Лица (Скорбное губы ПЛОТНО сжать' Углы рта сПушень брони СдВИКУТЫ; к Переносице СИМПТОМ Складки Ве ра -Гутта).
- 3.Гіозу БОЛЬНОГО ( как он держится во время беседы, Смотрит ЛИ собеседнику в Глаза, держит ли голову Прямо или она Опуще на на Грудь)
- 4 БОЛЬНОГО с окрУжающими (Общителен или нет, имеет ли желание беседовать, отвечает ли на Заданные Вопросы)
- 5.Тембр голоса (речь тихая, Монотонная без МоДУЛЯЦИЙ) 6.Как Проявляется тоска, в какое время дня Усиливается 7 Мышление БОЛЬНОГО: темп, имеются ли бредовые идеи, ка кого содержания, имеются ли МЫСЛИ О Самоубийстве Из беседы с мед. персоналом ВЫЯСНИТ6 Поведение БОЛЬНОГО в Отдел
- 1 Сколько време он ПРОВОДИТ в постели?
- 2.Рано ли вСтаёт с Постели?

3. длительность сна.

4 ли полезным трудом отделении?

6. Имеет ЛИ среди больных подруг, товарищей с КОторыми делиТ(я СВОИМИ Переживаниями?

6. Как он Относится к телепередачам интересуется ими или нет?

7 ИЛИ нет?

8 ли у БОЛЬНОГО Суицидальн попытки

Необходимо также обратить внимание на соматовегетатив ные

РАССТРОЙСтВа. Сухость ХОЖНЫХ Покровов ЛОМКОСТЬ ногтей,

выпадение Волос, замедление пуЛЬса, заПорь' у женщин нару шение

меНструального Цикла - часто аменорея, снижение аппе тита, Повышение А/д.

1. Варианты простой мании все нижеследующие, кро

А. Весёлая.

В. Гиевливая

С. Циркулярная.

д. Спутанная.

Е. Акинетическая.

2. Назовите основной симптоы эндогенной депрессии:

А. двигательная заторможенность.

В. Складка "Омеги".

С. Замедление мышления.

Д. Симптом Вера-Гутта.

Е. Витальная тоска.

3. Во время осмотра больной бессмысленно кривляется, гримасничает, немотивированно смеётся, вьвсказывает плоские шутки, кувырка ется, нападает на окружающих. О каком состоянии идёт речь?

А. Кататоническое возбуждение.

В. Кататонно-гебефреническое возбуждение.

С. Маниакальное возбуждение.

д. Гебефреническое возбуждение.

Е. Маниакально-гебефреническое возбуждение.

4. Нозологи ческая классификация депрессий включает всё следующее, кроме:

А. Шизофреническая.

В. Реактивная.

С. Невротическая.

Д. Органическая.

Е. Ажитированная.

5. Что не соответствует перечисленному ряду:

А. Мания.

В. Мория.

С. Эйфория.

д. Экстаз,

Е. дисфория.

6. В структуру маниакального синдрома входят:

1) повышенное настроение, 2) ускорение темпа мышления, 3) двигательная активность, 4)...?

А. Гиперрефлексия.

В. Идеи переоценки собственной личности.

5.8. Тесты к главе (

ме:

С. Аффективные иллюзии

д. Вербигер

Е. Вред величия

7. БОЛЬНОЙ аСсиг Двига тельно зато РМ ожен, на Строение Снижено олаксив Тихим, ГОЛОСОМ СООбщиВ, ЧТО СЛЫШИТ “ГОЛОС” Друга в голове КОТОРЫЙ его руга ОБН СИНДРОМ?

А.

В. Синдром Кандинского)

С. Параноидный

д. депрессивног

Е. Галлюцинатор

8. При каких НОЗОЛОГИ ческих формах ВОЗМОЖНО Разви тие КЗтатОничеСкОго СИНдрома: 1) МдП, 2) ШИЗофрения 3) симптоматиЧесКие ПСИХОЗЬ,, 4) ОрГа Нические ПСИХОЗЬ, 5) прогрессивный пара 6) ИНВОЛЮцИю меланхолия.

А. 1,3,5.

В. 2, 3, 4.

С. 3, 5, 6.

д. 2,4, 6.

Е. 1,2,3,4

9. 42 жен щина, Которая недавно Овд овеЛа в те Чение последнего Месяца Жалуется на Очень плохое на строение, потерю веса на 8 кг, Сонл Суи ЦиДальн МЫСЛИ СИНДРОмологичес диагноз?

А. дИСморфомания

В. Сомноленция

С. депрессия

Д. Ситуац реакция

Е. Патологии нет.

10. двигатеЛЬНОе и речещ возбуж с Нелепь,, манерНО..ДуРашли поведением на фоне Немотивиро В8ННОЙ весёлости СИНДРОМ?

А. Маниакальное Возбуждение

В. Галлюцинатор Возбуждение

С. Кататоническое ВОЗбу

Д. Параноц возбуждение

Е. Гебефреническое Возбуждение



11. для ката Тонического Ступора характерно всё, кро ме:

А. Симптом Бумке

В. Каталепсия

С. ЭХопраксия

Д. Симпто Павлова.

Е. Симптом “воздушной подушки” (симптом дюпр 12. У женщины 57 лет с

атеросклерозом со ,Оіц)П

ного мозга при просмотре кинофильмов легко ,юзник;,юі слезы, умиление. Вид расстройства?

А. Эмоциональная лабильность.

В. Неадекватность.

С. Слабодушие.

д. депрессия.

Е. Эмоциональное обеднение.

13. для маниакального синдрома характерно всё, кро ме:

А. двигательная активность.

В. Повышенное настроение.

С. дезориентировка.

д. Переоценка собственной личности.

Е. Ускорение темпа мышления.

14. Что вызывает депрессию:

А. Метилдопа.

В. Цефедрин.

С. Сиднокарб.

д. Кофеин.

Е. Кокаин.

15. Во время свадьбы дядя жениха (больной шизофре нией) уединился и громко плачет без всяких на то основа ний. Что это?

А. Амбивалентность.

В. Слабодушие.

С. депрессия.

д. Эмоциона.аяная лабильность.

Е. Неадекватность.

16. При кататоническом возбуждении не бывает:

А. Парамимии.

В. Эхопраксии.

С. Мутизма.

д. Вербигерации.

Е. Эхолалии.

17. Выраженная смена настроения с резкими колеба ниями от повышенного до бюниженного - это:

А. Эмоциональная лабильность.

В. Слабодушие.

С. Эмоциональное обеспокоение.

д. Апатия.

Е. Эмоциональная тупость.

18. Беспочвенно Повышенное благодушное настроение с беззаботной беспечностью (ОТС)/Тщательным интеллектным.. ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДВИЖНОСТИ и склонности к Деятельности - ЭТО:

А. Эйфория.

В. Мания.

С. Экстаз.

Д. Мория.

Е. дисфор

19. При аффективном Синдроме Наблюдаются Следующие Соматические вегетативные нарушения кроме:

А. Расширение зрачков.

В. Тахикардия Или брадикардия

С. Нарушение менструального Цикла.

д. Тошнота и Рвота

Е. Склонность к запорам

20. Всё бывает При Депрессии, КРОМЕ:

д. двигательная заторможенность

В. Замедление Темпа Мышления

С. Снижение памяти

д. Снижение настроения

Е. Идеи Самообвинения

5 Задачи к главе 1(

?

Задача Г 1

Больная МТ. 58 лет. Заболевание началось 4 года назад Появилась вялость бессонница беспочвенная Тревога В течение последнего месяца Тревога Усилась, понизилось настроение, появились МЫСЛИ о Самоубийстве В отделении больная Выглядит старше своих лет, глаза скляные, цвет лица землистый Уголки губ Опущены выражение лица Тревожное Поведение беспокойное не Может найти себе Места, Стонет Просит убить её, отравить Так как она не достойна ЖИТЬ потому что Из—за неё страдает ВСЯ Семья, её Место в тюрьме в Тревоге Ходит по отделению терзает ВОЛОСЫ рвет на Себе бельё. Ночью в палате пыталась повеситься

Перечислите при психическом расстройстве

Назовите Синдром.

Задача Н 2

Больная ч.с., 3 года. Ориентирована контактна В отделеении бывают Развернутые эпилептические Припадки Иногда Ста новится ЭМОЦИОНАЛЬНО агрессивной Раздражительно Бросает всё,

что попадѣт под руку. Настроение становится пониже»||| | конфликтует с больными.

Квалифицируйте описанное состояние.

Задача М2 3

Больная В.Л., 19 лет. Госпитализирована в связи с ИЦИ дальной попыткой. В отделении вяла, пассивна, малозі ь большую часть времени проводит в постели или сидит на одном и том же месте. двигательнo заторможена. За внешностью но следит, неряшлива, застѣгивает халат по требованию Мед. пер сонала. На вопросы отвечает неохотно, после неоднократного повторения вопроса, тихим голосом, крайне односложно, иноГд ограничивается кивком головы. Считает себя “никчемной “никому не нужной”, “недостойной” и тд. Настроение снижено, подавленное. Испытывает чувство “сердечной тоски”. Аппети снижен, отмечаются запоры.

Установите синдромoЛогический диагноз.

Задача Г12 4

Больной Ф.д., 23 года. Неусидчив, подвижен, активно жести кулирует. Мимика оживлена, глаза блестят, на губах улыбка. Ма нерен, суетлив, чувство дистанции снижено. Словоохотлив, го ворит без умолку, перескакивает с одной мысли на другую. На строение приподнятое, весел, постоянно смеѣтся, рассказывает анекдоты. Считает себя поэтом, декламирует стихи. Режиму НЕ подчиняется, спит 2-3 часа в сутки.

Установите синдромологический диагноз.

Задача Г'і2 5

Больная В. Р., 15 лет. В отделении дурачится, кривляется гримасничает, морщит лоб, хмурит брови, кривит рот, строи “рожи”. С окружающими груба, конфликтна, нелепа в поступках На свидании с Матерью громко смеялась, свалила все принесѣн ные продукты в одну тарелку, на замечания матери стала еѣ щи пать. В беседе непродуктивна, ‘<нанизывает’ одни слова на дру гие. Больной себя не считает, настаивает на выписке.

Установите синдромoлогический диагноз.

ГЛАВА У

МЕДИцин ПСИХо И Г

СОЗНАНИЯ И САМОСОЗНАНИЯ

6.1. Медицин ісіха,ю,-и,, Сознания

6.1.1. Понятие о сознании В орие

Сознание - это ВЫСШАЯ интегративная функция голо ного Мозга человека Которая ОСуществля Прoцесс по знавательного Отображения Объективного Мира и самого себя а также еленаправле действительного регу лирования взаимоотношения человека с СОциальной и ПРИРОДНОЙ средой  
Сознание является ОРУдием преобразующего Приспо собления человека к Окружающей среде, Сознание Инди вида не есть тол результат наКОг)ленного ЛИЧНОГО ОПыта ЖИЗНИ, ЭТО не ТОЛЬКО знание ОКРужающ и Самого себя, оно Включает в себя во внутреннем единстве не ТОЛЬКО образы

ВОСПРИЯТИЯ и представления не ТОЛЬКО ПРОцесс Мышления и памяти но и направ ленность личности выРаЖающу её отношение к Окр жающей среде Все эти Компоненты сознания находятся во Внутреннем единстве.

Сознание - Свойство ВыОкоорганИзован Материи (головного мозга человека)

Отражать Объективную Реаль НОСТЬ (философское определение)

СОзнание - форма активации ОСуществЛЯ КОРОЙ ГОло Мозга РетИкулярной

фОРмацИей поддержки вающая головной мозг в тонуе Обеспечивап

Психическую деятельность (в ФизИологии)

СОзнание - высшая интегратиеная функция головного моз человека Которая

Осуществля ПРОцесс Познава

тельного отображения объективного мир; и им Г"л, также целенаправленного

действе;-п-ю; () / ) 1 ' 1/ Н. Н 1' и 'л взаимоотношений человека с социаЛЬНОЙ

и !/>и/? іб( 11 средой (в психологии).

В психиатрии за сознание принято считаё со хранность ориентировок.

Существуют три вида ориентировок:

1 .Аллопсихическая ориентировка - это СПОСОБИ0(; человека правильно

ориентироваться в месте, времеі ии окружающей действительности.

При её нарушении может быть "ложная" или двойная ориентировка, когда человек находится и в реальной дей ствительности, и в другой обстановке.

2.Соматогісихическая ориентировка - это способ ность человека

ориентироваться в собственном теле. При её нарушении отмечается

деперсонализация.

3.Аутопсихическая ориентировка - это способность человека ориентироваться в

собственной личности. При её нарушении больные считают себя совершенно

другой лич ностью (А. Навои, Наполеоном и т. д.). Нарушение этого вида

ориентировки наблюдается у больных с тяжёлыми формами помрачения

сознания.

### 6.1.2. Понятие о самосознании и самочувствии

Самосознание - это такая форма сознания, которая проявляется в осознании

человеком самого себя, своего тела, мыслей, действий, чувств, интересов,

собственного положения в системе общественного производства.

Близко к этому определению и понятие самочувствия.

Самочувствие - это осознание человеком функцио нального состояния

собственной психической и соматиче ской сферы.

### 6.2. Психопатология самосознания: (граф. схема 14

1 .Нарушение самосознания витальности (утрат чувства живости). Больной

человек перестаёт ощущать се бя живым существом. Он утверждает, что он

робот.

2.1-арушение самосознания активнос і и. лі перестаёт осознавать себя как

активное, л .лі .у

щество. Он отмечает упадок или отсутствие сил,

ние интереса к деятельности, снижение или о

побуждений к деятельности.

3. Расстройство самосознания целостности рв  
атом расстройстве у человека отмечается Нарушсвв(  
осознания себя как единой целостной личности. БОЛЬНОЙ говорит, что внутри  
его тела находятся две личности, два человека, которые спорят между собой. В  
голове у него чужие мысли. Симптом расщепления личности.

