

Частное учреждение образования
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск
2009

Автор составитель:

М.Н. Мисюк, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии МИУ, врач высшей категории.

Рецензенты:

И.С. Асаёнок, доктор медицинских наук, профессор;

В.В.Шевляков, доктор медицинских наук, профессор.

Рекомендовано к изданию кафедрой юридической психологии Минского института управления (протокол №.... от)

Учебно - методический комплекс содержит курс лекций по всем темам дисциплины «Судебная психиатрия».

В учебно-методическом комплексе раскрыто содержание дисциплины, определены её цели и задачи, место в учебном процессе.

Представлены вопросы для самоподготовки и список литературы, рекомендуемой для изучения в процессе самостоятельной работы.

Комплекс предназначен для студентов факультета проведения дневной и заочной форм обучения.

Оглавление

1. История развития судебной психиатрии.

2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

1. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания человека в связи с его общественно опасными действиями.

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

4. Организация психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Роль судебной психиатрии в уголовном и гражданском процессах (вменяемость и невменяемость, дееспособность и недееспособность).

4. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

1. Структура судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь и ее экспертные учреждения.

2. Порядок назначения и организация осуществления медицинского характера и лицам с психическими расстройствами.

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

4. Требования, предъявляемые к судебно-психиатрическому эксперту, круг лиц, подлежащих судебно-психиатрической экспертизе, права и обязанности эксперта, виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Примерный перечень вопросов, решаемых при назначении судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы, ее оценка.

5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология продолговатого мозга.

3. Анатомия и физиология среднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга.

7. Спинной мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

9. Понятие о психической деятельности человека, ее основных функциях.

6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

2. Виды ощущений в зависимости от механизма их возникновения. Нарушения ощущений.

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

4. Внимание, его свойства; нарушения внимания, синдром дефицита внимания.

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

8. Воля, нарушения волевой сферы.
9. Сознание, синдромы расстройств сознания.
10. Расстройства личности.
11. Определение психических заболеваний, синдромы психических заболеваний.

3.

7. Патологическое развитие характера. Психопатии.

1. Определение понятия психопатий.
2. Диагностические критерии патологии личности.
3. Виды психопатий. Судебно-психиатрическая оценка.
4. Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации.
5. Расстройства половой идентификации и парафилии.

4.

8. Олигофрении. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.

1. Определение понятия олигофрении.
2. Диагностические критерии и признаки олигофрений.
3. Эпидемиологическая справка.
4. Классификация олигофрений, клиническая картина.
5. Группы и формы олигофрений.
6. Отдельные формы олигофрений.
7. Судебно-психиатрическая экспертиза.

5.

9. Временные психические расстройства.

1. Определение.
2. Патологическое опьянение.
3. Сумеречные состояния сознания не являющиеся симптомом какого-либо хронического заболевания.
4. Патологические просоночные состояния.
5. Патологический аффект.
6. Реакция «короткого замыкания».
7. Судебно-психиатрическая оценка.

6.

10. Реактивные состояния.

1. Определение.
2. Клиника реактивных состояний:
 - а) неврозы (истерический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
 - б) реактивные психозы (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы, предоподобные фантазии, синдром Ганзера и псевдодеменции, синдром пуэрилизма, синдром регресса психики [«одичания»], психогенный ступор, затяжные реактивные психозы).
3. Судебно-психиатрическая экспертиза реактивных психозов.

7.

11. Инволюционные психозы.

1. Характеристика вопроса.
2. Инволюционная меланхолия.
3. Инволюционный параноид.
4. Инволюционная истерия.
5. Пресенильные психозы.
6. Пресенильные деменции.

7. Старческие психозы.
8. Судебно-психиатрическая оценка.

8.

12. Травматические поражения головного мозга.

1. История вопроса.
2. Классификация травматических повреждений.
3. Периоды травматического повреждения.
4. Клинические проявления травматического поражения мозга:
 - а) травматическая астения,
 - б) психопатоподобный синдром,
 - в) эпилептиформные проявления,
 - г) травматические психозы,
 - д) слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

9.

13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.

1. Характеристика сосудистых нарушений.
2. Стадии церебрального атеросклероза.
3. Клиническая картина сосудистых нарушений.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с сосудистой патологией.

10.

14. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД).

1. Определение заболевания.
2. Реакция заболевших СПИД пациентов на заболевание.
3. Характеристика психических расстройств.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных СПИДом.

11.

15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
 - а) сифилитическая невралгия;
 - б) менингеальная форма;
 - в) гумозная форма;
 - г) аноплектиформный сифилис мозга;
 - д) эпилептиформный сифилис мозга;
 - е) галлюцинаторно-параноидная форма;
 - ж) сифилитический псевдопаралич;
3. Сухотка спинного мозга (табес).
4. Прогрессивный паралич.
5. Судебно-психиатрическая оценка сифилитических заболеваний мозга.

16. Шизофрения.

1. Определение шизофрении.
2. Причины развития.
3. Симптомы шизофрении.

4. Типы течения шизофрении (непрерывная, периодическая (рекуррентная), приступообразно-прогредиентная, протекающая в виде шубов).

5. Формы шизофрении (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, циркулярная).

6. Судебно-психиатрическая оценка.

12.

17. Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия).

1. Общая характеристика биполярного расстройства.

2. Маниакальная фаза.

3. Депрессивная фаза.

4. Циклотимия.

5. Судебно-психиатрическая оценка.

13.

18. Эпилепсия.

1. Определение эпилепсии, этиология заболевания.

2. Судорожные кратковременные и бессудорожные пароксизмальные состояния.

3. Острые и затяжные психозы.

4. Изменения личности и слабоумие.

5. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

14.

19. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании.

1. Характеристика алкоголизма.

2. Простое алкогольное опьянение.

3. Патологическое опьянение и его особенности.

4. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольного опьянения.

5. Хронический алкоголизм. Причины распространения.

6. Стадии алкоголизма.

7. Алкогольные психозы. Алкогольная деградация личности. Судебно-психиатрическая оценка.

8. Действие наркотиков на организм человека, развитие зависимости организма от потребления наркотиков.

9. Виды наркомании. Различия понятий «наркомания» и «токсикомания».

10. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате употребления наркотических и токсических средств.

15.

20. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.

1. Понятие симуляции психического заболевания.

2. Виды симуляции – простая; на патологической почве (аггравация, метасимуляция, сверхсимуляция (гиперсимуляция), диссимуляция.

3. Эпидемиологические различия видов симуляции.

4. Диссимуляция (истинная, патологическая).

5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

16.

21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

1. Правовое положение несовершеннолетних.

2. Понятие пубертата.

3. Наиболее часто встречающиеся синдромы психических расстройств в подростковом возрасте.

4. Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков; шизофрения, олигофрения.

17.

22. Суицид.

1. Введение в проблематику.
2. Мифы в отношении суицидов.
3. Определение.
4. Основные концепции и подходы в современной суицидологии.
5. Свойства, характеризующие личность суицидента.
6. Типы адаптированной личности.
7. Основные категории самоубийств.
8. Типы суицидальных действий.
9. Личности повышенного суицидального риска.
10. Личностные реакции с повышенной суицидоопасностью.
11. Факторы повышенного суицидального риска (экстраперсональные, интраперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

23. Иллюстративный материал.

24. Вопросы для самоподготовки по дисциплине «Судебная психиатрия».

25. Литература.

«...Аще бесный убьёт, не повинен, есть смерти...»*

системные кванты, в которые осуществляется программирование психической деятельности, направленной на удовлетворение этих потребностей, и оценка достигнутых результатов.