4. Нарушение границ самосознания - стирается  
грань между реальными явлениями и явлениями, существ  
вующими в переживаниях больного. Больной не может вы  
делить себя из окружающего мира, отсутствует осознание  
своего "Я";

5. Расстройство самосознания идентичности. Боль  
ные перестают осознавать себя как единую целостную  
личность от момента рождения до настоящих дней, они  
считают, что родились другим человеком, другой лично  
стью.

6. Бредовая деперсонализация - человек осознаёт  
себя совершенно другой личностью. Чаще отождествляет  
себя с исторической личностью.

7. Нарушение самооценки - нарушение способности  
соотносить возможности собственной личности с реально  
стью.

Подразделяется на конституциональное и нажи  
тое:

а) консти обусловленная пониженная са  
мооценка встречается у лиц, неуверенных в себе, ущерб  
ных от сознания собственной неполноценности, конститу  
циально депрессивных. Повышенная самооценка свой  
ственна личностям типа гипертимных, паранойяльных,  
псевдологов;

б) нажитое изменение самооценки возникает: при де  
прессивном состоянии (понижение самооценки), при ма  
ниакальном состоянии (повышение самооценки); при бреде:  
при бреде ущерба, виновности - снижение самооценки, при  
бреде величия, богатства - повышение самооценки.

Каждая болезнь имеет две Стороны:

1 Внешняя картина заболевания

2 картина заболевания - осознание че ловеком имеющихся болезненных  
Расстройств:

а) гиперсоМаТонозогНозия - переоценка тяжести имеющегося заболевания

б) анозогнозия - отрицание болезни субъективная недооценка имеющихся  
серьёзных расстройств

63. Психоп Сознания (граф. схема 14)

Психопатология Сознания делится на две группы:

а) Выключение Сознания;

б) помрачение Сознания.

При Выключении Сознания отмечается только нарушение ориентировки а при помрачении сознания наряду с нарушением ориентировки отмечается Продуктивная симптоматика (иллюзии галлюцинации бред, аффективные Расстройства).

6.3.1. Синдромы Выключения сознания - оглушение, сопор, кома.

1. Оглушение (лат. - *Obtusio* - лёгкая степень выключения сознания характеризующаясь повышением порога для всех внешних и внутренних раздражителей Больные не реагируют на вопросы заданные тихим голосом, обнаруживают слабую, часто лишь ориентированную реакцию на обычную речь и отвечают только на вопросы произнесённые достаточно громко.

Основным симптомом Оглушения является обеднение сознания, затруднения ориентировки.

Больные с трудом ориентируются в окружающей обстановке, осмысливают ситуацию в целом, в то время как отдельные явления окружающего, как правило оцениваются правильно Больные апатичны, малобудничны, их мимика однообразна и бедна, жесты невыразительны и мимически вытесненные сами с собою, они подолгу находятся в одной и той же позе. Их настроение чаще всего безразличное, нередко отмечается благодушие, эйфория. Воспоминания о периоде Оглушения отсутствуют

Выделяется лёгкая степень оглушения - о(щущения сознания - сознание то ясное, то как (i) и плывающее (лат. *nebula* - облачко). При ней наблюдаются: чужеродность, медлительность, Задержка Моторной и Ментальной продуктивности, затруднения в осмысливании конкретной ситуации в целом.

Оглушение наблюдается при интоксикационных, симптоматических психозах, эпидемическом энцефалите, и при опухолях головного мозга и травмах черепа.

Переходное состояние между оглушением и сопором называется Сомноленцией (патологическая спячка). Она встречается при некоторых мозговых вирусных инфекциях, нарушении мозгового метаболизма, судорожных состояниях.

Наблюдается либо в форме пароксизма (нарколепсия), либо периодически наступающего сна, длящегося от 1 до 3 недель (спячка). Патологическая сомноленция характеризуется разлитым сонным торможением коры и подкорковой области в вертикальном и горизонтальном направлениях различной глубины.

2. Сопор (лат. - *obtusio* - бесчувственность) - характеризуется полной потерей ориентировки в окружающей обстановке и собственной личности, очень вялой реакцией на внешнюю обстановку, без осмысления того, что происходит вокруг Больные лежат с закрытыми глазами, производят впечатление спящих. Они способны лишь на очень короткое время ответить элементарным

двигательным актом, например, открыть глаза. При сопоре отсутствует условно рефлекторная деятельность при сохранности безусловнорефлекторной деятельности и болевой чувствительности.

3. Кома (греч. - беспмятство, глубокий сон) - глубоко выключение сознания с утратой всех видов ориентировки ответных реакций на любые внешние и внутренние раздражители (отсутствует и безусловнорефлекторная деятельность) с нарушением функций внутренних органов.

По тяжести коматозные состояния делятся на три степени:

1 степень - лёгкая, при которой сознание утрачено в том числе и реакция на внешние раздражители, за исключением раздражения слизистых оболочек, например

Оболочек носа нашатырным спиртом что вызывает чихание и вегетативные реакции.

II-я степень - средняя, на фоне резкого угнетения всех функций организма нарушается глотание, функции тазовых органов, возникает аритмия дыхания коллаптоидное состояние с явлениями цианоза.

III-я степень - Тяжёлая которая клинически проявляется не только утратой сознания но и резким нарушением жизненно важных функций: дыхания, сердечной деятельности и других.

Выделяют следующие виды: гипер-, гипогликемическая печёночная уремическая эпилептическая мозговая, алкогольная, наркоманическая травматическая и другие комы.

6.3.2. Синдромы помрачения Сознания: делирий, онейроид, аменция, сумеречное помрачение сознания. Признаки помрачения сознания по Ясперсу для всех форм помрачения сознания характерны следующие общие признаки (Ясперс, 1923):

- 1) отрешённость от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднении фиксации или полной невозможности восприятия;
- 2) более или менее выраженная дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, ситуации;
- 3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений;
- 4) галлюцинация чувственного познания (Иллюзии, галлюцинации бред, аффективные расстройства)•
- 5) полная или частичная амнезия периода помрачения сознания.

6.3.3. делирий. Этап, развития делирия

1. делирий (лат. безумный) - часто встречающаяся клиническая форма помрачения сознания Встречается при различных интоксикациях - при алкогольных Психозах при Симптоматических Психозах, в острой стадии эпидемического энцефалита.

длительность делирия от нескольких Ч( “ 2 недели. Развивается делирий по с

а) начальная. Ближе к ночи у ТЯЖСЛІ р і р щих больных появляется, несоответствующая ж и лезни, состояние. Больные становятся м е ' говорливыми, глаза у них блестят, на лице рум ны пытаются встать с постели. Отмечается гиПерсе ии им мешают, они чрезвычайно восприимчивы юшіим раздражителям, шуму, свету. Нарушается засыяани сон поверхностный, тревожный с кошмарными сновидения ми отмечается неустойчивость настроения, нарастают тревоіа и страх. При пробуждении больной испытывает ощущение разбитости и усталости, с трудом дифференцирует сон ' действительность. Все расстройства нарастают, как пра вило, к вечеру;

б) парейдолическая, или иллюзорная стадия. Ха рактерйзуется наплывом парейдолических иллюзий -

больные в узорах ковра, трещинах, игре светотени видяі разнообразные фантастические неподвижные и динамичё ск чёрно-белые и цветные образы, пр на высот развития гіарейдолий воображаемый предмет полностью поглощает контуры реального предмета. Наблюдается по вышение внушаемости: отмечаютя положительные сим птом ы Липманна, Рейнхартда, Ашаффенбурга. Отмечаетс ещё большая, чем прежде лабильность аффекта. Резк усиливается гиперстезия, появляется симптом светбояз ни. Периодически появляются непродолжительные свет лые промежутки, во время которых больной правилы-в оценивает окружающее, у него исчезают расстройства появляется сознание болезни. Расстройства сна становят ся ещё более значительными, сон поверхностный с кош марными сновидениями, которые путаются с реальностыс В момент засыпания возникают гипнагогические галлюци нации;

в) галлюцинаторная стадия. Начинается с нарушени ориентировки в окружающем. Ориентировка в собственно личности сохранена. Характеризуется напльюом ярких, истинных, преимущественно зрительных галлюцинаций, усі рашающего содержания. Наряду с наплывом эрительны галлюцинаций имеются и вербальные галлюцинаци Фрагментарный ОСтрочувственньй бред. Наблюдается резкое двигательное ВОЗбу) Страхом Тревогой Все галлюцинатор Переживания от ражаются на Сфере больног:

он с ужасом ОгЛядывается затыкает уши, защИщает убегает Обороняется Вместе с тем, больной грОтивоПос. тавляет себя СВОИМ видениям К вечеру ПРОИСХОДИТ резкое Усиление галлюцинат НЫХ и бредовых РасСтроиств нарастание ВоЗбу)с Утром Описанное Состояние сменяется Сопорозным Не ПрОдолжИтельнь СНОМ. На этом этаПе Развития делиРий в БОльшинстве Случаев заканчивается и Сменяется интен сивно Выраженной



слаб (изменчивость настроения) Иногда вслед за третьей стадией делирия может возникнуть мусситирующий либо профессиональный делирий что служит прогностически неблагоприятным признаком мусситирующий (делирий) (англ. гит - бормотать) характеризуется хаотическим беспорядочным возбуждением Обильным Ограничивающим Пределами Постели, невнятным бессвязным бормотанием с грубым произнесением отдельных слогов, СЛОВ, Звуков. На Высоте Возбуждения развиваются Хореоформ гиперкинезы Выражающиеся в бессмысленных Хаотических движениях Пальцев рук. Преобладают тактильные галлюцинации для мусситирующего делирия характерен Симптом корфойо. гии, или СИМГТТОМ Обирания - БОЛЬНОЙ Страхивает себя невидимых эмей, жуков, пауков.

Профессиональный делирий - более глубокое помрачение сознания, При котором преобладает Возбуждение В виде автоматизированных двигательных актов над на — ПЛЫВОМ галлюцинации больные Выполняют Привычные для них действия: ПОРТНОЙ ШЬёт, ДВОРНИК метёт, машины стка Печатает и т. д. дезориентировка в Окружающей обстановке Реакция на окружающее такая же как и при мусситирующем делирии.

6.3.4' Онейроид. Этапы развития онейроида.

Онейроидное помрачение сознания (лат. опеёгоісі сновидение) - это сновиди-ое, грёзоподобное помрачение сознания, встречающееся при приступообразном течении шизофрении, эпилепсии, симптоматических психозах, органических заболеваниях головного мозга. Онейроидное помрачение сознания характеризуется полной отрешённостью от окружающего мира, фантастическим содержанием переживаний. Причём оно причудливо переплетается с восприятием отдельных реально существующих предметов. Нарушается не только сознание, но и самосознание и ориентировка в собственной личности, перевоплощается собственное "Я" больного, он становится одним из действующих лиц происходящего вокруг. длительность онейроидного помрачения сознания от одной-двух недель до одного месяца.

Переживания при онейроиде очень редко обыденны по содержанию. Нередко больные представляют себя в роли исторических личностей, героев книг, фильмов, видят себя на других Планетах.

Онейроидное помрачение сознания в большинстве случаев сопровождается кататоническими расстройствами в виде возбуждения или ступора. Характерна диссоциация между поведением больного, которое может проявляться заторможенностью или достаточно однообразной картиной возбуждения и содержанием онейроида, в котором больной является активно действующим лицом Внешний вид больного характерен: в случаях фантастически иллюзорного онейроида они растеряны, при грёзоподобном онейроиде - загружены, реальное окружение не привлекает их внимания.

Этапы развития онейроида:

1. Инициальный этап общесоматических и аффективных расстройств.

2. Этап бредового аффекта.
3. Этап аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации.
4. Этап фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации.
5. Этап иллюзорно-фантастических дереализаций и деперсонализаций.
6. Этап истинного онейроидного помрачения сознания.
7. Этап аментивноподобного помрачения сознания.

Больные после выхода из психоза достаточно подробно воспроизводят содержание онейроида

6.3.5. дифференциальная диагностика делирия и онейроида: (граф. схема 15)  
Табл. 4.

По образному выражению Ясперса “делирий - сценичен, онейроид - драматичен”

6.3.6. Аменция (лат. - бессмысленность) - самое тяжёлое по течению, длительности и исходу помрачение сознания. Она наступает после длительных и тяжело протекающих соматических, инфекционных заболеваний, по следам родов. длится до нескольких месяцев.

Это - реакция ИСТОЩ мозга ПСИХОЗ ИСТОЩЕНИ

Аменция характеризуется растерянностью инкогерентностью мышления (нарушение анализа и синтеза) Речь СОСТОИТ из существительных и глаголов фразы не завершены грамматически по смыслу

Характерен внешний вид БОЛЬНЫХ кожные покровы бледные с Цианотичными чертами лица заострены, губы сухие запёкшиеся Больные астенизированы ИСТОЩены, кахектичны Возбуждение ограничивается пределами ПОСТ они совершают непрерывные движения ГОЛОВЫ, конечностями Настроение изменчиво речь непоследовательна бессвязна В вечернее время и НОЧЬЮ Могут Возникать Отдельные зрительные галлюцинации и иллюзии. Светлых промежутков при аменции не бывает. На высоте аменции могут разбиваться кататонические расстройства в виде ВОЗБУЖДЕНИЯ (двигательная или ступора хореоформные гиперкинезы После Исчезновения СИМПТОМОВ аменции больные обнаруживают Полную амнезию После выхода из ЭТОГО СОСТОЯНИЯ на длительное время Остаётся астеническое Состояние Возникновение аментивного СОСТОЯНИЯ свидетельствует о серьёзном Прогнозе

6.3 Сумеречное помрачение сознания его варианты,

Сумеречное помрачение сознания протекает кратковременнее чем аменция но Тяжелее Наблюдается при эпилептической болезни при патологическом опьянении, а также при Органических заболеваниях головного Мозга. для него Характерны следующие СИМПТОМЫ.

- а) транзиторность то есть
- б) острое начало и критическое завершение
- в) напряжение аффекта чаще тоскливого характера'

г) наличие ряда Последовательных действий, ПОСтуп ков, которые внешне настолько последовательны что ок ружающие не замечают того, что БОЛЬНОЙ находится В СО СТОЯНИИ Сумеречного ПомраЧеНия сознания  
д) наплыв ярких, устрашающего Ха!); (' Ч)  
и слуховых галлюцинаций, наличие бреда 1 і Ч д( | воздействия;

е) глубокая полная последующая амнезия.

Различают следующие варианты сумеречного помрачения сознания: бредовый, галлюциі ы і дисфорический.

Вредовый вариант - в течение более или М( IIII( должительного времени поведение больного внешне УН( рядочено, однако обращают на себя внимание оісутс вующий взгляд, особая сосредоточенность и молчаливосі больного, Совершаемые больными общественно-опасны действия могут производить впечатление поступков, зара нее обдуманых и подготовленных. После восстановления ясного сознания больные относятся к совершённым им поступкам как к чуждым их личности. При тщательном раі спросе выявляются указания на бредовые переживани имевшие место в период помрачения сознания, которы больной воспроизводит в достаточной мере критически. Галлюцинаторный вариант - в эпизоде помрачённого сознания доминируют галлюцинаторные переживания. Въ раженное состояние возбуждёнйя сопровождается разр шительными тенденциями, агрессией.

дисфорический вариант - разрушительные тендеі ции и агрессивность столь же бурны, как и при галлюцин торном варианте. Больные обнаруживают элементарнуі ориентировку в окружающем, НО амнезируют свои постуг ки и действия.

Амбулаторный автоматизм (лат. агтіЬыиа - бродил блуждать) - сумеречное помрачение сознания без продуі тивной симптоматики.

Фуги (лат. - бежать) - состояние, во время котс РОГО больные, находясь в помрачённом состоянии, отр шены от окружающего, стремительно бросаются бежати

Бегство продолжается некоторое время, затем больны приходят в себя.

Транс - больной, находясь в помраченном состоянии садится в транспорт и едет в другой город. Продолжи іельность от нескольких минут до нескольких часов.

бА. Практические рекомендации по Микрокурации БОЛЬНЫХ с психопатоЛогией сознания:

а) с ВыключеНием сознания:

‘Обратить внимание на внешний вид больного. Положение, мимику, Поведение 2 ли Речевому контакту? Отвечает ЛИ на заданные вопросы? Если Отвечает то на какие - простые заданные ТИХИМ ГОЛОСОМ, неоднократно повторенные 3.Знает ли СВОЮ фамилию, имя Отчество?

4 ЛИ ЧИСЛО, год, Месяц своей госПИтализации?

5 ли свое меСтОнахО

ОМНИТ ли, какие Причины предшествовали болезни?

7 ли Момент болезни и События после болезни?

8 Если состояние БОЛЬНОГО тяжелое контакту он не доступен не реагирует на раздражители отмечается потеря всех видов ориентировки необходимо установить сохранность Или Отсутствуют ли безусловные рефлексы (болевых, тактильных зрачковых СУХОЖИЛЬНЫ и тд). Проверить нет ли нарушения функции тазовых органов.

б) с помрачением сознания:

1 внимание на поведение больного:

а) если имеется Двигательное беспокойство, необходимо описать его, ограничивается ли оно Пределами постели или нет, соответствует ли Двигательное возбуждение галлюцинации и бредовым идеям больного;

б) какое время суток СПОсобствует двигательному возбуждению

2 внешний вид Больно

а) выражение Лица (растерянное зачарованное испуганное Элобное);

б) имеются ли на лице больного Признаки какого-то соматического Страдания (бледность, пастозность, Лихорадочный румянец и т.д.).

3. Доступен ли больной контакту:

а) Реагирует ли на раздражители;

б) отвечает ли на заданные вопросы; в) стройность речи, 4 вид ориентировки нарушен (аутопсихическая, соматопсихическая)?

5. Из беседы с больным выяснить имеются ли у него галлюцинации (аффективные, вербальные и другие). Описать их.

6. Выяснить, испытывает ли больной галлюцинации.

а) какого характера галлюцинации (слуховые, тактильные и другие);

б) содержание галлюцинаций (устрашающие, жинотические и другие).

в) отношение больного к своим галлюцинациям;

7. Выяснить, имеется ли у больного бредовая идея и каково ее содержание.

8. Из беседы с больным, мед. персоналом, из истории болезни выяснить, бывают ли у больного светлые промежутки.

9. длительность течения синдрома.

10. Сохранились ли какие-либо воспоминания о болезненных явлениях? Какой характер носят эти воспоминания?

11. Состояние больного после перенесенного психоза. Если имеется амнезия, необходимо описать это состояние.

12. Выяснить, на почве какого экзогенного фактора возник синдром расстроенного сознания.

6 Тесты к главе У

ж

1. Отметить нарушение, которое отличается от нижеперечисленных:

А. Глухота.

В. Кома.

- С. Транс.  
 д. Обнубиляция.  
 Е. Сопор.
2. дели рий наблюдается при всех заболеваниях, кроме:  
 А. ЧМТ.  
 В. Инфекционные заболевания.  
 С. Эпидемический энцефалит.  
 д. Приступообразная шизофрения.  
 Е. Алкогольная интоксикация.
3. Всё ассоциируется с онейроидным помрачением сознания, кроме:  
 А. Инкогеренция.  
 В, Амнезия.  
 С. дезориентировка.  
 д.);  
 д. Зрительные псевдогаллюцинац  
 Е. Отрешённость
4. Больной Ощущает увеличение всего своего тела, его тяжести, чувствует себя “гигантом”, Это расстройство На зывается:  
 А. Тотальная аутометаморфопсия  
 В. Иллюзия.  
 С. Бред величия.  
 д. Псевдогаллюцинац  
 Е. Гиперестезия
5. Онейроид наблюдается при всех следующих заболеваниях, кроме:  
 А. Приступообразная шизофрения  
 В. Эпилепсия.  
 С. Неврозы.  
 Д. Симптоматические психозы.  
 Е. Органические заболевания ГОЛОВНОГО мозга.
- 6.. Общие признаки помрачения сознания все, кроме:  
 А. Амнезия.  
 В. Наличие ПРОДУКТИВНЫХ расстройств  
 С. Нарушение мышления.  
 д. дезориентировка.  
 Е. Негативизм
- 7.. К общим признакам помрачения сознания ОТНОСЯТСЯ все, кроме:  
 А Наличие ПРОДУКТИВНЫХ расстройств  
 В. дезориентировка  
 С. Снижение интеллекта  
 д. Амнезия.  
 Е. Нарушение мышления.
8. Всё может Наблюдаться при депрессии, кроме:  
 А, ГСихомоторное возбуждение

- В. Зрительные галлюцинации  
 С. Частичная амнезия.  
 д. Аутопсихическая дезориентировка  
 Е. Парейдолические иллюзии.
9. К помрачению сознания ОТНОСЯТСЯ все следующие Расстройства, кроме:  
 А.. Амбулаторный автоматизм.  
 В. Делирий.  
 С. Сомноленция.  
 д. Онейроид.  
 Е. Аменция.
10. Растерянность и инкогерентность мысл.цплен и терны для:  
 А. Сумеречі-іого помрачения сознания.  
 В. Онейроида.  
 С. Аменции.  
 д. Мусситирующего делирия.  
 Е. Профессионального делирия.
11. Как называется неуверенность в непре рь са мосознания от рождения да настоящего момента?  
 А. Расстройство самосознания виталь-іости.  
 В. Расстройство самосознания активности.  
 С. Расстройство самосознания целостности.  
 д. Расстройство самосознания идентичности самосознания.  
 Е. Расстройство самосознания границ самосознания.
12. Какой вид комь; наиболее часто встречается в пси хиатрической практике:  
 А. Гипогликемическая  
 В. Травматическая.  
 С. Эпилептическая.  
 Д. Мозговая.  
 Е, Алкогольная.
- із. У больного, находящегося в глубоком іюмра чении сознания, отмечается двигательное беспокойство в пределах постели, он тербит простыню, одежду, “обирается”, ловит в воздухе несуществующие объекты, хватает протянутый ему предмет. Назовите расстройство:  
 А. Инкогеренция.  
 В. Карфология.  
 С. Гебефрения.  
 д. Гиперкинезия.  
 Е. Вербигерация.
- 6.6. Задачи к главе ,(1  
 ?  
 Задача і 1

Больной М. находится в палате строгого надзора, фиксирует ван. Ориентировка во времени, месте нарушена, но больной правильно называет свои имя, фамилию. На лице страх, покрыт ХОЛОДНЫМ потом, взгляд устремлён в потолок. Сообщил что со стены “на него ползут тараканы, пауки, которые окружают его”. Больной пытается защититься от них, порывается встать.

Назовите синдромологический диагноз.

Задача Г'

Больная М., 16 лет. Находясь в инфекционной больнице по поводу брюшного тифа вечером, перед засыпанием, стала тревожной, вглядывалась в противоположную стенку и “видела как на стене появляются контуры замка, которые затем как бы при обретали объёмность и цветность”, усилением воли вглядывалась в образ - убеждалась, что на стене ничего нет. Затем снова “наплывали” различные плоскостные рисунки со стены. В пятнах, подтёках, трещинах на стене видятся какие-то лица. Красочные картины, которые возникали на стене, усилением воли могла подавить на первых порах болезни, затем ей стало казаться, что всё вокруг изменилось - “удлинилось, удалилось от неё”.

Перечислите болезненные симптомы.

Установите синдромологический диагноз.

Задача !З

Больной ИМ., 27 лет. доставлен машиной скорой помощи в нейрохирургическое отделение. Анамнез неизвестен. Состояние тяжёлое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, лицо с цианотичным оттенком. Температура тела 37,5° С. Апноэ, тахикардия до 150 ударов в минуту. Зрачки сужены, их реакция на свет отсутствует, сухожильные рефлексы отсутствуют.

Оцените описанное состояние.

Задача 4

Больной С., 10 лет. доставлен в приёмное отделение скорой помощи в связи с черепно-Мозговой травмой. Лежит на кушетке, на окружающую обстановку не реагирует. Спонтанная и ответная речь отсутствуют. Реакция зрачков на свет, корнеальные, конъюнктивальные и сухожильные рефлексы ослаблены, патологических рефлексов нет. На болевые раздражения кратковременная реакция - отдергивание руки, гримаса боли. По выходе из этого состояния - полная амнезия болезненного периода.

Квалифицируйте данное расстройство сознания.

ГЛАВА УИ

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА.  
ОЛИГОФРЕНИИ

7.1. Медицинская психология интеллекта

7.1.1. Понятие об интеллекте. Его основные характеристики

Среди многих качеств личности, составляющих её своеобразие, её индивидуальность, существенное значение имеет качество ума (интеллекта). Оно выступает в особенностях умственной деятельности человека, в своеобразии его умственных способностей.

Когда говорят об интеллекте человека, подразумевают совокупность, цельность всех познавательных процессов. Так память, например, является предпосылкой интеллекта. Объём знаний обеспечивается памятью, но память не определитель интеллекта. Человек может иметь отличную память, то есть хранить в мозг огромную информацию, но не обладать ВЫСОКИМ интеллектом, так как не может адекватно и продуктивно пользоваться этими знаниями.

Ядром интеллекта является мышление, то есть способ ИЮСТЬ выделить в ситуации существенное и привести в соответствие с ним своё поведение.

Интеллект индивидуален. Он характеризуется широтой, глубиной, живостью, гибкостью, самостоятельностью.

Широта интеллекта характеризуется умением охватить широкий круг вопросов. Чем шире круг идей, чем богаче багаж, тем шире ум.

Глубина интеллекта характеризуется умением вникать в суть вопроса, вскрывать причины явлений, видеть основ-

2) отсутствием прогрессивности, то есть с течением времени и под действием лечения, динамики заболевания не отмечается.

По данным экспертов ВОЗ, распространённость олигофрений составляет 2,5-3,5% всего населения Земли, причём 5% из них, страдают самой высокой степенью - идиотией.

Основным диагностическим критерием умственной отсталости считается количественная оценка интеллекта по стандартным психологическим тестам (интеллектуальный коэффициент - IQ):

умственный возраст биологический возраст  
\* 100

IQ 20 - соответствует идиотии;

IQ 20-50 соответствует средней степени - имбецильности;

IQ 51-70 - соответствует лёгкой степени - дебильности; IQ 71-90 - соответствует пограничной умственной отсталости.

За норму принято считать IQ = 90-100

### 7.2.3. Понятие об этиологии и патогенезе олигофрений

В развитии олигофрений играют роль две группы факторов:

1. Эндогенные факторы (наследственные).

О ведущей роли этих факторов свидетельствует высокая конкордантность среди монозиготных близнецов.

36,1% больных олигофренией имеют одного или обоих умственно отсталых родителей.

При браке двух умственно отсталых людей - риск рождения у них больного ребёнка составляет 42,1%.



При болезни одного родителя - риск рождения больного ребёнка составляет 19,9%.

Эндогенные факторы делятся на три группы:

1. Факторы, обусловленные Хромосомами (рациями). Из всех олигофрений 10 1

лезнь дауна.

2. Факторы, вызванные моногенными дефектами, то есть дизметаболические формы, в том числе такие как фенилкетонурия, удельный составляет 1%,

3. Полигенно-детерминированные факторы - В) 10М случае основную роль играет дизэмбриогенез, в виде врождённых дефектов органов и систем.

II. Экзогенные факторы (внешнесредовые) -

Экзогенные факторы также делятся на три группы:

1 Внутритрутные факторы. К этим факторам относятся дисфункции желез внутренней секреции, хронический алкоголизм родителей, инфекционные, вирусные заболевания, интоксикации, гормональные нарушения при беременности, иммунологическая несовместимость крови матери и плода по 1 фактору и АНО.

2. Перинатальные факторы - это родовые травмы и асфиксии.

3. Постнатальные факторы - это нейроинфекции (менингиты, энцефалиты).

В патогенезе развития олигофрений, как и при развитии всякой дизонтогенеза, имеет значение время действия повреждающего фактора (хроногенный фактор).