Литература:

1. Каплан Г., Сэдок Б. «Клиническая психиатрия» - перевод с англ., М. Гэотар медицина, 1999. С. 223-231, 269-288.
2. Ли С.П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ, 2006. С. 17-25.
3. Мисюк М.Н. «Физиология поведения», УМК, изд-во МИУ, 2008, с. 179, 197, 209, 232, 244.
4. Морозов Г.В. «Судебная психиатрия». «Юридическая литература», Москва, 1978, с. 143-150.

6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях

1. Определение.
2. Виды ощущений в зависимости от механизма их возникновения. Нарушения ощущений.
3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.
4. Внимание, его свойства; нарушения внимания, синдром дефицита внимания.
5. Память, её виды, расстройства памяти.
6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.
7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.
8. Воля, нарушения волевой сферы.
9. Сознание, синдромы расстройств сознания.
10. Расстройства личности.
11. Определение психических заболеваний. Синдромы психических заболеваний.

Патопсихология - наука, изучающая закономерности регресса психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Патопсихология изучает закономерности искажения отражательной деятельности мозга.

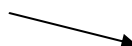
Ощущения – отражение отдельных свойств предметов объективного мира при их непосредственном воздействии на органы чувств.

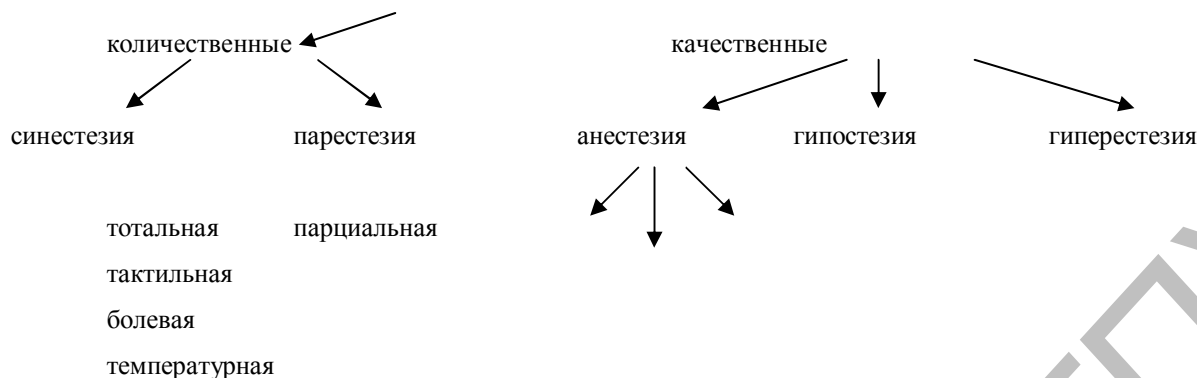
Ощущения являются основой многих симптомов и синдромов разнообразных болезней, одним из элементарных психических явлений. Они могут носить осознаваемый или неосознаваемый характер и существенно влияют на возможность предъявления пациентом жалоб на состояние собственного здоровья, что влияет на процесс диагностики.

Виды ощущений в зависимости от механизмов (источников) их возникновения

1. **Экстероцептивные** ощущения (обусловлены воздействием раздражителей на рецепторы нервных окончаний на поверхности кожи и слизистых).
2. **Интероцептивные** ощущения (вызваны воздействием раздражителей на рецепторы нервных окончаний от внутренних органов);
3. **Проприоцептивные** ощущения – связаны с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах.

Нарушения ощущений:





Анестезия – утрата одного или нескольких видов чувствительности.

Гипостезия – снижение одного или нескольких видов чувствительности.

Гиперестезия – субъективно переживаемое усиление одного или нескольких видов чувствительности.

Синестезии – расстройство, проявляющееся «наслоением» ощущений в разных анализаторах («окрашенный звук», «тёплая музыка» и др.).

Парестезии – разнообразные трудноформализуемые неприятные тактильные ощущения.

Роль формирования ощущений достаточно существенная, поскольку на базе ощущений происходит становление процесса восприятия реальности.

Восприятие – психический процесс, осуществляющий целостное интегрированное отражение предметов, явлений, событий окружающего мира.

Виды восприятия

1. По органам чувств: зрительные, слуховые, вкусовые, осязательные, обонятельные ощущения.
2. Восприятие времени.
3. Восприятие собственного тела и его частей.

Нарушения восприятия

1. **Агнозии** – потеря способности узнавать знакомые лица, предметы, звуки.
2. **Иллюзии** – ошибочное восприятие объекта. Различают:
 - *И. **аффективные** – возникающие на фоне страха, тревоги.
 - *И. **вербальные** – слуховые иллюзии.
 - *И. **парейдолические** – возникают на фоне сниженного тонуса сознания.
 - *И. **физиологические** – обманы восприятия, обусловленные физиологическими или физическими факторами.
3. **Эйдезм** – след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого, яркого образа.
4. **Галлюцинации** – мнимое восприятие (возникающее без реального объекта). Различают следующие разновидности галлюцинаций:
 - *Г. **Боннэ (Попова)** – зрительные (слуховые) обманы восприятия, возникающие у больных со сниженным зрением (слухом).
 - *Г. **вербальные** – слуховые обманы восприятия (в виде отдельных слов, фраз, речи).
 - *Г. **гипногогические** – зрительные (реже слуховые) обманы восприятия, возникающие при засыпании.
 - *Г. **гипнопомпические** – зрительные (реже слуховые) обманы восприятия, возникающие при пробуждении.

***Г. Дюпре (воображения)** – обманы восприятия, связанные с длительно вынашиваемыми, эмоционально значимыми представлениями, идеями (созвучны последним по содержанию).

***Г. истинные** – обманы восприятия, характеризующиеся проекцией патологических образов в окружающее пространство, чувственной яркостью, отсутствием ощущения «сделанности» и влияния извне.

***Г. комментирующие** – вербальные обманы восприятия, проявляющиеся в виде «голосов», интерпретирующих действия больных.

***Г. ложные (псевдогаллюцинации)** – обманы восприятия, характеризующиеся проекцией патологических образов в субъективное пространство, отсутствием чувственной яркости, ощущением «сделанности» и влияния извне.

***Г. рефлекторные** – обманы восприятия, возникающие в одном из анализаторов при действии раздражителя на другой.

***Г. Сегла** – обманы восприятия, возникающие при реактивных психозах с содержанием, отражающим психотравмирующую ситуацию.

***Г. простые** – мнимое восприятие единичных оформленных (зрительных, слуховых) образов.

***Г. сложные (сценические)** – мнимое восприятие множественных образов (часто сюжетно связанных и последовательно вытекающих один из другого).

***Г. сочетанные** – сосуществование разных видов галлюцинаций (зрительных, слуховых и пр.).

***Г. функциональные** – галлюцинации, сосуществующие с восприятием реального раздражителя.

***Акоазмы** – элементарные слуховые галлюцинации, такие как шум, шипение, скрип, звон, скрежет и т.п.

***Фонемы** – элементарные речевые галлюцинации.

***Фотопсии (фосфены)** – элементарные зрительные галлюцинации.

5. **Соматоагнозия** – расстройство узнавания частей собственного тела.

***Аутометаморфопсия** (расстройство «схемы тела») – искажение восприятия собственного тела.

6. **Нарушение восприятия времени** – ощущение изменения скорости и плавности течения времени.

Внимание – направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности.