7.2.4. Степени олигофрений:

По степени умственной недостаточности выделяют идиотию, имбецильность и дебильность:

1 Идиотия - самое тяжёлое слабоумие (глубокая умственная отсталость) с почти полным отсутствием речи и мышления, потребностью в постоянном уходе и надзоре; Ю 20.

Восприятия у лиц с идиотией неполноценны, внимание отсутствует или крайне неустойчиво. Речь не развита, ограничивается звуками, отдельными словами, нет понимания обращённой к ним речи. Больные или совершенно не овладевают статическими и локомоторными навыками, или приобретают их очень поздно. Нередко они не могутжевать и проглатывают пищу непрожёванной. Больные не владеют даже простыми навыками самообслуживания, не опрятны. Совершают однообразные движения, автоматически раскачиваются, стереотипно размахивают руками. Нередко больные не отличают родных от посторонних. Эмоции элементарны, выражаются самым примитивным образом в виде возбуждения или крика. Очень легко возникает аффект злобы, проявляющийся в слепой ярости и агрессивных тенденциях, нередко направленных на себя, Глубокому недоразвитию ПСИХИКИ нередко соответствуют грубые дефекты физического развития.

2 - средняя степень слабоумия. Речь и другие психические функции развиты больше, чем при идиотии, однако лица с имбецильностью необучаемы, не трудоспособны, им доступны лишь элементарные акты самообслуживания. Ю - 20-50. Их речь Косл-юязычна и аг рамматична, они могут произносить несложные фразы, словарный запас достигает иногда 200-300 слов. Больные неплохо ориентируются в обычной житейской обстановке. Эмоции бедны, однообразны, все психические процессы тугоподвижны и инертны. Они обидчивы, стесняются своих недостатков, но легко теряются в непривычных условиях и нуждаются в постоянном надзоре и опеке. Имбецильность разделяется на резко выраженную умственную отсталость (10 - 20-34) и умственную Отсталость средней тяжести (Ю - 35-50).

3. дебильность - лёгкая степень слабоумия. Эти больные способны к обучению, овладевают несложными трудовыми процессами. Ю - 51-70. Они нередко обнаруживают довольно высокое развитие речи; их поведение более адекватно и самостоятельно. Этому способствуют хорошая механическая память, подражательность, однако у них слабо развито абстрактное мышление, преобладают конкретные ассоциации. Возможно обучение дебилов в школе - они в основном овладевают конкретными знаниями, усвоение теории им не удаётся.

Эмоции, воля и вся личность развиты более, чем при имбецильности. При дебильности всегда можно отметить слабость самообладания, неспособность подавлять свои влечения, недостаточное обдумывание своих поступков, импульсивность поведения, повышенную внушаемость.

Несмотря на это, лица с дебильностью) II приобщаются к жизни.

Отставание в развитии (I\* на ранних этапах, когда заметно запаздывание), (II, речи и других психических функций. С возрастом становится менее выраженным.

Различают выраженную, среднюю и лёгкую дебильность (но последняя не отличима от нижней границы нормального и дебильность).

#### 7.2.5. Современная классификация олигофрений

1. Олигофрении эндогенной природы возникают в связи с поражением генеративных клеток родителей.

К ним относятся:

1. Болезнь дауна и другие заболевания, связанные с хромосомными аберрациями.
2. Истинная микроцефалия.
3. Энзимопатические формы олигофрений с нарушениями различных видов обмена (белкового, углеводного и другие).
4. дисэмбриональные и ксеродермические формы олигофрений (при нарушении развития костной системы и дермы);

II. Эмбриопатии и фетопатии, обусловленные внутриутробными вредностями:

- 1) олигофрении, обусловленные краснухой, перенесённой матерью во время беременности;

- 2) олигофрении, обусловленные другими вирусными инфекциями (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия);
- 3) олигофрении, обусловленные токсоплазмозом и листериозом;
- 4) олигофрении при врожденном сифилисе;
- 5) олигофрении, обусловленные гормональными нарушениями у матери и действием токсических факторов;
- б) олигофрении, обусловленные гемолитической болезнью новорожденного.

iii. Олигофрении, возникающие в связи с различными вредностями во время родов и в раннем детском возрасте:

тирозином и недостаточным синтезом катехоламина недостаточным синтезом гормона Щитовидной железы тирозина, меланина, нарушением синтеза триптофана Отмечаются различные явления депигментации от выраженного альбинизма до светлого цвета волос, радужной оболочки глаз, характерна повышенная потливость с характерным запахом (мышиный запах), ребенок отстает в развитии моторики, с 6-ти месяцев отмечается задержка всех показателей развития, наблюдается мышечная гипертония по вышесказанному. Сухожильных рефлексов гиперкинезы тремор пальцев рук, атаксия, у 30% больных отмечаются судорожные припадки.

Умственное недоразвитие составляет: 65% - Идиотия; 31,8% - имбецильность 3,2% - дебильность

4. Болезнь «кленового сиропа» связана с нарушением декарбоксилирования трех аминокислот валина лейцина изолейцина. Диагностируется заболевание сразу после рождения. Характерен особый ароматический запах мочи. Смерть наступает к двум годам.

5. Галактоземия - развивается в результате нарушения углеводного обмена. Наследственный дефект ферментативной деятельности передается по рецессивному типу, нередко в одной семье отмечается несколько больных. Скопление галактозы в моче, ликворе, крови происходит в результате блокировки расщепления галактозы диагностируется сразу, в связи с неспособностью организма расщеплять галактозу после кормления ребенка молоком.

Умственное недоразвитие отмечается на фоне резкого физического истощения.

II. Эмбрио- и фетопатии:

1. Рубеолярная эмбриопатия возникает в результате перенесенной матерью во время беременности краснухи. Вредное воздействие вируса отмечается от 4-х недель до конца беременности. Наиболее важными симптомами являются глухота, катаракта, кардиопатии, микроцефалия, физическое недоразвитие, умственная отсталость, которая бывает очень глубокой (Идиотия) и часто сопровождается психомоторным возбуждением импульсивными нарушениями, расстройствами сна, мышечной гипертонией и гипокинезиями, нарушениями глотания.
- 2.

3. 2. Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом является разновидностью фетопатий.
4. При раннем заражении матери плод погиб на раннем этапе развития - возникает олигофрения.
5. Клиника включает психический дефект и теоретическую (симптомы):
6. 1) глазные нарушения - хориоретинит, микрофиалиоз катаракта;
7. 2) внутримозговые кровоизлияния;
8. 3) гидроцефалия;
9. 4) судорожные припадки.
10. Характерны также различные дисплазии, деформации черепа, асимметрия лицевого скелета, неправильное строение ушей, зубов, нёба. Часто могут обнаруживаться признаки висцерального токсоплазмоза (печени, лёгких).
11. Умственное недоразвитие достигает глубокой имбецильности и идиотии.
12. 3. Олигофрения при врождённом сифилисе
13. Чаще всего возникает вследствие специфического поражения плода в период фетогенеза: при заболевании матери сразу после зачатия и до 5-ти месяцев внутриутробного развития. Заражение идёт трансплацентарным путём.
14. Могут наблюдаться эпилептиформные, психопатологические и астенические расстройства, отмечается резидуальная неврологическая симптоматика, в частности, симптом Огвайл-Робертсона - отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности способности к аккомодации и конвергенции, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов.
15. Наблюдаются гангвальные чувства (мезоритм, цирроз и остеопиты).
16. Характерны различные дисплазии - деформации зубов (зубы Гетчингтона), седловидный нос, искривление конечностей (саблевидные голени).
17. признаки специфического поражения органов (кератит, отит), внутренних органов (печени). Наблюдаются также перистит
18. 1) Олигофрении возникающие в связи с родовой травмой и асфиксией;
19. 2) олигофрении, обусловленные черепно-мозговой травмой в раннем детском возрасте;
20. 3) олигофрении обусловленные перенесёнными в раннем детском возрасте энцефалитами и менингитами
21. 1. Атипичные и Осложнённые формы олигофрений.
22. 1. Олигофрении при гидроцефалии и краниостенозе.
23. 2. Олигофрении при локальных дефектах развития головного мозга и эндокринных нарушениях.
24. 3. Эндемический кретинизм.
25. 7.2.6. Клиника Олигофрений
26. 1. Олигофрении эндогенной природы:

27. Болезнь дауна. Впервые заболевание было описано в 1864 году английским врачом дауном.
28. Болезнь дауна связана с лишней аутосомой, а именно трисомией по 21-й хромосоме. Частота этого заболевания составляет 1:912 новорожденных.
29. Больные небольшого роста, у них короткие конечности при относительно длинном туловище, короткие широкие пальцы, большой палец на руке низко посажен, мизинец искривлён, череп небольшой с уплощённым затылком. У больных широкое круглое лицо и косой разрез глаз, от мечается эпикант (кожная складка во внутреннем углу глаза, так называемое третье веко), короткий с широкой плоской переносицей нос, неправильно растущие, рано подверженные кариесу зубы, высокое небо, верхняя челюсть часто недоразвита, нижняя же часто выступает, язык утолщён, вследствие гипертрофии сосочков с грубыми поперечными бороздами (так называемый «мошоночный язык»), уши маленькие, деформированные, волосы сухие, редкие, кожа шероховатая на лице часто бывает румянец. У новорожденных бывают участки депигментации глаз, которые позже принимают вид светлых полосок, отмечается атипичное расположение складок на ладонях, пальцевых узоров, половые органы недоразвиты. Отмечается гипотрофия мышц и разболтанность суставов, больные часто

сидят в позе портного, движения у них свободны. Отмечается недоразвитие щитовидной железы и гипофиза, надпочечников, часто встречаются пороки сердца и множественные уродства.

Умственная отсталость составляет: 70% - имбецильность; 25% - идиотия; 5% - дебильность.

30. Синдром Шершевского-Тернера присущ только лицам женского пола. Обусловлен недостатком одной X хромосомы, в связи с чем отсутствует и половая хромосома Y. Больным свойственны половой инфантилизм, дисплазия, малый рост, короткая широкая шея с характерной крыло-видной кожной складкой от сосцевидного отростка височной кости до акромиального отростка лопатки. Уши расположены низко, деформированные. Нередки пороки сердечно-сосудистой системы. Умственная отсталость отмечается не всегда, бывает различной степени, чаще нерезкая.

31. Истинная микроцефалия. Частота встречаемости больных 1:250 тыс. новорожденных.

У больных отмечается маленький череп, с преимущественным недоразвитием его мозговой части, низкий лоб, чрезмерно развитые надбровные дуги, вытянутая форма головы, характерна диспропорция между маленьким черепом и нормальным ростом. диспластичность телосложения и пороки развития внутренних органов отсутствуют. Несмотря на глубокое умственное недоразвитие.

эмоциональная сфера у этих больных развита относительно лучше, больные адекватно реагируют на радостные и неприятные события. Различают торпидные (заторможенные) и эретичные (возбудимые) микроцефалии.

4. Фенилпировиноградная олигофрения (фенил - кетонурия) - это наследственное заболевание ЦНС со слабоумием, прогрессирующим в первые 2-3 года жизни. Частота рождения детей с фенилкетонурией 1: 10 000 но рожденных.

Психическая недостаточность связана либо с избыточным содержанием фенилаланина в крови, либо с токсическим воздействием на головной мозг промежуточных продуктов его дезаминирования, а, возможно, с дефицитом

Отмечаются Положительные реакция Вассермана и коллоидная реакция Ланге.

Н в СВЯЗИ с постнатальными вредностями

Причины возникновения этих олигофрений Родовые травмы асфиксии Новорожден

У БОЛЬНЫХ ЭТОЙ Группы не наблюдается Грубых аномалий строения тела и Внутренних Органов а Преобладают СИМПТОМЫ органического Поражения ЦНС. Поэтому ЭТО слабоумие очень трудно ОТЛИЧИТЬ от органического

У ЭТИХ БОЛЬНЫХ наблюдается Повышенная Чувствительность к внутренним и внешним раздражителям Больные часто жалуются на Головную боль, которая усиливается в душной комнате под влиянием умственного и физического переутомления с вегетососудистыми симптомами Умственное недоразумение колеблется от лёгкой дебильности до идиотии Клинические Особенности:

резкое Снижение механической памяти, больные не Могут запомнить даже то, что они хорошо ПОНЯЛИ, Повышенная Истощаемость Органического Поражения ЦНС.

И. Атипичные формы олигофрений

1. Гидроцефал Развивается вследствие повышения внутричерепного давления Причины гидроцефалии разнобразны часто водянка мозга.

Слабоумие - от лёгкой до идиотии у больных нередко отмечается хо

роший Музыкальный слух, механическая Память, избирательная Способность к Счёту, речь Развита Лучше, чем мышление

Больные обладают большим запасом СЛОВ, благодаря хорошей механической памяти, Пользуются заученными фразами, часто не Понимая их смысла.

Физические признаки: увеличенный череп с выуклым лбом и уплощёнными орбитами, треугольное лицо, роднички долго не зарастают и набухают, кожа ГОЛОВЫ тонкая, с просвечивающим рисунком вен, особенно на висках, Почти у всех больных отмечаются



для лечения токсоплазмоза применяют сульфаниламидные препараты

5. Антибактериальная терапия Проводится при некоторых мозговых инфекциях.

6. Симптоматическая терапия: сернокислая магнезия, алоэ, ФиБС, стекловидное тело, препараты йода, противосудорожная и седативная терапия,

7. Психотропные препараты: НеирОлептики (тизерцин, пропазин, аминазин) транквилизаторы (эленум, тазанам, фенозенан) психотропные препараты со стимулирующим действием;

8. Ноотропные препараты стимулирующие психическое развитие: аминалон, пирацетам, энцефабол, ноотропил.

7.3. Практические рекомендации для курации больных с Олигофренией  
Внешний вид БОЛЬНОГО;

1. Особенности строения скелета: форма головы, величина МОЗГОВОГО Отдела черепа, соотношение с лицевым скелетом. Выраженность надбровных дуг, форма лба, форма лица. Размер и форма глазных щелей. Особенности и форма языка, зубов, формы Ушных раковин.

2. Кожно-мышечная система: распределение и тип кожи, её особенности. Цвет кожи, её тургор, 111 111

3. Поза и движения больного: наличие двусторонней асимметрии, его особенности (хаотичность движений, Импульсивность, агрессивность, дурашливость). Двигательная активность (Нервно-мышечная). Поза больного. Координация движений (двустороннее и овладение навыками осознанности. Умение пользоваться элементарными орудиями труда.

Психическое состояние больного:

1. Наличие ориентировки в окружающем, гуманизма собственной личности. Узнавание близких и знакомых

2. Состояние памяти на текущие и отдалённые события (События) и способность запоминать фразы, рассказы, стихи (сколько строк) (время для пересказа смысла рассказа, механического заучивания);

3. Речь: характер произношения (заикание, картавость, шепелявость), запас слов (достаточен ли словарный фонд для выражения мысли), наличие perseverации, повторения слов, звуков, фраз;

4. Ассоциативная деятельность: умение описать сюжет по картине. Исключение лишнего предмета из 4-х предъявленных (проверяется умение обобщать предметы по ведущему признаку). Умение классифицировать предметы по какому-либо признаку, понимание интонационного смысла пословиц и поговорок. Умение находить различия в сходных предметах и сходство в различных предметах.

5. Особенности эмоциональных реакций: больной спокоен, добродушен, эйфоричен, дисфоричен, злобен, эксплозивен, вспыльчив.



б. Воля, влечение, внимание: инициативность, активность, её направленность. Вялость, пассивная подчиняемость. Внушаемость, упрямство, непослушаемость, негативизм. Пророчливость, отсутствие чувства сытости, чувства голода. Склонность к поеданию несъедобных предметов. Наличие стремления нанести себе телесные повреждения. Наличие и характер полового возбуждения.

#### 7.4. Тесты к главе ,

ж

1. Эмбриопатии возникают при поражении плода в период:

А. до зачатия и в первый час после него.

Приложения:

Приложение 42 1

1. Методические рекомендации по заполнению

истории болезни психически больного

ф.И.О. больного \_\_\_\_\_

диагноз —

дата и место рождения \_\_\_\_\_ Пол

домашний адрес \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_

Профессия Должность \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Инвалид \_\_\_\_\_ группы по \_\_\_\_\_ заболеванию

дата госпитализации \_\_\_\_\_ поступление в Н

Кем направлен

Направительный диагноз \_\_\_\_\_ — —

Окончательный диагноз:

Основного заболевания \_\_\_\_\_

Сопутствующих болезней \_\_\_\_\_

осложнений \_\_\_\_\_

Жалобы больного при поступлении и курации

Выяснение жалоб следует начать с соматической сферы (последовательно по органам и системам), а затем перейти к психической сфере.

Важно выделить основные жалобы, к) р) .( 1 1у+П 1' нии сать наиболее подробно

При плохом контакте с больным не следует;

и, задавать ему одни и те же вопросы. Больного (и)дим()

расположить к себе, найти эффективную форму бесе'

чтобы он дал полные, исчерпывающие сведения. Когда Э(

не удаётся (при выраженном слабоумии или при тяжелых

расстройствах психики) необходимые данные могут быть

получены по внешним, объективным признакам, по предыдущим историям болезни, а также по мере улучшения состояния больного,

Повод и обстоятельства госпитализации

Поводом настоящей госпитализации явилось — ухудшение психического состояния, необходимость обследования или лечения в стационарных условиях, проведение ЭКСПЕРТИЗЫ (трудовой, военной, судебной), принудительное лечение по определению суда, опасность для себя или окружающих, отсутствие необходимого ухода или надзора в домашних условиях.

Анамнестические сведения

Собираются со слов больного и уточняются со слов родственников, по данным архивных историй болезни, амбулаторной карты и др. источникам.

Семейный анамнез

Выяснить состояние здоровья родственников по линии отца и матери. При наличии в роду психических болезней, описать их как можно более подробнее.

История жизни

Описать основные события жизни во всех возрастных периодах: пренатальном, грудном, ясельном, дошкольно школьном (пубертатном), юношеском, возмужания, зрелости, инволюционном, старческом.

Где, когда, каким по счёту родился. Здоровье и условия жизни родителей в этот период. Наличие токсикоза беременности двойни, Особенности родов: легкие, тяже льые. Особенности плода: доношенность, травмы головки, асфиксии вес, рост. Особенности вскармливания Чем болел в грудном возрасте Развитие речи, ХОДьбы, особенности Поведения

Посещал ли ЯСЛИ? Особенности воспитания родителя ми. Поведение: общительность послушание капризность упрямость НегативИзм, обидчивость и т.п.. Наличие нев Ротических явлений НОЧНЫХ страхов недержания МОЧи, заикания и др.

Какие заболевания Перенес в ясельном и Дошкольном периодах, были ли осложнения?

Когда, в каком возрасте Пошел в школу? Как учился? Причины отставания Любимые предметы увлечения уча стие в общественной жизни, кружках, круг друзей, поведе ние в коллективе дома. Черты характера У девочек — когда, в каком возрасте начались меСяч ные, их особенности: регулярность влияние на сОМатиче ское и психическое состояние

Ломка характера в период полового созревания, в чём это выразалось? Перенесенные н школьные годы заболе вания. Когда окончил Школу, с какими оценками?

дальнейшая Жизнь: учёба, начало трудовой деЯтельНо сти, служба в армии. Описать трудности и достижения это го Периода Условия ЖИЗНИ наличие конфликтов (как они Разрешались) перенесенные болезни Частота смены места работы смена профессии — их причины.

Супружеская жизнь: дата и возраст вступления в брак; повторность брака — Причины. Число детей, их возраст, пол, Здоровье УСЛОВИЯ Семьи, психическая атмосфера семьи, наличие конфликтов их причины.

Удовлетворённ супружескими отношениями

У женщин — число беременностей, родов, абортoв. Особенности их протекания, гинекологические болезни. Особенности течения меСячных, наличие климакса его особенности.

Особенности жизни в пожилом и СтЗрческом возрасте:

положение н семье, утрата родственников, трудовая дея тельность, Характер родственных связей, Наличие опоры и заботы со стороны близких, ощущение одi.ii н. [менился ли характер больного в этот периoд]

При наличии, описать особенности вредi.iiж iринi, iчi i рения, употребления алкоголя, неумеренность н iице, iННi() вой жизни, когда и В СВЯЗИ С чем они пояВи1и(п К1iК д()iii()) продолжались и как влияли на здоровье и жизнь и i'eюм?"

Преморбидные свойства личности

Черты характера (волевой, безвольный, СПОКОЙНЫЙ, i устойчивый, владеющий собой, легко теряется, падаеi /, ' хом; живой, деятельный, предприимчивый, вялый, малоак тивный, безинициативный, общительный, замкнутый, весё лый, тревожный, мнительный, быстро реагирующий на ок ружающее, медленно реагирующий; интеллект высокий, средний, низкий; круг интересов - широкий, узкий, сен сорный, рациональный, эмоциональный, биологический, уровень притязаний — высокий, нормальный, низкий; от ношение к людям — доброжелательное, пренебрежитель ное, доверчивое, осторожное, подозрительное, отзывчи ное, услуживое, грубое, эгоистическое, деспотическое, конфликтное; отношение к работе — ревностное, безраз личное, беспечное, небрежное; самооценка — самоуверен ная, самодовольство, тщеславие, неверие в себя, само- унижение, демонстративность).

История настоящего заболевания

Отметить календарные даты и возраст появления как первых признаков болезни, так и последующих этапов её развития.

Следует иметь в виду, что отдельные типы болезней (врождённое слабоумие, психопатии, неврозы, инфекци онные и соматогенные психозы,

эпилепсия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, алкоголизм и другие наркомании, инволюционные и старческие психозы) имеют свои специфические, важные для дифференциальной диагностики, особенности связи с этиологическими факторами, особенности течения, развития и исхода;

Поэтому при выяснении истории настоящего заболевания необходимо учитывать, что:

Для врожденного слабоумия важно иметь информацию о состоянии интеллекта с самого раннего детства; постараться найти причины обусловившие органическую недостоверность головного мозга; для Психопатии — выявить историю формирования аномального характера, отсутствие здесь четкого начала, наличие в дальнейшем периодов компенсации и тотальность психопатических черт на протяжении всей жизни, что проявится в систематической Социальной дезадаптации личности;

для невротозов — важно определить наличие постоянной психотравмирующей ситуации, низкий уровень психической защищенности Индивида, а также обстоятельства, ослабляющие дополнительно реактивность центральной нервной системы;

для эпилепсии важно определить характеристики эпизодов припадков наличие ауры, повреждения языка, лица, ожоги, возраст начала болезни, частоту и изменчивость характера припадков во времени, наличие устойчивых изменений Личности и нарастающее слабоумие;

для инфекционных и соматогенных Психозов — важно установление связи психических расстройств с соответствующей патологией, ее тяжестью и благоприятностью по следующему течению психоза;

для отдаленного периода травм головного мозга — важно установление характерных (энцефалопатических) изменений Личности в последующем, а также наличие психоорганического Синдрома, астении, возможно даже и эпилептических припадков;

при хроническом алкоголизме и наркоманиях важно определить время перехода к психической зависимости в зависимость физическую, появление синдрома похмелья, наличие соматических и психических признаков абстиненции, динамику толерантности перенесенные эпизоды белой горячки, употребление суррогатов алкоголя, признаки социальной, моральной и интеллектуальной деградации, наличие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта, легких и других внутренних органов;

при шизофрении и маниакально-депрессивном Психозе

— важно установление критерия “Эндогенности” начала болезни, особенности манифестации (место, время, место, обстоятельства) расстройств или со своеобразных изменений личности (характер синдромов перенесенных психических расстройств, отметить наличие или отсутствие ремиссий, длительность или

нарастание изменений личности У11,Ця и период ремиссий, важно также определить динамику и характер изменений уровня социальной и трудовой адаптации по ХОДУ течения болезни.

При всех заболеваниях необходимо выяснять наличие госпитализаций, их частоту, эффективность лечения, какими препаратами. Отметить динамику инвалидности. Указать дату последней госпитализации.

Катамнестические сведения

Это сведения о состоянии психического и соматического здоровья, социальной адаптации, изменениях условий жизни больного с момента последней госпитализации. Данные сведения важны для выяснения возможных причин обострения хронической болезни. Следует обратить внимание на соблюдение режима поддерживающего лечения, наличие психических травм, появление сопутствующих соматических болезней, употребление алкоголя, ухудшение материальных условий и тп.. Совершал ли больной в этот период общественно опасные поступки, посещал ли диспансер?

Обстоятельства, при которых появились первые признаки обострения, какие это были симптомы, как они нарастали, изменялись и что в конечном счете привело больного в стационар.

Архивные сведения

Из архивных историй болезни данного больного выписывается в хронологической последовательности наиболее существенная информация о динамике болезни. Из этих Историй дополняются и уточняются анамнестические сведения.

История настоящего заболевания, подтверждаемая данными архивных историй болезни, является убедительным основанием для дифференциальной диагностики, для решения вопроса о типе течения проявления болезни.

Состояние соматической сферы

Больного следует изучить и описать последовательно, по схеме: особенности конституции, кожные покровы, слизистые, лимфатическая система, мышцы, костно-суставной аппарат, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, органы продукции и выделения мочи, половая сфера, эндокринная система, органы чувств, неврологическая сфера. Здесь следует описать наиболее подробно только патологические проявления. Нормальные особенности органов и систем описываются кратко.

Неврологический статус

Наличие головных болей, локализация, продолжительность.

Головокружение, шум в голове, тошнота, рвота.

Менингеальные симптомы

[

Ригидность мышц затылка — при попытке пригнуть голову к груди ощущается сопротивление.

Симптом Кернига — выражается в невозможности разогнуть в коленном суставе ногу, предварительно согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах.

Симптомы Брудзинского:

а) верхний симптом Брудзинского выражается в сгибании ног в коленных суставах в ответ на попытку принести голову к груди;

б) скуловой симптом Брудзинского та же реакция на постукивание по скуловой дуге;

в) шёчный симптом Брудзинского — при надавливании на щеку у больного поднимаются плечи и сгибаются предплечья;

г) нижний симптом Брудзинского - (исследуется одно временно с симптомом Кернига) при попытке разогнуть ногу в коленном суставе, вторая нога сгибается в колене и приводится к животу.

Напряжение брюшных мышц.

Гиперстезия, светобоязнь.

Черепно нервные

I пара обонятельный нерв.

Аносмия, гипосмия справа и слева.

I пара - зрительный нерв.

Острота зрения на правый, левый глаз, двойное зрение. Поля зрения.

III, I VI пары — глазодвигательные нервы.

Ширина и равномерность глазных щелей. Глазодвигательные нервы. Эзофтальм. Энофтальм.

Положение и объем движений глазных яблок. Глазодвигательные нервы. Диплопия. Стрбизм.

Зрачковая форма, величина, реакция на свет (Прямая и содружественная), конвергенцию и комодацию.

V пара тройничный нерв.

движения нижней челюсти. Напряжение и тонус жевательных мышц.

Боли и парестезии в лице. Волевые точки. Чувствительность кожи лица.

Конъюнктивальная Корнеальная и нижнечелюстная рефлекс.

VI пара — лицевой нерв.

иннервация мимических мышц лица, лобные и носогубные складки,

глазные щели, зажмуривание глаз, положение углов рта, оскальничивание. Трофика мышц лица. Вкус на передних 2/3 языка, гиперacusia, слезотечение.

VII пара -- слуховой и вестибулярный нервы. Звон, шум в ухе. Острота слуха справа, слева. Исследование камертоном на высокие и низкие тона.

Вестибулярная система: головокружение в покое, при движениях.

Нистагм, его характер.

IX, X пары — языкоглоточный и блуждающий нервы

Положение и подвижность мягкого нёба в покое, при звуке “а”. Глотание.

фонация. Артикуляция. Чувствительность глотки и корня языка. Нёбный и глоточный рефлекс слюны. Саливация. Вкус на задней трети языка.

XI пара — добавочный нерв.

Положение плеч, лопаток, головы. Поднимание плеч, поворот ГОЛОВЫ.