Внимание определяется как процесс и состояние настройки субъекта на восприятие приоритетной информации и выполнение поставленных задач. Направленность и сосредоточенность психической деятельности при внимании обеспечивает более эффективное восприятие информации. В общем плане выделяют два основных вида внимания: непроизвольное и произвольное (избирательное, селективное). Оба вида внимания имеют различные функции и неодинаково формируются в онтогенезе. В их основе лежат различные физиологические механизмы.

Несмотря на то, что во всех существующих формулировках **внимание в явной или неявной форме определяется через избирательность или селективность** — феномен, который можно уловить при внутреннем самонаблюдении, и при наблюдении за внешними проявлениями поведения, общепринятого определения внимания к настоящему времени в психологии не существует. Одним из основных противоречий в определении внимания было и остается отношение к нему со стороны одних ученых как к самостоятельному психическому процессу, а других — как к одной из характеристик **взаимодействия психических процессов**. Сторонники первой точки зрения выделяют разные формы внимания — сенсорное (зрительное, слуховое, тактильное и т.д.), моторное, интеллектуальное и эмоциональное. Вторая точка зрения становится все более распространенной — **внимание не имеет собственного продукта или своего**

особого содержания; это, в первую очередь, динамическая характеристика протекания познавательной деятельности. Существуют также и другие определения внимания, как-то: «Внимание обеспечивает успешную ориентировку субъекта в окружающем мире посредством более полного и отчётливого отражения его в психике. Объект внимания оказывается в центре нашего сознания, а всё остальное воспринимается слабо, неотчётливо».

В соответствии с характером подкрепления процесса внимания волевой деятельностью выделяют произвольное и непроизвольное внимание. Их различие заключается в степени контролирования человеком процесса внимания.

Внимание обладает пятью основными свойствами, это:

- устойчивость,
- сосредоточенность,
- переключаемость,
- распределение,
- объем.

Различают следующие нарушения внимания:

- неустойчивость,
- недостаточная концентрация,
- нарушение распределения,
- замедленность переключения,
- рассеянность.

На уровне клинических проявлений в детской практике выделяется **синдром дефицита внимания**, который проявляется следующими симптомами:

- а) беспокойные движения в кистях, стопах;
- б) невозможность сидеть на месте, когда требуется;
- в) легкая отвлекаемость на посторонние раздражители;
- г) нетерпеливость;
- д) склонность отвечать, не подумав, не дослушав до конца.

Наряду с другими познавательными процессами, перцептивными и интеллектуальными, **выделяются процессы мнемические (от греч. «мнема» - память).**

Мнемические процессы выступают в качестве компонентов познавательной активности человека и неразрывно связаны с его интеллектуальной деятельностью и перцептивными процессами. Образы памяти именуются представлениями.

Память – это процесс сохранения прошлого опыта, делающий возможным его повторное использование в деятельности и возвращение в сферу сознания.

Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим и является познавательной важнейшей функцией, лежащей в основе развития и обучения. Возобновляющиеся образы отдельных предметов и процессов, воспринятых в прошлом, усвоенные ранее движения и действия, пережитые прежде чувства и желания, возникшие когда-то мысли составляют прошлый опыт человека.

Память – это форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, удерживании, воспроизведении и забывании информации.

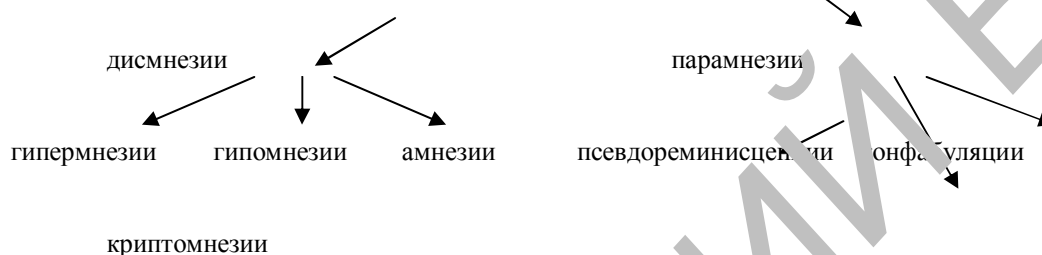
Различают следующие виды памяти:

1. Произвольная, произвольная память.
2. Механическая, опосредованная, логическая память.
3. Зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая, осязательная, двигательная память.
4. Долговременная, оперативная память.

В процессе памяти выделяют:

- запоминание,
- хранение,
- воспроизведение,
- забывание.

Варианты патологии памяти



Дисмнезия – расстройства памяти.

Гипермнезия – произвольное оживление памяти, повышенная способность воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных, неактуальных в настоящем.

Гипомнезия – частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений.

Амнезия – расстройство памяти на события определенного промежутка времени.

***А. антероградная** – утрата памяти на события, последовавшие за состоянием нарушенного сознания.

***А. аффектогенная** – утрата памяти на события в период эмоциональной бурной реакции (аффекта).

***А. конградная** – утрата памяти на события периода нарушенного сознания.

***А. мотивированная** – утрата памяти на отдельные психотравмирующие события.

***А. перфорационная (память сесты)** – утрата памяти на отдельные события периода алкогольного опьянения.

***А. прогрессирующая** – нарастающее опустошение запасов памяти.

***А. ретроградная** – утрата памяти на события, непосредственно предшествовавшие состоянию нарушенного сознания.

***А. систематизированная** – утрата специализированных видов памяти (на лица, цвета, запахи, навыки).

***А. фиксационная** – утрата памяти на текущие события.

Парамнезии:

Псевдореминисценции – качественное нарушение памяти, проявляющееся в «переносе» реально имевших место событий во времени.

Криптомнезии – стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел.

Различают:

***К. ассоциированные** – расстройства памяти, при которых прочитанное или увиденное расценивается как происшедшее с больным.

***К. отчуждённые** – расстройства памяти, при которых события, реально имевшие место с больным расцениваются как события, о которых он слышал, прочитал или увидел.

Конфабуляции – ложные воспоминания, «вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения» - яркие, образные, ложные воспоминания с патологической убежденностью в их истинности.

***К. замещающие** – замещение пробелов памяти вымыслами обыденного, правдоподобного содержания.

***К. фантастические** – замещение пробелов памяти вымыслами неправдоподобного (приключенческого, фантастического) содержания.

Мышление – это опосредованное и обобщённое отражение действительности, вид умственной деятельности, заключающейся в познании сущности вещей и явлений, закономерных связей и отношений между ними. Это специфичная для человека способность отражать в собственном сознании окружающий мир в полноте существующих связей, внутренних закономерностей; не только наблюдать, но и понимать суть происходящего.

Первая особенность мышления – это **опосредованный характер**. То, что человек не может познать прямо, непосредственно, он познаёт косвенно, опосредованно: одни свойства через другие, неизвестное явление – посредством изучения известного явления. Мышление всегда опирается на данные чувственного опыта – **ощущения, восприятие, представление**, и на ранее приобретённые теоретические знания.

Мышление выступает, главным образом, как решение вопросов, задач, проблем, которые постоянно выдвигаются жизнью перед людьми. Решение задач всегда должно дать человеку что-то новое (знания). Поиски решения иногда бывают очень трудными. Поэтому, мыслительная деятельность, как правило, деятельность активная, требующая сосредоточенного внимания и терпения. Реальный процесс мысли – это всегда процесс не только познавательный, но и эмоционально-волевой.