Напряжение и трофика грудинно и трапециевидной мышц.

X пара — подъязычный нерв.

Положение языка во рту и при высовывании. Атрофии, фибриллярные подёргивания. дизартрия.

двигательная сфера

Осмотр. Измерение мышц. Атрофии, псевдогипертрофии. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания.

движения. Объём, сила в верхних и НИЖНИХ Конечностях, Походка.

Синкинезии. Проба Мингаццини

верхняя проба Исследуемому предлагают вытянуть РУКИ вперёд. При Наличии Мышечной слабости рука на Стороне пареза Опускается быстрее, чем на здоровой НИЖНЯЯ Пробе исследуемый лежащий на спине, сгибает ноги в Коленях под тупым углом, на стороне пареза нога Опускается быстрее.

Тонус мышц. Тип гипертонии. Контрактуры. Гигеркинезы. Акинетико-ригидный СИНДРОМ (возникает при поражении бледного шара).

Постуральные рефлексy:

а) стопный феномен Вестфала при пассивном тыльном сгибании стопы  
Возникает топическое напряжение разгибателей СТОПЫ и стопа застывает в положении тыльного сгибания;

б) феномен голени — у больного, лежащего на животе с ногами, Согнутыми в колене под прямым углом, при дальнейшем пассивном сгибании голени она застывает в положении сгибания.

Сухожильные и надкостничные рефлексy с Сухожильной, двуглавой и трёхглавой мышц, лопаточно-плечевой шило-ВИДНЫЙ (пястно-лучевой) коленный ахиллов реберно абдоминальный

Кожные рефлексy: брюшные (верхний средний, нижний) кремастерный анальный.

Суставные рефлексy: Майера и Лери (рефлекс с сухожильной двуглавой мышцы, с трёхглавой мышцей, пястно-лучевой рефлекс, Коленный рефлекс, ахиллов и подошвенный рефлексy).

Патологические рефлексy:

а) кистевые (при их вызывании Возникает рефлекторное медленное сгибание пальцев кисти):

Россолимо — исследующий наносит кончиками пальцев короткий, отрывистый удар по кончикам 2-5 пальцев кисти больного, находящегося в положении пронации.

Симптом Жуковского — исследующий наносит удар по середине ладони больного.

б) стопные разделяются на сгибательные и разгибательные.

Сгибательные:

Симптом Россоломо — исследующий кончиками пальцев наносит короткий удар по кончикам 2-5 пальцев стопы исследуемого.

Симптом Жуковского - вызывается ударом молоточка по середине подошны у основания пальцев.

Симптом Бехтерева I - вызывается ударом молоточка по тылу стопы в области 4-5 плюсневых костей.

Симптом Бехтерева II - вызывается ударом молоточка по пятке исследуемого.

Разгибательные (характеризуются появлением экстензии большого пальца стопы 2-5 пальцы веерообразно расходятся).

Симптом Бабинского вызывается тупым концом иглы по наружному краю подошны.

Симптом Оппенгейма — исследующий проводит тыл ной поверхностью средней фаланги 2 и 3 пальцев по передней поверхности голени исследуемого.

Симптом Гордона вызывается сжатием икроножной мышцы исследуемого.

Симптом Шеффера вызывается сжатием ахиллова сухожилия.

Клонус кисти, коленной чашечки, стопы. Защитные рефлексы (при болевом и температурном раздражении конечность непроизвольно отдёргивается).

Координация движения

Статическая: проба Ромберга.

Локомоторные пробы: пальце-носовая, пяточно коленная (выявляют интенционный тремор).

Проба Шильдера: больной должен вытянуть руки вперёд, закрыть глаза, вытянуть одну руку вертикально вверх, а затем опустить её до уровня другой руки, вытянутой горизонтально. При гиперметрии рука опускается ниже горизонтального уровня.

Адиадохокинез Асинергия. Атактическая походка. Скандированная речь.

Чувствительность: болевая, температурная, тактильная Проприоцептивная чувство локализации. Анестезия, гипостезия, Гиперстезия. дизестезия

Парестезии, боли.

Проводниковые сегментарный периферический типы нарушения чувствительности

Симптомы натяжения

Симптом Ласега - болезненность при натяжении седалищного нерва: при попытке согнуть в тазобедренном суставе выпрямленную ногу, возникают боли по ходу седалищного нерва (1 фаза). При сгибании ноги в коленном суставе — боль прекращается (2 фаза).

Симптом Нери — сгибание ГОЛОВЫ вперёд вызывает боль в пояснице.

Симптом Сикара - резкое тыльное сгибание стопы вызывает боли по ходу седалищного нерва.



Симптом Мацкевича — болезненность при натяжении бедренного нерва: у больного, лежащего на животе, сги бают ногу в коленном суставе, при этом Возникают боли на передней поверхности бедра.

Симптом Вассермана боли на передней поверхности бедра при попытке поднять вытянутую ногу в положении на животе.

Симптом посадки — появление боли в пояснице при по пытке сесть с разогнутыми В Коленнь суставах ногами, при этом больная нога сгибается в колене.

Волевые ТОЧКИ: тройничного нерва, затыЛОчные пара вертебральные остистые, болезненность нервных ство лов.

Вегетативно.трофиЧеС сфера

Кожные покровы: пигментация потоотделение саль ность, температура Трофика кожи, пролежни. Ногги, Оволосение. дермо графизм. Подкожный Жировой Слой.

Синдром Бернара-горнера (включает в себя триаду СИМПТоМОВ — МИюЗ, эн офтальм, сужение глазной щели).

Тазовые функции.

Неврологические синдромы, локализация ИЯ i il)(

Состояние психической сферы

Внешний вид: больного: как и во что одет, обу, какая причёска, украшения, наличие косметики; выражение ли— ца, глаз, положение тела; особенности сидения, ходьбы; отношение к окружающему.

В целом поведение — спокойное, адекватное, тревож ное, подозрительное, испуганное, растерянное, весёлое, тоскливое, отрешённое, безразличное, высокомерное, не лепое, манерное, бестолковое.

Контакт с больным устанавливается — постепенно, бы стро, с трудом, вообще не устанавливается; продуктив ность его — высокая, низкая, совершенно не продуктивен из-за ... (указать причину).

Особенности ориентировок во внешней среде, во вре мени, в своей личности, соматопсихическая ориентировка.

Сознание больной — ясное, оглушенное, сопорозное, коматозное, делириозное, аментивное, онейроидное, су меречное. Описать все признаки имеющегося у больного расстройства сознания.

Чувственное познание — наличие гипо-, гипер-, пара-, анестезий, сенестопатий; дереализации и деперсонализа ции; иллюзий — вербальных, зрительных, тактильных, вку совых, аффективных, парейдолических; симптомов Лип манна, Рейхардта, Ашафенбурга.

При наличии галлюцинаций, определить истинные они или “псевдо”, их характер и содержание (по органам чувств, сложности, по эмоциональной окраске, влияние на мысли и поведение). Конкретно записать содержание вер бальных галлюцинаций, особенно устрашающих и импера тивных, выявить круг реальных людей, с которыми больной связывает данные “голоса”. При наличии псевдогаллюци наций, необходимо отыскать у

больного те признаки, кото рые отличают их от истинных галлюцинаций. Отметить все объективные признаки их наличия.

При наличии описать симптомы Фреголи, положитель ного или отрицательного двойника, интерметаморфозы.

Память - наличие гипомнезии, дисмнезии парамнезий (конфабуляций псевдореминисценции Криптомнезий Эхомкезий) амнезии (ретроградной, антероградной Корсаковой прогрессирующей по закону Рибо, СИМПТОМ “зеркала”) навязчивых представлений ВОспоминаний  
Внимание — его направленность (Внешняя внутренняя) активность пассивность Устойчивость переключаемость, рассеянность прикованность, инертность

Мышление — состояние ассоциативного процесса: по темпу (ускорение, замедление шперрунг) по СтрйноСти (разорванность, шизофазия, бессвязность, вербигерация); по целенаправленн (обстоятельность, паралогичность, резонерство персеверация, ауТизация, СИМВОЛИЗМ).  
ВЫЯВИТЬ Наличие бредовых идей. Найти патологичность почвы их возникновения Подробно описать их содержа ние. Определить его масштаб, степень систематизации первичность или ВТоричность их ВОЗникновения Описать поступки и поведение связанные с данными идеями. Про верить возможность коррекции этих идей. Выявить дина мику развития их во Времени. Выяснить круг конкретных людей, включёННых в бред. Подчеркнуть паралогичность в способах доказательства больным правоты своих идей. Показать Влияние бреда на Эмоции и чувства больного, его планы и намерения на будущее.

При наличии у больного сверхценных идей — показать связь их с ВнешнИми обстоятельствами в момент возник новения.

для дифференцировки навязчивых идей необходимо ВЫЯСНИТЬ у больного наличие у него ощущения их как чуж дых, не Вытекающих из намерений больного и потому, как правило, не реализующихся.

Явления психического автоматизма определить нали чие Явлений сенсорного ассоциативного МОторного и аффективного автоматизмов Описать, при наличии, соот ветствующие им бредовые идеи Воздействия и преследо вания в соответствии с Вышеизложенными требованиями Эмоции и чувства — описать особенности настроения БОЛЬНОГО, используя при этом как высказывания самого больного, так и его Мимико-моторные и вегетатиВные про явления. Учитывая, что эмоции влияют на все психические

процессы, следует обратить внимание иіі 1 больным внешнего мира, самого себя, какоіо )/, и в каком темпе возникают мысли, куда наіірашіеііо нии мание (внутри или наружу).

Настроение может быть приподнятым, весёлым, бліі о душным, пониженным, тоскливым, беспечным, тревожным, гневливым, элобным, ровным. Лабильным, слабодушным, слезливым и т. д.

Следует иметь в виду возможность наличия у больных бредовых идей аффективного генеза (переоценки своей личности — при мании; идеи самоуничужения, самообвинения — при депрессии).

Всегда следует устанавливать причину того или иного настроения, так как кроме первичных аффективных расстройств бывают ещё и вторичные, на основе галлюцинаций, бредовых идей, при которых тактика лечения прямо противоположна.

В описании соматического компонента того или иного эмоционального состояния, усматривается объективное доказательство тяжести состояния, поэтому важно измерить АД, определить пульс, частоту дыхания, отметить наличие запоров или поносов, определить ширину зрачков и т.п.. Важно установить у женщин нарушение менструаций.

Влечения — определить особенности аппетита, сна, ре акций самосохранения, половое влечение, их интенсивность, характер и форму удовлетворения. Важно установить нет ли у больного патологического влечения к алкоголю, к другим наркотическим веществам.

При наличии, описать состояние всех компонентов наркоманического синдрома (реактивности, толерантности, психической и физической зависимости, признаки абстиненции, психические и характерные соматические расстройства, моральную, социальную и интеллектуальную деградацию).

Проверить нет ли у курируемого больного явлений истинной дипсомании, пиромании, дромомании.

Воля — определить у больного черты самостоятельности, активности, решительности, настойчивости, целеустремленности, самообладания, терпеливости, способности к преодолению внутренних и внешних препятствий, критической оценки своих ошибок и неудач, попытки к преодолению своего болезненного состояния.

Здесь важно не упустить признаки гипо-, гипер-, пара и абулии.

При наличии, конкретно описать все симптомы психомоторного возбуждения или ступора (кататонического, гебефренического, маниакального, депрессивного, параноидного, реактивного, эпилептического).

Интеллект — отметить объём и содержание знаний, умений и навыков больного, их системность и организованность, соответствие требованиям жизни и характеру деятельности. Социальная зрелость больного, круг его представлений о культурной и политической жизни общества. Как больной определяет в нём своё место и роль? Приёмы и способы, используемые больным в решении тех или иных задач. Работа идёт ли над самоусовершенствованием?

При наличии описать конкретные признаки олигофрении (дебильности, имбецильности, идиотии) и деменции (сосудистой травматической,

шизофренической, эпилеп - тической, старческой, алкогольной, паралитической и т.п.).

Припадки — описать при наличии все стадии и соответствующие проявления припадков (эпилептические, травматические, истерические), обратить внимание, нет ли у больного ауры, прикусов языка и др. повреждений в результате припадка. При наличии припадков сопоставить их с возможными изменениями личности больного и его слабоумием. Обобщив в уме все данные психического состояния больного, следует далее поставить

### СИНДРОМОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Лабораторно-инструментальные данные

диагноз дифференцированный

дифференцируются только достаточно сходные по своим клиническим проявлениям заболевания. За основу дифференциации берётся наблюдаемый у больного синдром, а также этиология, патогенез, течение и исход заболевания.

диагноз ПОЛНЫЙ

Название болезни, форма течения, ведущий синдром генеза болезни, клиническая стадия, изменения ЛИЧ или слабоумие, диагноз сопутствующих болезней, ОСЛОЖ

нения.

Лечение больного

Назначается лечение в соответствии с выставленным больному полным диагнозом.

дневники

В дневниках следует отразить динамику всех ОСНОВНЫХ и сопутствующих расстройств больного. Своевременно фиксировать появления ранее не описанных расстройств. Отмечать эффективность проводимой терапии.

Эпикриз

В эпикриз включается ВСЯ существенная информация истории болезни в отношении к полному диагнозу заболевания, лечению, уходу и надзору за больным. В конце указываются рекомендации по дальнейшему лечению и социально-трудовой адаптации больного.

Приложение P42 2

1 УРОВНИ И СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ

РАССТРОЙСТВ

НЕПСИХОТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ

Психопатические	Реактивные
Астеничные	депрессивные
Психастеничные	Истерические
Возбудимые	Психогенно-шоковые
Истеричные	Параноические

Невротические  
 Эмоциональнолабиль      Неврастенические  
 Шизоидные      Обсессивные  
 Неустойчивые      Истерические  
 Сексуальные      депрессивные  
**ПСИХОТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ**  
 Эндогенные (Условно)      Экзогенные  
 Астенические      Астенические  
 Неврозоподобные      Неврозозоводобные  
 Психопатоподобные      Энцефалопатические  
 депрессивные      Аффективные  
 Маниакальные      Пароксизмы сознания  
 Онейроидные, е      Выключения сознания  
 Галлюцинаторные      делириозные  
 Паранойяльные      Аментивные  
 Параноидные      Галлюцинаторно  
 Кандинского-Клерамбо      параноидные  
 Парафренические      Амнестические  
 Кататонические      Судорожные  
 Психоорганические  
 Негативный уровень  
 Олигофрени:      деменции:  
 дебильность      Слабоумие шизофрени..  
 Имбецильность      ческое, эпилептическое,  
 Идиотия      травматическое атеро-  
                  склеротическое  
                  старческое паралити  
                  ческое

## ЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕ СТД'ГУСЛ

2. ПЛАН И юведения больного с МОм пс і.сн д  
 ь больного      описать конкретно первые в ю.дуюі

1. Особенности поведения в динамике. Чю бол  
 го этапа болезни вёл себя, его сон, питание, врем алкоі (мп  
 проявления нару семейные отношения, поювая жи  
 делал и говорил, ение, конфликты, досуг, дейсівия, опасные  
 курение,  
 работа, учёба, о  
 для себя, 4ное обследование психических сфер  
 Непосредст ри госпитализации и в отделении, в кабинете  
 больного: іфія, манеры.

1. Поведени телесные особенности.

действия, дВиі И мимика.

2. Внешнос

3. Глаза, ли их изложения.
4. Голос, ре общения,
5. Жалобы эмоции и чувства: особенности и характер
6. Особенно/
7. Настроени , расстройства.  
переживаний. /
8. Психосоці , влечения.
9. Внимание восприятия и представления.  
ю. Интересы/
- 11 Ощущен
- 12 Память. /
13. Мышлен ки, сознание.
14. Интеллек / воля и критика.
15. Ориенти еятельности почерк, письмо.
16. Самосозі ,дения.
17. Продукть% Ф
18. Сон и сна іт и характер; этико качества
19. припадкі

## 20. Темпера КА ЕЁ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.

личности. процесс распознавания болезни во всём её  
диАгно с оценкой индивидуальных, биологических  
Диагностик енностей пациента. Это одно из специфиче.  
много- и своеоб в данном случае —познание феномена бо  
и социальных оЛ  
ских форм позн іки  
гіе первичных больных.  
лезни.

Цели диагн обострения болезни.

Раннее выяв,А

Раннее выяв

Обеспечение Наилучших условий ПРодуктивного контакта с БОЛЬНЫМ.

Полное, глубокое Исследование и конкретное описание про явления  
патологии и Индивидуальности его психического невро логического и  
Соматического статуса.

Целенаправленное хронологически последовательное и пол ное выяснение  
Семейного, генетического, Онтогенетического личностного и  
нозологического анамнеза.

Первая помощь.

Неотложная госпитализация.

Проведение необходимых дополнительных экСпериМенталь но-  
психологических и иНструментальнолабораторных клиниче ских  
исследований

Разработка плана лечения.

Определение патогенеза (Психо-, соматогенез), взаимосвязи СИМОСТИ  
Симптомов психических и соматоневрологических расстройств — их  
общие, особенные и индивидуальные черты.

Выявление причинно-следственной связи синдромов с факторами  
конституционального Интоксикационного соматогенного, инфекционного  
психогенного и эндогенного характера с личностью, анамнезом и  
переживаниями больного.

Преломление нозологического диагноза через призму индивидуальности и  
жизнедеятельности больного.

Контроль эффективности лечения.

Профилактика — первичная, вторичная, третичная.

Профилактика общественно опасных действий больных.

Рекомендации по этапной реадaptации.

Экспертизы — медико-педагогическая временной нетрудоспособности,  
трудовая, военная, судебная,

Задачи диагностики:

С) определение СИМПТОМОВ психических Нарушений.

Определение Синдромов и уровня дезадаптации

Определение причин и условий развития патологии.

Выяснение патогенеза болезни.

С) определение СОСТОЯНИЯ И внутренних ресурсов выздоровления.

Постановка полного диагноза заболевания.

Прогноз течения болезни.

Этапы диагностики:

I этап — чувственное познание феномена болезни. Его задача — выявление  
выделение и подробное описание многообразных  
признаков психических расстройств (обследование);

II этап — обобщение клинической информации ‘интервью’ ‘1  
анализ. Его задача — типизировать выявленные признаки в ‘скрытые),  
обозначить их как симптомы, что является основой семиотики —  
психоневрологическая диагностика

III этап — формирование идеального представления о конкретном  
человеке — диагностическое заключение о клинической форме. Его  
задача — построение клинической модели болезни конкретного больного, на  
основе которой вырабатывается конкретная терапевтическая тактика

Качество диагностики зависит от:

Нравственных качеств врача.

Уровня знаний предмета.

Уровня овладения методологией и методиками диагностики

Объёма личного опыта.

4, уровни социальной И ТРУДОВОЙ АДАПТАЦИИ

1. Как у здоровых. Работа или занятия продуктивны в обычных условиях.

Имеется рост по службе. Сочетание работы с успешным обучением.

Активное самостоятельное ведение домашнего хозяйства. Сохранность интересов, адаптации, родственных и социальных связей.

2. Работа или учёба на несколько сниженном уровне, в облегчённых условиях. Эффективное ведение домашнего хозяйства при незначительной помощи извне. Сужение круга интересов и возможностей общесоциального приспособления.

3. Значительное снижение по специальности при условии регулярной работы. Работа прежней квалификации выполняется нерегулярно. Частая смена работы. Обучение малоуспешно, с большим трудом переходят в следующий класс.

4. Преимущественно или длительно не работает. Обучаться не способен. деятельность непродуктивная. Может выполнять отдельные простые элементы работы. Живя один элементарно обслуживает себя.

5. Совершенно бездеятелен, неприспособлен. Преимущественно стационарирован.

### Тесты к главе III

**1. Заполнение большим пробелов памяти (амнезии) вымышленными, фантастическими событиями, называется:**

- А. Криптомнезия.
- =В. Конфабуляция.
- С. Анэuforia.
- Д. Псевдореминисценция.
- Е. Парафренный бред.

**2. Потеря способности запомнить, отсутствие памяти на текущие события - это:**

- А. Аффектогенная амнезия.
- В. Скотомизация.
- С. Анэuforia.
- Д. Палимпсест.
- =Е. Фиксационная амнезия.

**3. У больного после ЧМТ выпали из памяти события, непосредственно предшествовавшие травме. Вид нарушения?**

- А. Ретроградная амнезия.
- =В. Антероградная амнезия.
- С. Антероретроградная амнезия.
- Д. Регрессирующая амнезия.
- Е. Прогрессирующая амнезия.

**4. Заполнение большим пробелов памяти событиями из прошлой жизни называется:**

- =А. Псевдореминисценция.
- В. Криптомнезия.
- С. Конфабуляция.



Д. Анэ́кфория.

Е. Э́хомнезия.

**5. У больного отмечается отсутствие памяти только на определённые лица и события. Вид нарушения?**

А. Конфабуляция.

В. Анэ́кфория.

=С. Кататимная амнезия.

Д. Э́хомнезия.

Е. Истерическая амнезия.

**6. Что не характерно для синдрома Корсакова?**

А. Конфабуляция.

В. Фиксационная амнезия.

С. Ретроградная амнезия.

=Д. Психические автоматизмы.

Е. Амнестическая дезориентировка.

**7. Больной после ЧМТ утратил воспоминания о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния. Вид нарушения?**

=А. Ретроградная амнезия.

В. Антероградная амнезия.

С. Антероретроградная амнезия.

Д. Регрессирующая амнезия.

Е. Стационарная амнезия.

**8. Больной забывает названия слов и заменяет их описанием предмета.**

**Что это?**

А. Э́хомнезия.

В. Амнестическая дезориентировка.

С. Моторная афазия.

Д. Сенсорная афазия.

=Е. Амнестическая афазия.

**9. Что характерно для Корсаковского синдрома?**

А. Катаlepsия.

В. Психические автоматизмы.

=С. Конфабуляции.

Д. Парафренный бред.

Е. Амбулаторные автоматизмы.

**10. Больной не может полностью воспроизвести в сознании деталей и подробностей, происходивших во время алкогольного опьянения. Вид нарушения:**

А. Конфабуляция.

В. Абстиненция.

С. Ретроградная амнезия.

=Д. Палимпсест.

Е. Анэ́кфория.

**11. Как называются качественные изменения памяти, характеризующиеся извращением, обманами памяти?**

=А. Парамнезии.

В. Гипермнезия.

С. Амнезия.

Д. Скотомизация.

Е. Гипомнезия.

**12. Стойкий дефект памяти, когда больной не может вспомнить только события определенного времени, называется:**

А. Стационарная амнезия.

В. Регрессирующая амнезия.

С. Анэ́кфория.

=Д. Скотомизация.

Е. Палимпсест.

**13. Криптомнезии характеризуются как:**

А. Ложные воспоминания.

=В. Искажение памяти.

С. Снижение памяти.

Д. Отсутствие памяти на прошедшие события.

Е. Отсутствие памяти.

**14. Психические нарушения, включающие амнезию, конфабуляцию и дезориентировку, характерны для:**

А. Психорганического синдрома.

=В. Синдрома Корсакова.

С. Псевдопаралитического синдрома.

Д. Делириозного синдрома.

Е. Онейроидного синдрома.

**15. Нарушение памяти по "закону Рибо" встречается при:**

А. Фиксационной амнезии.

В. Регрессивной амнезии.

=С. Прогрессивной амнезии.

Д. Ретроградной амнезии.

Е. Ретардированной амнезии.

### **Задача № 1**

Больной Ю.Ш., 40 лет. Попал в автокатастрофу, во время которой получил ЧМТ. Был некоторое время в бессознательном состоянии, после выхода из

которого не помнит как его зовут, откуда он, не помнит своих детей и жену. Событий, которые имели место до травмы также не помнит.

Какой вид нарушения памяти у больного?

### **Задача № 2**

Больной 78 лет, пенсионер. Поступил в психиатрический стационар в связи с нарушением памяти - не помнит, что ел на завтрак, что почтальон принёс ему пенсию. Находясь на лечении в отделении не помнит, как зовут лечащего врача, соседей по палате, какие события имели место неделю назад также не помнит. Хотя события молодости помнит хорошо. С каждым днём нарушения памяти нарастают.

Назовите нарушения памяти и синдромологический диагноз?

### **Задача № 3**

Больной Б. Д., 43 года, столяр, в течение 15 лет злоупотребляет спиртным. Доставлен в психиатрический стационар в связи с нарушением психического состояния: не помнит текущих событий, периоды амнезии заполняет вымышленными событиями: утверждает, что 2 года назад он работал в Испании, рассказывает о корриде, хотя сам никогда там не был. С трудом передвигается, астенизирован, вял, имеются множественные полиневриты. Не помнит, что он ел на завтрак, без посторонней помощи не может вернуться в свою палату.

Обоснуйте синдромологический диагноз.

### **Задача № 5**

Больной Д. Л., 35 лет. В психоневрологический диспансер обратилась жена больного, которая рассказала, что в течение последнего года её муж забросил работу, целыми днями и даже по ночам что-то пишет и тщательно прячет написанное. Вызванный к врачу больной рассказал, что изобрёл аппарат "Л-2" для улавливания мыслей на расстоянии. Это изобретение, по мнению больного, должно стать основой для "новой технической революции" и имеет огромное оборонное значение, принёс с собой массу чертежей, схем, толстую рукопись, в которой с помощью уравнений из элементарной математики, простых законов физики он пытается обосновать свою "гипотезу". Рассказал врачу, что первый экземпляр рукописи он повёз в Москву, но по дороге чемодан был украден. Абсолютно уверен, что кража была совершена агентами иностранной разведки. Обо всём этом больной рассказывает с массой мельчайших подробностей, с глубокой убеждёностью, отмечая мысль о возможной ошибке.

Установите синдромологический диагноз.

## **Тесты к главе IV**

### **1. Бред лучше описывается как:**

А. Восприятие искажённого представления сенсорного образа.

В. Ложное утверждение, отвечающее специфическим патологическим нуждам.

- С. Восприятие предметов или звуков, реально не существующих.
- Д. Точка зрения, которая может быть изменена под влиянием очевидных доводов.
- Е. Диссоциативная реакция.

**2. Больной шизофренией считает себя главнокомандующим всеми вооружёнными силами Земли, 10-ти кратным Героем Мира, критики нет. Предпочтительный диагноз?**

- А. Бред богатства.
- В. Сверхценные идеи.
- С. Ипохондрический бред.
- Д. Парафренный бред.
- Е. Резидуальный бред.

**3. Навязывание больному чуждых ему мыслей или отнятие его мыслей, называется:**

- А. Бред отношения.
- В. Псевдогаллюцинации.
- С. Фонторемия.
- Д. Ментизм.
- Е. Обсессии.

**4. Определению бредовых идей больше соответствует понятие, что это:**

- А. Нарушение грамматической структуры мышления.
- В. Нарушение содержания мышления.
- С. Нарушение логической структуры мышления.
- Д. Нарушение стройности мышления.
- Е. Гиперболизация фактов.

**5. Для синдрома Кандинского-Клерамбо характерно всё, кроме:**

- А. Псевдогаллюцинации.
- В. Бред преследования.
- С. Ментизм.
- Д. Бред физического воздействия.
- Е. Амбулаторный автоматизм.

**6. Больной внёс на производстве рациональное предложение, но сам придаёт ему значение крупного мирового открытия. Что это?**

- А. Парафренный бред.
- В. Сверхценные идеи.
- С. Бред изобретательства.
- Д. Навязчивые идеи.
- Е. Резонёрство.

**7. Больной на первый вопрос, заданный ему, отвечает правильно, а на последующие даёт аналогичный ответ. Что это?**

- А. Паралогичное мышление.
- В. Вербигерация.
- С. Бессвязное мышление.

Д. Обстоятельность мышления.

Е. Персеверация.

**8. Во время беседы больной неожиданно замолкает, прерывает свою мысль. Вид нарушения?**

А. Замедление темпа мышления.

В. Вербигерация.

С. Персеверация.