Вторая особенность мышления – это **обобщённость**. Обобщение как познание общего и существенного в объектах действительности возможно потому, что все свойства этих объектов связаны друг с другом. Общее существует и проявляется лишь в отдельном, конкретном явлении или субстрате.

Обобщения люди выражают посредством речи, языка. Объективной материальной формой мышления является язык. Мысль становится мыслью и для себя и для других только через слово – устное или письменное. Благодаря языку мысли людей не теряются, а передаются в виде системы знаний из поколения в поколение. Однако существуют и дополнительные средства передачи результатов мышления – световые и звуковые сигналы, электрические импульсы, жесты и т.д.

Мышление также неразрывно связано и с практической деятельностью людей. Всякий вид деятельности предполагает обдумывание, учёт условий действия, планирование, наблюдение. Действуя, человек решает какие-либо задачи. Практическая деятельность – основное условие возникновения и развития мышления, а также критерий истинности мышления.

Мышление – функция мозга, результат его аналитико-синтетической деятельности. Оно обеспечивается работой обеих сигнальных систем при ведущей роли второй сигнальной системы. При решении мыслительных задач в коре мозга происходит процесс преобразования систем временных нервных связей. Нахождение новой мысли физиологически означает замыкание нервных связей в новом сочетании.

Мыслительные процессы:

Мышление человека протекает в форме суждений и умозаключений.

Суждение – это форма мышления, отражающая объекты действительности в их связях и отношениях. Каждое суждение есть отдельная мысль о чём-либо. Последовательная логическая связь нескольких

суждений, необходимая для того, чтобы решить какую-либо задачу, понять что-нибудь, найти ответ на вопрос называется **рассуждением**. Рассуждение имеет практический смысл лишь тогда, когда оно приводит к определённом выводу, умозаключению. Умозаключение и будет ответом на вопрос, итогом поисков мысли.

Умозаключение – это вывод из нескольких суждений, дающий нам новое знание о предметах и явлениях мира. Умозаключения бывают **индуктивные, дедуктивные и по аналогии**.

Индуктивное умозаключение – это умозаключение от единичного (частного) к общему. Из суждений о нескольких единичных случаях или группах человек делает общий вывод.

Рассуждение, в котором мысль движется в обратном направлении, называют дедукцией, а вывод – дедуктивным. **Дедукция** – есть вывод частного случая из общего положения, переход мысли от общего к частному или единичному. При дедуктивном рассуждении мы, зная общее положение, правило или закон, делаем вывод о частных случаях, хотя их специально и не изучали.

Умозаключение по аналогии – это умозаключение от частного к частному. Сущность умозаключения по аналогии состоит в том, чтобы на основании сходства двух предметов в некоторых отношениях делается вывод о сходстве этих предметов и в других отношениях. Умозаключение по аналогии лежит в основе создания многих гипотез и догадок.

Результаты познавательной деятельности людей фиксируются в форме понятий.

Понятие – это отражение существенных признаков предмета. Чтобы эти признаки раскрыть, необходимо всесторонне изучить предмет, установить его связи с другими предметами. Понятие о предмете возникает на основе многих суждений и умозаключений о нём. Понятие как результат обобщения опыта людей, является высшим продуктом мозга, высшей ступенью познания мира.

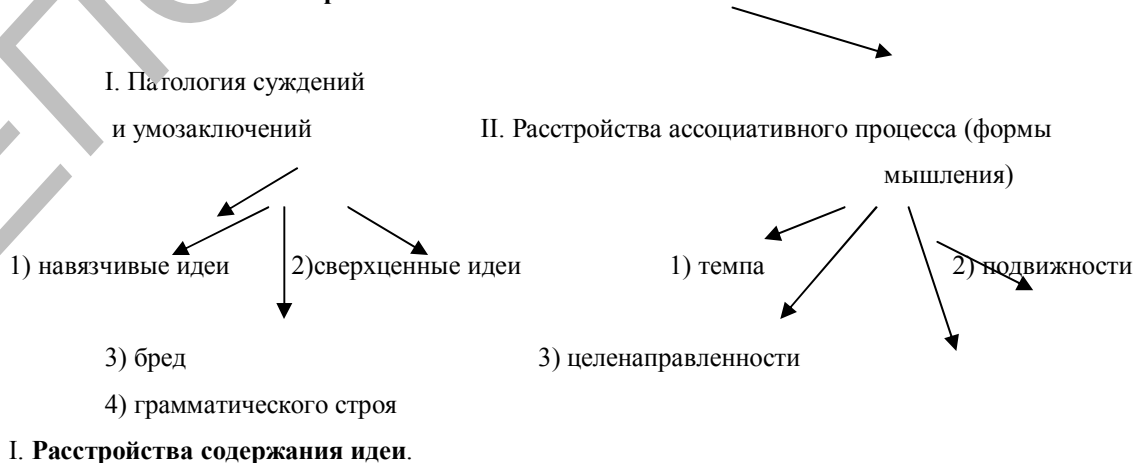
Мыслительная деятельность человека проявляется в понимании объектов мышления и в решении на этой основе разнообразных мыслительных задач.

Понимание – процесс проникновения мысли в сущность чего-либо. Объектом понимания может быть любой предмет, явление, факт, ситуация, действие, речь людей, произведения литературы и искусства, научные теории и т.д.

В зависимости от того, какое место в мыслительном процессе занимают слово, образ и действие, как они соотносятся между собой выделяют три вида мышления: конкретно-действенное, или практическое, конкретно-образное и абстрактное.

Традиционно в психиатрии расстройства мышления разделяют на расстройства ассоциативного процесса и патологию суждений и умозаключений. Эти расстройства могут наблюдаться у больного одновременно.

Варианты патологии мышления:



1) **Навязчивые идеи (обсессии)** – произвольно возникающие неадекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов»).

***Н. влечения (мании)** – обсессии, проявляющиеся стремлением к совершенствованию бессмысленных, иногда опасных поступков.

***Н. воспоминания** – обсессии, проявляющиеся наплывом образных, детальных воспоминаний (как правило, о неприятном для больного событии).

***Н. действия** – обсессии, проявляющиеся выполнением бессмысленных, часто неопытных поступков (ритуалов). Часто сочетающиеся с фобиями и имеющие значение защиты от них.

***Н. контрастные** – обсессии, содержание которых противоречит взглядам и установкам больного (как правило, развиваются в обстановке, исключающей возможность их выполнения).

***Н. (бесплодное «мудрствование»)** – обсессии, проявляющиеся доминированием в сознании, часто бессмысленных идей, не имеющих отношения к ситуации.

***Н. образные** – аффективно насыщенные обсессии.

***Н. опасения (сомнения)** – обсессии, проявляющиеся переживаниями в отношении исхода привычных действий.

***Н. отвлечённые** – обсессии, не сопровождающиеся выраженным аффективным напряжением.

***Н. страхи - фобии** – выраженная немотивированная тревога.

***Антропофобия** – страх толпы.

***Монофобия** – страх одиночества.

***Агорафобия** – страх открытых пространств.

***Клаустрофобия** – боязнь закрытых помещений.

***Нозофобия** – навязчивый страх тяжёлого заболевания.

***Канцерофобия** – боязнь заболеть онкологическим заболеванием.

***Мизофобия** – боязнь загрязнения.

***Танатофобия** – страх смерти.

***Оксифобия** – боязнь острых предметов.

***Гипсофобия** – страх высоты.

***Фобифобия** – навязчивое опасение возникновения новых фобий.

2) **Сверхценные идеи** – аффективно окрашенные, доминирующие (не соответствующие их значимости) суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов»).

3) **Бред** – ложные суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Фабула бреда, т.е. основное содержание бредовой концепции, может принимать самые разнообразные формы. Наиболее удачная классификация фабул бреда, основанная на идеях В. Грезингера, включает бред преследования (персекуторный), депрессивный и величия. Нередко у одного больного можно видеть сочетание несколько фабул бреда.

Различные варианты **персекуторного бреда** связаны с преобладанием у больных тревоги и страха, нередко определяют агрессивное поведение больных и в этом случае являются показанием к недобровольной госпитализации. Особую опасность представляет ситуация «**преследуемый преследователь**», когда

больной выбирает среди окружающих человека, который, по его мнению, является обидчиком, и начинает активно его преследовать.

Собственно **бред преследования** заключается в убеждении пациента в том, что воображаемые преследователи ходят за ним по пятам, наблюдают за его жизнью из окон соседних домов, проникают в квартиру в его отсутствие, проверяют его деловые бумаги и письма и т.д.

Бред воздействия заключается в том, что, по мнению больных, преследование осуществляется с использованием сложных технических средств (лучей, аппаратов, магнитофонов, микропроцессоров, электромагнитных полей) или путём дистантного психологического воздействия (гипноз, телепатия, колдовства, экстрасенсорных влияний).

Больные с **бредом отравления** уверены в том, что им в пищу подсыпают яд или в квартиру к ним подводят ядовитые газы. Нередко этому сопутствуют обонятельные и вкусовые иллюзии.

С пожилым возрастом связывают появление бреда **материального ущерба**, выражающегося в мыслях о том, что преследователи якобы воруют продукты, портят вещи, биют посуду, портят мебель. Некоторые больные при этом обращаются в различные инстанции с жалобами и требованиями (**судяжный бред**).

При бреде отношения (особого значения) случайные факты действительности воспринимаются как важные символы, несущие в себе большую смысловую нагрузку. Улыбка на лице случайного прохожего, лай собаки, появление новой машины во дворе – всё это свидетельствует о непосредственной угрозе для жизни пациента.

Бред инсценировки – выражается в уверенности, что окружающие больного люди пытаются его обмануть, разыгрывая из себя врачей, соседей и т.д., хотя в действительности являются переодетыми сотрудниками спецслужб или родственниками, которых он давно не видел.

Бред ревности – нередко чередуется с бредом выявления, т.к. его носители настойчиво скрывают подозрения, считая, что в глазах окружающих ревность – недостойное чувство.

Пациенты уверены в неверности супруга и заняты сбором доказательств измены.

Депрессивный бред – непосредственно связан с доминирующим у пациентов чувством тоски и подавленности, нередко является причиной суицидального поведения. Больные могут наказывать себя физическими истязаниями или лишать себя пищи. Изредка встречаются случаи расширенного суицида, когда больной убивает не только себя, но и своих детей, престарелых родителей, «чтобы избавить их от грядущих слук».

Наиболее частым вариантом депрессивного бреда является **бред самообвинения и самоуничтожения**. Больные утверждают, что они повинны в смерти родителей, болезни супруга, приписывают себе преступную халатность. У религиозных пациентов данная симптоматика приобретает форму **бреда греховности**.

При **ипохондрическом бреде** больные уверены в наличии постыдного или тяжёлого заболевания – рака, СПИДа, сифилиса и др. Поэтому они постоянно обращаются к врачам, требуя обследования и лечения. Сопричастительные результаты обследования ещё больше убеждают пациентов в том, что врачи скрывают от них истинный диагноз или недостаточно компетентны. Отказ от проведения операции воспринимают как свидетельство того, что заболевание зашло слишком далеко, и надежды на выздоровление больше нет, следствием чего может стать самоубийство.

Дисморфомонический (дисморфофобический) бред проявляется в том, что больные убеждены в существовании у них физического недостатка, уродства.

Различные варианты **бреда величия** сопровождаются приподнятым, радостным или благодушным настроением. Они не сомневаются, что наделены прекрасной внешностью, что вызывают любовь к себе, обладают редкими способностями. У пациента может возникнуть уверенность, что он сын великого человека, что его ожидает богатое наследство или блестящая карьера и т.д.

II. Расстройства формы мышления.

1) Нарушения темпа мышления.

Ускорение – увеличение количества ассоциаций в единицу времени.

Мысли поверхностны, малодоказательны, снижается продуктивность мышления.

Высшая степень ускорения мышления – скачка идей (непрерывная смена тематики речи в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения).

Ментизм – произвольно возникающий поток, наплыв мыслей или воспоминаний.

Замедление мышления – снижение числа ассоциаций в единицу времени. Целенаправленность мышления сохраняется, но оно лишается прежней глубины и широты, обедняется ассоциативный процесс.

Закупорка мышления (шперрунг) – обрыв («блокада») мысли.

2) Нарушение подвижности мышления.

Детализация – постоянная вовлеченность в процесс мыслительной деятельности второстепенных несущественных подробностей.

Обстоятельность мышления – «застывание» на несущественных деталях, вследствие неспособности отделения главного от второстепенного.

Вязкость – крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически малопонятной, а мышление – непродуктивным.

3) Нарушение целенаправленности мышления.

Витиеватость – пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, литературных цитат.

Соскальзывание – внешне объективно немотивированные неожиданные переходы логической и грамматически правильно построенной мысли одного содержания к другой ложной, неадекватной ассоциации.

Резонерство – утрата целенаправленности мышления.

Разноплановость мышления – одновременная оценка событий или явлений с двух (и более) взаимоисключающих событий.

Аморфность – нецелесообразное использование понятий, при котором грамотно построенная речь приобретает расплывчатый характер.

Разрывность мышления – утрата смысловой направленности речи при сохранности её грамматического строя.

Символическое мышление – абстрактное, не связанное с действительностью мышление, отражающее мистический мир больного.

4) Нарушение грамматического строя речи.

Несвязность мышления (инкогеренция) – нарушение грамматической и смысловой направленности речи.

Вербигерация – однообразное, многократное повторение одних и тех же слов, иногда в рифму. Часто этот симптом сопровождается ритмическими движениями: пациенты раскачиваются, качают головой, размахивают пальцем и одновременно повторяют: «Лежу-лежу, гужу-гужу, тужу-тужу, гляжу-гляжу...»

Персеверации – вследствие нарушения интеллекта больные не могут осмыслить очередной вопрос и вместо ответа повторяют ранее сказанное.

Стоячие обороты – это стереотипные выражения, однотипные мысли, к которым больной многократно возвращается во время беседы. Появление стоячих оборотов – признак снижения интеллекта, опустошения мышления.

Мимоговорение, миморечь – несоответствие ответов (по смыслу) задаваемым вопросам.

Мутизм – неспособность к речевому общению. При сохранности речевого аппарата.

Наиболее разнообразные расстройства ассоциативного процесса типичны для шизофрении, при которой весь образный склад мышления может коренным образом видоизменяться, приобретая аутистический, символический и паралогический характер.

Аутистическое мышление - выражается в чрезмерной замкнутости, погруженности в мир собственных фантазий, отрыве от реальности. Больные не интересуются практической значимостью своих идей, могут обдумывать мысль, очевидно противоречащую действительности, делать из неё выводы, такие же бессмысленные, как и исходная посылка. Больные малоразговорчивы и скрытны, зато с удовольствием излагают свои мысли на бумаге, исписывая целые тетради.