Д. Шперрунг.

Е. Аутистическое мышление.

**9. Предложения в речи больного грамматически и логически построены неверно, всякий смысл в них отсутствует. Вид нарушения?**

А. Бессвязность мышления.

В. Вербигерация.

С. Персеверация.

Д. Обстоятельность мышления.

Е. Разорванность мышления.

**10. Симптоматика какого синдрома складывается из первичного бреда, вербальных галлюцинаций и явлений психического автоматизма?**

А. Параноидного.

В. Кандинского-Клерамбо.

С. Паранойяльного.

Д. Котара.

Е. Парафренного.

**11. Больной шизофренией считает себя тяжело больным, что у него инфаркт миокарда. Соматической патологии нет, разубеждению не поддаётся. Предпочтительный диагноз?**

А. Навязчивые идеи.

В. Сверхценные идеи.

С. Парафренный бред.

Д. Ипохондрический бред.

Е. Индуцированный бред.

**12. Переживания больного о том, что его мысли "слышат" все окружающие (симптом "открытости") относятся к:**

А. Бреду отношения.

В. Ассоциативному автоматизму.

С. Псевдогаллюцинациям.

Д. Бреду физического воздействия.

Е. Кинестетическому автоматизму.

**13. Больной эпилепсией в беседе не может выделить главное от второстепенного, застревает на мелочах. Эта патология мышления называется:**

А. Обстоятельность мышления.

В. Резонёрство.

С. Персеверация.

Д. Шперрунг.

Е. Вербигерация.

**14. В клинической картине сочетание систематизиру-ванного бреда преследования и воздействия с фантасти-ческим бредом величия - больной называет себя "богом всех богов", властелином Земли. Синдром?**

А. Паранойяльный.

В. Парафренный.

С. Параноидный.

Д. Галлюцинаторно-параноидный.

Е. Синдром Кандинского-Клерамбо.

**15. Отметить нарушение, которое отличается от ниже-перечисленных:**

А. Сверхценные идеи.

В. Вторичный бред.

С. Навязчивые идеи.

Д. Первичный бред.

Е. Обстоятельность мышления.

**16. Больной находится в постели и монотонно, стерео-типно повторяет одну и ту же фразу: "я болен... я болен... я болен...". Что это?**

А. Бессвязное мышление.

В. Персеверация.

С. Вербигерация.

Д. Аутистическое мышление.

Е. Паралогическое мышление.

**17. Больной жалуется на произвольно возникающий, непрерывный, неуправляемый поток мыслей, воспомина-ний, наплыв образов, представлений. Вид нарушения?**

А. Ментизм.

В. Скачка идей.

С. Ускорение темпа мышления.

Д. Вербигерация.

Е. Разорванность мышления.

**18. Спастическое многократное повторение отдельных слогов произносимого слова, это:**

А. Прерывающаяся речь.

В. Логоклония.

С. Дизартрия.

Д. Заикание.

Е. Дислалия.

**19. В клинической картине тревожно-бредовая депрес-сия с преобладанием нигилистически-ипохондрического бреда с идеями распада и отсутствия внутренних органов. Синдромологический диагноз?**

А. Синдром Кандинского-Клерамбо.

- В. Синдром Котара.
- С. Синдром Капгра.
- Д. Синдром Фреголи.
- Е. Синдром Корсакова.

**20. Первичный бред характеризуется:**

- А. Наличием зрительных галлюцинаций.
- В. Насильственным возникновением мыслей, при сознании их болезненности.
- С. Отсутствием связи с галлюцинациями, иллюзиями и другой патологией восприятия.
- Д. Вторичными аффективными нарушениями.
- Е. Бесплодным мудрствованием.

**Задача № 1**

Больной Н.Б., 51 год. Считает, что с целью формирования его личности на него воздействуют из Сибири и из Москвы специальными аппаратами, вкладывают в его голову непонятные фразы, часто повторяют про какие-то 10 тысяч кирпичей и звезду. Всё это произносит один и тот же мужской голос, который слышится в глубине ушей или в мозге. Показывают ему "странные картины" - обнажённых женщин в различных позах. Картины видит ясно, чётко "внутри глаз, но как бы перед ними". Когда закрывает глаза, картины видятся ярче. Часто "подают не тот запах и заменяют вкус", больной кладёт в чай сахар, а чай оказывается солёным. Ощущает на себе воздействие лучей, направляемых теми же аппаратами.

Назовите симптомы психических расстройств.

**Задача № 2**

Больная А. В., 56 лет. Работает уборщицей в школе. Живёт одна. В последнее время подозрительна, недоверчива, настроение пониженное. Обращается в различные инстанции с жалобами на соседей, что соседи заходят к ней без её ведома, топчут пол, воруют вещи из шифоньера, специально пачкают двери, площадку, обливают нечистотами - "чтобы я от запаха мочи задохнулась". Пачкают стиральное бельё, кладут в пищу волосы, портят продукты. Они хотят завладеть моей квартирой, поэтому мне не дают покоя всю ночь, не дают спать, двигают мебель, мелодично бьют молотком по стене". Больная неоднократно меняла замки на дверях, чтобы соседи не могли проникнуть в квартиру. Разубеждению не поддается.

Назовите симптомы.

Установите синдромологический диагноз.

**Задача № 3**

Больной Т.П., 28 лет. На вопрос с чего у него началась болезнь, отвечает: "У меня, знаете, получилось так. Я вообще ... да-а ... у меня как раз в 6-м классе учился ... и там ... у меня ... там. Прихожу я значит в школу, пришёл значит. Сдавал экзамен ... Сдавал, значит, по русскому ... языку. Этот предмет сдавал... значит русский язык. У нас да-а это положено, изложение мы писали. Преподаватель говорит: "Можно выйти". Мы вышли из этого, как говорится,

класса... в коридор вышли... Сидим дожи-даемся, потом преподаватель, как говорится, вызывает, говорит: "Можете войти". Вошли... сели, сидим. Смотрю... четвёрка по-ставлена, по этому самому, как его... изложению... Ну вот кон-чился у нас предмет этот... нам поставили оценки... всем поста-вили. Тут и припадок развился..."

Перечислите болезненные симптомы. Укажите ведущий син-дром.

#### **Задача № 4**

Больной Б.Л., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бы-вает агрессивен. Себя называет "фельдмаршалом", "властелином мира". Слышит "голоса", доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно мо-жет переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему подпускают в нос с помо-щью особой техники". При этом раздражается, требует, чтобы "немедленно прекратили это безобразие". Чувствует, как с по-мощью аппарата на него действуют "протонами", создают "превратные мысли", "наматывают на мозг", "из Лондона дейст-вуют с помощью электронов". При закрытых глазах видит различных животных, тараканов, скорпиона и т.п. Требуется не-медленной выписки, хочет ехать в Москву, где ему "дадут много денег, сколько он захочет".

Назовите синдром?

#### **Тесты к главе VII**

##### **1. Эмбриотии возникают при поражении плода в период:**

- А. До зачатия и в первый час после него.
- В. В течение 2-3 недель после оплодотворения.
- С. От 4 недель до 4 месяцев беременности.
- Д. В 4-7 месяцев беременности.
- Е. В 7-9 месяцев беременности.

##### **2. У большинства больных, имеющих среднюю степень задержки умственного развития, коэффициент интеллектуальности (IQ) по стандартным психологическим тестам, равен:**

- А. Ниже 20.
- В. 20-34.
- С. 35-49.
- Д. 50-70.
- Е. 71-85.

##### **3. Исключите лишнее. К олигофрениям, обусловленным хромосомными абберациями, относятся все, кроме:**

- А. Болезнь Дауна.
- В. Синдром Шерешевского
- С. Синдром Лоуренса-Видля.
- Д. Синдром Клайнфельтера.



Е. Фенилпировиноградная олигофрения.

**4. Для олигофрении, обусловленной родовой травмой характерно всё, кроме:**

А. Неврологические симптомы (парезы, параличи).

В. Резкое недоразвитие мозговой части головы.

С. Приступы головной боли и головокружения.

Д. Резкое расстройство памяти и внимания.

Е. Лёгкая утомляемость, повышенная истощаемость.

**5. Для олигофрении характерны следующие особенности, кроме:**

А. Недоразвитие психики в целом.

В. Неспособность к абстракции, отвлечённому мышлению.

С. Однообразии эмоций.

Д. Нестойкость интересов, особые влечения к новым ощущениям.

Е. Слабость активного, целенаправленного внимания.

**6. При олигофрениях, обусловленных токсоплазмозом, не отмечается:**

А. Глазные нарушения.

В. Явления депигментации.

С. Судорожные припадки.

Д. Гидроцефалия.

Е. Внутримозговые обызвествления.

**7. Что является не характерным для эндемического кретинизма?**

А. Микроцефалия.

В. Диспропорция телосложения.

С. Нарушение процессов оссификации.

Д. Задержка полового развития.

Е. Микседематозный симптомокомплекс.

**8. Укажите основной патогенетический механизм при болезни Дауна:**

А. Генетический дефект.

В. Хромосомная абберация.

С. Резус-несовместимость.

Д. Асфиксия плода.

Е. Эндокринная неполноценность.

**9. Классический тип сосудистой деменции - это:**

А. Синдром лакунарного, дисмнестического слабоумия.

В. "Псевдопаралитическое" слабоумие.

С. Синдром амнестического слабоумия.

Д. Сенильноподобный тип деменции.

Е. "Псевдотуморозная" форма.

**10. К олигофрениям эндогенной природы относятся все, кроме:**

А. Истинная микроцефалия.

В. Энзимопатические формы.

С. Ксеродермическая олигофрения.

д. Олигофрения при врождённом сифилисе.

Е. Болезнь Дауна.

**11. Для истинной микроцефалии характерны все следующие признаки, кроме:**

- А. Диспластичность телосложения.
- В. Низкий покатый лоб.
- С. Чрезмерно развитые надбровные дуги.
- Д. Вытянутая форма головы.
- Е. Малые размеры черепа.

**12. Олигофрении - эмбриопатии и фетопатии все следующие, кроме:**

- А. Обусловленные краснухой.
- В. Обусловленные токсоплазмозом.
- С. При врождённом сифилисе.
- Д. Энзимопатические формы с нарушением углеводного обмена.
- Е. Обусловленные гемолитической болезнью новорожденных.

**13. Экспертиза ребёнка с подозрением на задержку умственного развития включает:**

- А. Внимательное физикальное обследование.
- В. Неврологическое обследование.
- С. Анализы крови и мочи на метаболические нарушения.
- Д. Психологическое тестирование.
- Е. Все ответы правильные.

**14. При гидроцефалии наблюдаются следующие признаки, кроме:**

- А. Хороший музыкальный слух и механическая память.
- В. Слизистый отёк на лице и шее.
- С. Увеличенный череп с вытянутым лбом.
- Д. Нарушение зрения вплоть до слепоты.
- Е. Двигательные нарушения (парезы и параличи).

#### **Задача № 1**

Больной 12 лет. Сидеть начал с 6 месяцев, ходить с 3 лет, фразовая речь с 4-х лет. В анамнезе корь, ветрянка. С 8 лет учится во вспомогательной школе, за 4 года с трудом научился читать, но пересказывать прочитанное не может.

Объективно: диспластичен, избыточное отложение жира на груди и ягодицах, слабо выражены половые признаки. Психический статус: охотно вступает в контакт, речь нечёткая, сообщил, что дома помогает по хозяйству, в основном, пасти коров. Запас слов небольшой, круг интересов ограничен, считает с трудом до 20. Грубое снижение памяти и интеллекта.

Синдромологический диагноз.

#### **Задача № 2**

Больной Д., 11 лет. Доставлен в психиатрический диспансер в связи с нарушением развития интеллекта. Родился в наследственно отягощенной семье: отец и мать страдают алкоголизмом. Родился в срок, ходить начал в 1,5 года, говорить с 2-х лет. В раннем детстве перенёс детские инфекционные заболевания. В школу пошёл с 7 лет, но с программой не справлялся. Был

направлен в спец. интернат, но мать категорически отказалась. В настоящее время в школе не учится. Навыками письма и чтения не владеет. Считает до 100, во время обратного счёта сбивается. Смысла пословиц и поговорок не понимает. Объективно: выражение лица и взгляд малоосмысленные. Внимание труднопривлекаемое, в беседе малопродуктивен. Словарный запас беден. Навыки самообслуживания сформированы. С детьми общителен. По характеру подчиняем.

Определите степень интеллектуального недоразвития.

### **Задача № 3**

Больной М., 12 лет. Низкого роста, диспластичен. Верхние и нижние конечности по сравнению с туловищем короткие. Монголоидный тип лица, имеется третье веко, кончик языка вываливается наружу. Язык толстый, с грубыми поперечными складками. Щёки розовые. Взгляд малоосмысленный. Обращённую речь не понимает. Издаёт нечленораздельные звуки. Навыки самообслуживания сформированы недостаточно.

Определите степень интеллектуального недоразвития.

Обоснуйте нозологический диагноз.

### **Задача № 4**

Больной М.Т., 37 лет. Участник войны в Афганистане. В течение 10 лет страдает эпилепсией. Судорожные припадки частые (до 15 раз в месяц по типу больших развёрнутых). Поддерживающее лечение дома не получает. Объективно: внешне неопрятен, за собой совершенно не следит. Выражение лица малоосмысленное. Взгляд бессмысленный, внимание труднопривлекаемое. В беседу вступает с большим трудом, обращённую речь понимает не полностью. В беседе постоянно повторяет одну и ту же фразу: «Надо ехать в Кандагар», забывает имена своих детей, жены. Память снижена, не помнит основных дат своей жизни: в каком году закончил школу, когда служил в армии, с какого года поступил на работу.

Сформулируйте синдромологический диагноз.

### **Задача № 5**

Больная М., 75 лет. Не знает сколько ей лет, сколько у неё детей. Считает себя ещё молодой, собирается поступать в институт. В отделении ведёт себя неадекватно: сняв с себя всю одежду, бесцельно ходит по отделению, выражается нецензурными словами, кричит на больных по палате. Себя не обслуживает.

Установите синдромологический диагноз.