Символическое мышление. Характеризуется тем, что больные употребляют для выражения мыслей собственные, непонятные окружающим символы. Это могут быть хорошо известные слова, которые используются в необычном значении, из-за чего смысл сказанного становится непонятным. Нередко пациенты выдумывают собственные слова (неологизмы).

Паралогическое мышление - проявляется в том, что больные путём сложных логичных рассуждений приходят к выводам, явно противоречащим действительности. Это становится возможным, поскольку в речи больных, с первого взгляда как будто связной и логичной наблюдаются смещение понятий (соскальзывание), подмена прямого и переносного смысла слов, нарушения причинно-следственных взаимоотношений. Нередко паралогическое мышление является основой бредовой системы. При этом паралогические построения как бы доказывают справедливость мыслей больного.

Эмоции — это субъективное переживание человеком своего внутреннего состояния, в частности потребностей, а также воздействий многочисленных, прежде всего социальных, факторов окружающей среды. Наиболее яркие ощущения связаны с действием людей друг на друга. Эмоции – психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности и к самому себе.

Основные типы эмоционального реагирования:

Кратковременный тип возникает в стрессовых ситуациях. Реакции кратковременны, лабильны, психогенно обусловлены.

Голотимный тип определяется наличием полярности психопатологических состояний, эндогенной обусловленностью, относительной устойчивостью и периодичностью возникновения.

Паратимный тип характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональным проявлением и другими компонентами психической деятельности.

Эксплозивный тип – сочетание инертности, тугоподвижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью.

I. Продуктивные эмоциональные расстройства подразделяются следующим образом.

1. Патология чувственного тона:

- эмоциональная гиперестезия

- эмоциональная гипестезия

2. Патология эмоциональных состояний, отношений, реакций представлена следующим образом:

А) Гипотимия:

- тоска,
- тревога – немотивированное беспокойство;
- страх – выраженная немотивированная тревога.

Б) Гипертимия:

- эйфория – повышенное настроение, сочетающееся с беспечной радостью, благодушием;
- благодушие,
- экстаз – крайняя степень экзальтированно-восторженного настроения.

В) Паратимия:

- амбивалентность, амбиверсия – сбалансированность двух противоположных тенденций, личностных установок, экстра - и интроверсии.
- эмоциональная неадекватность.
- мория – повышенное настроение, сочетающееся с дурашливостью, гротескничаньем, грубо неадекватным поведением.

Г) Нарушение динамики эмоций:

- эмоциональная лабильность (неустойчивость) – лёгкая изменчивость поверхностных, неглубоких эмоциональных проявлений;
- тугоподвижность (обстоятельность, вязкость) мышления – инертность ассоциативного процесса.
- слабодушие (эмоциональная слабость) – резко выраженная эмоциональная лабильность;
- эмоциональная монотонность – отсутствие адекватных (суточных, ситуационных) колебаний настроения;
- эмоциональное оскудение – утрата способности к тонким, адекватным происходящему эмоциональным реакциям;
- эмоциональная парадоксальность – ослабление адекватных происходящему эмоциональных реакций в сочетании с их оживлением на незначительные, случайные обстоятельства.

II. Негативные эмоциональные расстройства включают в себя следующие нарушения.

1. Сужение эмоционального резонанса.
2. Эмоциональная сепелировка.
3. Глобледнение эмоций.
4. Эмоциональная холодность (тупость) – утрата «эмоционального отклика» (способности к опережению).

Воля – это психический процесс, заключающийся в сознательной, целенаправленной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека.

Мотивация — вызванное той или иной потребностью эмоционально окрашенное состояние организма, избирательно объединяющее нервные элементы различных уровней мозга. На основе мотиваций формируется поведение, ведущее к удовлетворению исходной потребности.

Среди разнообразных форм поведения встречаются такие, когда человек или животное не только реагируют на внешние воздействия, но активно ищут определенные объекты внешней среды. Поиск этот

осуществляется весьма настойчиво, с большими затратами энергии и преодолением различных препятствий на пути к цели.

Такие формы активной целенаправленной деятельности были названы И.П.Павловым основными влечениями организма. Термин «влечение» в последние годы употребляется редко. Чаще используют синонимы — «побуждение», или «мотивация» (mover — движение, побуждение). В зарубежной литературе часто применяется понятие «драйв», соответствующее понятию «основные влечения» организма.

Мотивация — процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленный на удовлетворение потребностей. В мотивационной сфере выделяют несколько параметров: широта, гибкость и иерархия мотивов.

Наряду с мотивами и потребностями, которые могут выражаться в желаниях и намерениях, побудителем познавательной человеческой деятельности может быть и интерес. Данное мотивированное состояние играет наиболее важную роль в приобретении новых знаний и отраженной деятельности.

К нарушениям волевой сферы (парабулиям) относятся большое количество симптомов и отклонений. Одним из более важных является нарушение структуры иерархии мотивов. Суть нарушения заключается в отклонении формирования мотивов от естественных и возрастных особенностей потребностей.

Другим нарушением считается формирование патологических потребностей и мотивов. В клинике данное нарушение проявляется такими симптомами, относящимися к парабулиям (абулия — «отсутствие» волевых побуждений, стремления к деятельности).

Анорексия — ослабление или отсутствие чувства голода. Нервная анорексия — состояние, характеризующееся патологической боязнью ожирения, связанным с этим жёстким ограничением питания. Часто приводит к тяжёлому истощению, представляющему опасность для жизни (у 5-18% пациентов).

Термин «нервная анорексия» не вполне отражает суть расстройства, поскольку анорексия означает отсутствие аппетита, а при этом заболевании аппетит не только не страдает, но даже может повышаться после приступов голодания. Только на поздних этапах болезни аппетит исчезает, так как вследствие постоянно вызываемой искусственной рвоты снижается кислотность желудочного сока, и происходят общие дистрофические нарушения. Больные доводят себя до истощения не из-за отсутствия аппетита, а из-за стремления похудеть вследствие болезненной убеждённости в собственной полноте. Они сознательно ограничивают не только количество, но и калорийность пищи. Однако при этом больные проявляют интерес к приготовлению различных блюд для других членов семьи, что можно расценивать как сохранность аппетита и подавление влечения к еде.

Выделяют:

ограниченный тип нервной анорексии. Во время эпизода нервной анорексии у пациента не бывает приступов переедания, он не применяет средства для очищения кишечника (вызывание рвоты, применение слабительных средств, клизм) или диуретиков (мочегонных средств);

- **нервная анорексия с приступами переедания и искусственным опорожнением кишечника.** Во время эпизода нервной анорексии у пациента бывают регулярные приступы переедания, он применяет средства для очищения кишечника.

Булимия — эпизодическое, неконтролируемое поглощение большого количества пищи (переедание) с последующей рвотой, использованием слабительных средств или диуретиков, голодания или интенсивных физических упражнений, направленных на предотвращение прибавки массы тела (приступы переедания с последующим искусственным опорожнением кишечника).

Отечественные психиатры считают, что нервная анорексия и нервная булимия – это не два разных варианта, а стадии одного заболевания, при котором самоограничение в еде может перейти в булимию, либо нервная анорексия и нервная булимия сосуществуют.

Больные какое-то время ограничивают себя в еде, но затем не выдерживают голодания и не могут удержаться от поглощения больших количеств пищи: с течением времени развивается булимия. Хотя пациенты добиваются искусственной эвакуации пищи после эпизодов гиперфагии, далеко не все из них удаётся достичь желаемого эффекта – похудения. Наоборот, масса тела постепенно возрастает, что побуждает пациентов вновь энергично выискивать средства для «борьбы с полнотой». Со временем гиперфагия с последующей искусственной рвотой может приобретать характер навязчивости, при этом сам процесс еды доставляет удовольствие. Наряду с этим возможны аффективные расстройства – депрессия, реже эйфория, а также ипохондрические переживания.

Различают следующие типы расстройств:

- **нервная булимия с удалением пищи** – пациент постоянно вызывает у себя рвоту или применяет другие средства для очищения кишечника (слабительные средства, клизмы) или мочегонные;
- **нервная булимия без удаления пищи.**

Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации – это неспособность противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или для окружающих действия. При удовлетворении этих желаний возникает ощущение удовольствия. Эти расстройства подразделяются на 6 категорий.

1. **Переменяющееся эксплозивное расстройство.** Эпизоды агрессии, в результате которых субъект причиняет вред окружающим.
2. **Клептомания** – непреодолимое влечение воровать в магазинах или другие виды краж.
3. **Патологическое влечение к азартным играм.** Часто повторяющиеся эпизоды азартной игры, которые влекут за собой социально-экономические потери, неоплаченные долги, криминальные действия.
4. **Пиромания** – умышленное совершение поджогов.
5. **Трихотилломания** – импульсивное выдёргивание у себя волос, приводящее к частичному облысению (очаговая аллопеция).
6. **Нарушение контроля над побуждениями неуточнённое.** Другие виды этих расстройств.

Дипсомания – непреодолимое патологическое влечение к запоям.

Гипербулимия – патологическое усиление побуждений.

Гипобулимия (понижение волевой активности) – ослабление побуждений.

Гиперкинезия – произвольно возникающее двигательное возбуждение.

Гипокинезия – двигательная заторможенность.

Яктация – двигательное возбуждение «в пределах постели».

Катадонический синдром – включает несколько симптомов:

- **стереотипии** – постоянное, почти механическое повторение какого-либо действия; характерный синдром шизофрении.
- **импульсивные действия** – внезапно и неотвратимо (без «борьбы мотивов») реализуемые действия или влечения.

Негативизм – немотивированное противодействие любому воздействию извне.

Эхолалия – автоматическое повторение услышанных слов.

Эхопраксия – автоматическое повторение увиденных жестов, поз, действий.

Каталепсия (застывание в позе).

Особой разновидностью патологических признаков со стороны волевой сферы является симптом аутизма. **Аутизм** – это погружённость в мир собственных переживаний, проявляющаяся отсутствием стремления к общению, деятельности, познанию окружающей действительности.

Сознание – свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире. Сознание – интегративная сфера психической деятельности, которая наряду с волевой сферой и интеллектом выходит за рамки отдельного познавательного процесса.

К. Ясперс выделил 4 формальных признака самосознания, нарушение которых является типичным для психической патологии:

- чувство деятельности – осознание себя в качестве активного существа;
- осознание собственного единства в каждый момент времени;
- осознание собственной идентичности;
- осознание того, что «Я» отлично от остального мира.

Расстройства сознания разделяют на 2 группы:

- состояние выключенного сознания (обнубиляция, сопор, кома);
- состояние расстроенного сознания (делирий, аменция, мейндр, сумеречное расстройство сознания).

Синдромы помрачения сознания – преходящие, кратковременные (часы, дни, изредка недели) нарушения психической деятельности, для которых характерно сочетание таких признаков, как частичная или полная отрешенность от окружающего; различные степени дезориентировки в месте, времени и окружающих лицах; нарушение мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений; полное или частичное забывание происходивших событий, отражавших содержание расстроенного сознания, или того, что происходило потом, либо того и другого одновременно.

Оглушение – помрачение сознания с обеднением психической деятельности. При его лёгких степенях – **обнубиляции сознания** – преобладает вялость и пассивность, движения замедленны, речь обеднена. Больным трудно сосредоточиться, дать правильный ответ, о чём-либо спросить. Они плохо осмысливают происходящее. Настроение безразличное или с оттенком беспечности. При выраженном оглушении с трудом понимаются даже простейшие вопросы; ответы неточны, односложны или совсем отсутствуют. Больные находятся в дремотном состоянии (**сомнолентном** состоянии). Окружающие не привлекают их внимания. При дальнейшем нарастании оглушенности возникает **сопор** – глубокий, патологический сон, при котором нередко отсутствуют реакции даже на физические раздражения (уколы и т.д.), а затем развивается **кома**, во время которой нарушаются дыхание, сердечная и рефлекторная деятельность.

Делирий (делириозный синдром) – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения. Это самая частая форма помрачения сознания. В продроме (предвестниках) делирия отмечают: наплывы образных сценноподобных воспоминаний. Настроение крайне изменчиво (восторженность, раздражительная капризность, беспокойство, подавленность, судорожная весёлость), а также неусидчивость, гиперэкспрессивные двигательные реакции. При развёрнутом делирии наблюдается наплыв зрительных галлюцинаций, в ряде случаев сценноподобных, разнообразные зрительные иллюзии и парейдолии. Характерно наличие бредовых высказываний, отражающих содержание зрительных галлюцинаций (галлюцинаторный бред). Могут возникать слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации,

расстройства схемы тела. Сознание своего «Я» сохранено, но в месте и лицах больные ориентированы ложно (пребывая в больнице, считают, что находятся на работе среди сослуживцев и т.д.) Периодически возникают так называемые светлые промежутки, во время которых расстройства или исчезают или значительно ослабевают в своей интенсивности. При углублении помрачения сознания галлюцинации, иллюзии, бред и другие расстройства ослабевают, а начинает преобладать двигательное возбуждение со стереотипными действиями в форме обыденных привычных поступков, иногда имеющих отношение к профессии – профессиональный делирий (бред занятий). Интенсивность делириозных расстройств усиливается к вечеру и ночью. Воспоминания о периоде помрачения сознания отрывочны; при профессиональном делирии наблюдается полная амнезия.

Онейроид (онейроидный синдром) – сновидное состояние, грёзоподобное, фантастически-бредовое помрачение сознания. При онейроиде происходит наплыв произвольно возникающих в сознании ярких и фантастических зрительных псевдогаллюцинаций, которые то полностью овладевают сознанием больного, и он не замечает окружающего, то причудливо сочетаются с отдельными картинками окружающей обстановки. Преобладает заторможенность, реже, на короткие периоды возникает возбуждение. Характерен внешний облик больных, который психиатр прошлого столетия Вильгельм Грессинг описывал так: «Они безмолвны, бездеятельны, почти неподвижны и только взгляд, в котором попеременно возникает восторг, отрешённость, страх или обращённое внутрь себя изумление, свидетельствует о том, что с ними происходит что-то необычное». Позже, после минования психоза, больные расскажут, что в те периоды они являлись свидетелями и действующими лицами грандиозных событий настоящего или далёкого прошлого (иногда доисторического).

Аменция (аментивный синдром) – помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. Речь состоит из отдельных, не связанных по смыслу слов. Их произносят тихо-громко, выкрикивая, нараспев. Нескоординированное двигательное возбуждение происходит на очень ограниченном пространстве. Лицо больных выражает недоумение. Они однообразно беспорядочно мечутся. Иногда движутся только руки: что-то перебирают, тянут, ощупывают. У больных часто наступает утомление, и она на время замолкают, находясь в состоянии, близком к прострации. Амения может сопровождаться отрывочными бредовыми идеями и галлюцинациями. Характерна полная амнезия психотического периода. Продолжительность аменции – от нескольких дней до недели.

Сумеречное помрачение сознания. Развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда дни). Столь же внезапно исчезает, сменяясь чаще всего глубоким сном. Иногда отмечается только глубочайшая дезориентировка всех видов (в месте, времени, собственной личности), с сохранностью привычных автоматизированных движений, в связи с чем больные могут даже не привлечь внимания окружающих. Это простая форма сумеречного помрачения сознания. Если при этом больные произвольно блуждают, то говорят об **амбулаторном автоматизме**. В других случаях отмечается речедвигательное возбуждение, страх, злоба, устрашающего содержания зрительные галлюцинации, бредовые высказывания. Находящийся в таком состоянии больной может совершить необычно жестокие акты агрессии. Позже либо следует полная амнезия психотического эпизода, либо сохраняется смутное воспоминание отдельных бывших расстройств, которые затем забываются (**ретардированная амнезия**). Встречаются сумеречные состояния сознания, при которых сохраняется элементарная ориентировка в месте, окружающих людях. С такими больными можно вступить в разговор, получить некоторые ответы. Это **ориентированные сумеречные состояния** сознания. После их исчезновения может наблюдаться полная амнезия.

Патологические просоночные состояния (опьянение сном) – разновидность сумеречного помрачения сознания. Они имеют важное судебно-психиатрическое значение. Возникают при замедленном пробуждении от глубокого сна, сопровождаемого яркими, в том числе и кошмарными сновидениями. В этих случаях, прежде всего, от сонного торможения освобождаются функции, имеющие отношение к движениям, в то время. Как высшие психические функции, составляющие сознание, ещё находятся в той или иной стадии торможения. У полупробудившегося человека остаются сновидения, воспринимаемые им как действительность. Они переплетаются с неправильным восприятием окружающего. Возникает страх – и совершаются, соответствующие патологическим переживаниям, опасные для окружающих поступки. Патологические просоночные состояния заканчиваются сном. В памяти могут сохраниться обрывки бывших сновидений.

Припадки (пароксизмы) – внезапно развивающиеся непродолжительные (транзиторные) состояния помрачения сознания различной глубины (вплоть до полной его утраты), сочетающиеся с двигательными нарушениями, в первую очередь в форме различных судорог.

Большой эпилептический припадок. При нём развитие нарушений происходит в определённой последовательности. Припадку может предшествовать продром – общее недомогание, чувство разбитости, головные боли, изменение настроения, продолжающиеся часами. Собственно, припадок нередко начинается с ауры («дуновения»). Во время ауры больные не воспринимают окружающее, но содержание ауры остаётся в памяти. У каждого больного отмечается своя и та же постоянная форма ауры. Иногда припадок ограничивается только этим расстройством. Обычно, вслед за аурой разворачивается тоническая фаза припадка, сопровождаемая мгновенной утратой сознания. Больной падает, при этом нередко издаёт крик (спазм голосовой щели). При падении может нанести себе опасные телесные повреждения. Тонические судороги продолжаются и после падения (больной вытягивается «в струну»). Челюсти сжимаются, прекращается дыхание, лицо бледнеет, затем синееет. В ряде случаев происходит непроизвольное мочеиспускание или дефекация. Тонические судороги продолжаются не более одной минуты. Затем наступает клоническая стадия припадка – в конечностях наблюдаются судороги различных групп мышц попеременно – сгибателей и разгибателей. Во время клонических судорог отмечается хриплое дыхание, выделение слюны, которая может быть окрашена кровью из-за прикуса языка или внутренней поверхности щёк. Вслед за клоническими судорогами наступает кома, сменяющаяся, впоследствии, сопором. Далее наступает сон или постепенное прояснение сознания. Чаще всего припадок амнезируется. Если большой (генерализованный) припадок ограничивается какой-либо одной стадией судорог, или же они не выражены в своих проявлениях – говорят об абортных припадках.

Малый эпилептический припадок. Это припадок, который сопровождается двигательными расстройствами без судорожного компонента. Возникает после волнений и иных психогенных воздействий. Падение происходит постепенно. Часто больные просто оседают на пол. Двигательные расстройства проявляются в ритмичных и размашистых движениях рук и ног в плечевых и тазобедренных суставах с одновременным приподниманием и опусканием тела. Часто во время припадка больные начинают кататься по полу, выгибаться, опираясь на пятки и затылок (истерическая дуга). Больные рвут себе руки, рвут на себе волосы и одежду. Припадок может сопровождаться криками, рыданием, скрежетом зубов. Глазные яблоки обычно закатываются, что нередко делает невозможным проверку реакции зрачков на свет. Присутствие посторонних людей всегда усиливает выраженность истерического припадка, делает его более продолжительным, до часа и более. Резкие внешние воздействия могут прервать припадок (болевые

воздействия, обливание холодной водой и т.п.). Воспоминания о периоде припадка фрагментарны, после припадка больные испытывают разбитость.

Корсаковский (амнестический синдром). Определяется триадой психических нарушений: **амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями**. Амнестические расстройства проявляются в полном или частичном нарушении памяти на текущие события (фиксационная амнезия). Память прошлых лет может оставаться относительно сохранной, однако чаще наблюдаются те или иные степени её нарушения (ретроградная амнезия), захватывающие периоды продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет. Больные не в состоянии запомнить текущие события, не могут определять время, сказать, где находятся, кто их окружает, с кем только что говорили, что делали. У них нарушена пространственная ориентировка – не находят своей постели, не могут запомнить расположения помещений отделения больницы и т.д. Конфабуляции возникают обычно при расспросах, а не спонтанно. Их содержание касается, преимущественно, фактов обыденной жизни или ситуаций, связанных с их профессиональной деятельностью. Изредка встречаются конфабуляции фантастического содержания. У больных преобладает вялость, пассивность, снижение побуждений, утомляемость. Известное сознание болезни, в частности в отношении расстройств памяти, наблюдается постоянно. Обычно больные стремятся примитивными приёмами скрыть мнестический дефект.

Синдром слабоумия. Слабоумие – необратимое обеднение всей психической деятельности, сопровождаемое утратой или снижением полученных в прошлом знаний и навыков, при невозможности или затруднении в приобретении новых.

Выделяют врождённое слабоумие (олигофрения) и приобретённое. Последнее слабоумие называется деменцией. В зависимости от нозологической природы различают сенильное, паралитическое, травматическое, эпилептическое и другие формы слабоумия. Тотальное слабоумие определяется глубоким нарушением критики или полным её отсутствием. У больных резко снижен уровень суждений и расстроена память. Мышление обеднено и непродуктивно. Преобладает безразличие или беспечность. Индивидуальные прежние особенности характера утрачены. Если раньше наблюдались позитивные различные симптомы, т.е. психические расстройства, то теперь их нет. Остаются только «развалины душевной организации» (Модзли).

Расстройства личности

Определение.

Расстройства личности – это длительно существующие, глубокие и стойкие расстройства характера, дезадаптивные модели поведения, затрагивающие различные сферы психической деятельности. Дезадаптивные особенности могут касаться поведенческих, эмоциональных, интеллектуальных, перцептивных или психодинамических проявлений.

Определение понятия расстройств личности близко к привычному для нас определению психопатий. В нём подчёркиваются стойкость и тотальность нарушений психической деятельности, склонность таких личностей к дезадаптации.

Нарушение личности может выражаться в изменении строения мотивов, их иерархии, смыслообразования, в нарушении самооценки и уровня притязания, нарушениях общения, самоконтроля и саморегуляции.

Результаты патопсихологических исследований личности позволяют выделить следующие нарушения: