

**ГОУ ВПО РОССИЙСКО-АРМЯНСКИЙ (СЛАВЯНСКИЙ)  
УНИВЕРСИТЕТ**

Составлен в соответствии с  
государственными требованиями к  
минимуму содержания и уровню  
подготовки выпускников по  
направлению Психологии и  
Положением «Об УМКД РАУ».



**Институт гуманитарных наук**

**Кафедра: Психологии**

**Автор:** доктор психол. наук, профессор **Григорян Вилена Грантовна**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС**

**Дисциплина:** Основы патопсихологии

**Направление:** 37.03.01 Психология

Зав кафедрой психологии

Берберян А.С.

**ЕРЕВАН**

## **1. Аннотация**

### **1.1. Выписка из ФГОС ВПО РФ по минимальным требованиям к дисциплине**

**В процессе изучения дисциплины студенты должны:**

**знать:** психологические феномены, критерии, методы изучения и описания закономерностей функционирования и развития психики с позиций существующих в отечественной и зарубежной науке подходов; принципы организации учебно-воспитательного процесса;

**уметь:** профессионально воздействовать на уровень развития и особенности познавательной и личностной сферы с целью гармонизации психического функционирования человека;

**владеть:** основными приемами психокоррекции психологических свойств и состояний; критериями выбора психокоррекционных методик;

### **1.2. Взаимосвязь дисциплины с другими дисциплинами учебного плана специальности (направления)**

Дисциплина «Основы патопсихологии» взаимосвязана со следующими дисциплинами учебного плана: «Физиологией нервной системы», «Физиологией ВНД и сенсорных систем», «Основы нейропсихологии», «Введение в клиническую психологию», «Пограничные расстройства личности и поведения».

### **1.3. Требования к исходным уровням знаний, умений и навыков студентов для прохождения дисциплины (что должен знать, уметь и владеть студент для прохождения данной дисциплины)**

Для прохождения дисциплины «Основы патопсихологии» студент должен уметь пользоваться литературой, писать рефераты, проводить тестирование.

### **1.4. Предварительное условие для прохождения (дисциплина(ы), изучение которых является необходимой базой для освоения данной дисциплины)**

Для прохождения и освоения дисциплины «Основы патопсихологии» необходимы базовые знания в области следующих дисциплин учебного плана: «Общая психология», «Морфология и физиология нервной системы», «Физиология нервной системы», «Основы нейропсихологии», «Психофизиология», «Введение в клиническую психологию», «Физиология центральной нервной системы», «Психофизиология».

## **2. Содержание**

### **2.1. Цели и задачи дисциплины**

**Целью** дисциплины - ознакомление студентов с основными феноменами нарушений высших психических функций, формирование представлений о методологии, теоретических

основах, эмпирических задачах и методиках психологической диагностики психических расстройств.

**Задачи** дисциплины:

- познакомить студентов с основными теоретическими и методологическими положениями патопсихологии;
- раскрыть содержание основных принципов и задач патопсихологического исследования и диагностики;
- сформировать представления о патопсихологических синдромах и механизмах психических расстройств;
- познакомить с диагностическими методами патопсихологии.

**Компетенции:** ПК-1 – способность к реализации стандартных программ, направленных на предупреждение отклонений в социальном и личностном статусе и развитии, профессиональных рисков в различных видах деятельности; ПК-5 – способность к психологической диагностике, прогнозированию изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека.

**2.2. Требования к уровню освоения содержания дисциплины (какие компетенции (знания, умения и навыки) должны быть сформированы у студента ПОСЛЕ прохождения данной дисциплины)**

**Знать**

- знать историю, основные разделы и принципы патопсихологии;
- знать основные нарушения психических процессов и психические болезни, а также базисные патопсихологические теории их объяснения, а также основные патопсихологические методы исследования ей и основные направления психокоррекционной работы;

**Уметь**

- уметь применять методики для диагностики психических нарушений;
- интерпретировать полученные данные в соответствии с задачей;
- составлять индивидуальные коррекционные программы;

**2.3.Трудоемкость дисциплины и виды учебной работы (в академических часах и кредитах)**

**2.3.1. Объем дисциплины и виды учебной работы**

Курс данной дисциплины рассчитан на 72 академических часа (2 кредита)

Виды учебной работы	Всего, в акад. часах
<b>1. Общая трудоемкость изучения дисциплины по семестрам, в т. ч.:</b>	<b>72</b>
1.1. Аудиторные занятия, в т. ч.:	<b>36</b>
1.1.1. Лекции	<b>18</b>
1.1.2. Практические занятия, в т. ч.	
1.1.2.1. Обсуждение прикладных проектов	
1.1.2.2. Кейсы	
1.1.2.3. Деловые игры, тренинги	
1.1.2.4. Контрольные работы	
1.1.2.5. Другое (указать)	
1.1.3. Семинары	<b>18</b>
1.1.4. Лабораторные работы	
1.1.5. Другие виды (указать)	
1.2. Самостоятельная работа, в т. ч.:	<b>36</b>
1.2.1. Подготовка к экзаменам	
1.2.2. Другие виды самостоятельной работы, в т.ч. (указать)	
1.2.2.1. Письменные домашние задания	
1.2.2.2. Курсовые работы	
1.2.2.3. Эссе и рефераты	
1.2.2.4. Другое (Тест за счет аудиторных работ)	<b>2</b>
1.3. Консультации	
1.4. Другие методы и формы занятий	
Итоговый контроль (экзамен, зачет, диф. зачет - указать)	<b>зачет</b>

### 2.3.2. Распределение объема дисциплины по темам и видам учебной работы

Разделы и темы дисциплины	Всего (ак. часов)	Лекции (ак. часов)	Практ. занятия (ак. часов)	Семинары (ак. часов)	Лабор. (ак. часов)	Другие виды занятий (ак. часов)
<b>1</b>	<b>2=3+4+5+6+7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Модуль 1.</b>						
<b>Введение</b>						
<b>Раздел I. Патопсихология: теоретические основы и практическое значение.</b>	<b>4</b>					
<b>Тема 1. Предмет, задачи и методы патопсихологии</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>1</b>		
<b>Тема 2. Психическое нарушение и болезнь как предмет патопсихологии.</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>1</b>		
<b>Раздел 2. Основные симптомы нарушения психических процессов.</b>	<b>14</b>					

<b>Тема 3.</b> Нарушения чувственного познания.	2	1		1		
<b>Тема 4.</b> Нарушения памяти.	2	1		1		
<b>Тема 5.</b> Нарушения эмоций.	2	1		1		
<b>Тема 6.</b> Нарушения волевой сферы и внимания.	2	1		1		
<b>Тема 7.</b> Нарушения сознания.	4	2		2		
<b>Тема 8.</b> Нарушения рационального познания.	2	1		1		
<b>Раздел 3. Основные синдромы нарушения психических процессов.</b>	<b>18</b>					
<b>Тема 9.</b> Астенический синдром.	2	1		1		
<b>Тема 10.</b> Синдромы аффективных расстройств.	4	2		2		
<b>Тема 11.</b> Невротические и неврозоподобные синдромы.	4	2		2		
<b>Тема 12.</b> Корсаковский синдром.	2	1		1		
<b>Тема 13.</b> Паранойяльные синдромы.	4	2		2		
<b>Тема 14.</b> Психоорганический синдром.	2	1		1		
<b>ИТОГО</b>	<b>36</b>	<b>18</b>		<b>18</b>		

### 2.3.3 Содержание разделов и тем дисциплины

#### Модуль 1

##### *Введение*

##### *Раздел I. Патопсихология: теоретические основы и практическое значение.*

##### **Тема 1. Предмет, задачи и методы патопсихологии. Методологические основы и теоретические проблемы патопсихологии.**

Основатели научной патопсихологии – Г. Мюнстерберг (Психология и патология), Е. Крепелин в Германии, Т. Рибо и П. Жане (Психология нормы и патологии) во Франции, Витмер, З.Фрейд (Австро-Венгрия).

Патопсихология как отрасль клинической психологии, изучающая психологические закономерности нарушения, распада психической деятельности и личности у больных психическими заболеваниями и пограничными нервно-психическими расстройствами в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Возникновение патопсихологии как области знания, пограничной между психологией и психиатрией. Научные, практические и методологические предпосылки выделения патопсихологии как самостоятельной ветви клинической психологии.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## **Тема 2 Психическое нарушение и болезнь как предмет патопсихологии.**

Психическое нарушение как отклонение от статистической нормы. Понятие дефекта.

Психическое нарушение как отклонение от функциональной нормы. Понятие временной и постоянной дисфункции. Психическое нарушение как отклонение от социальной нормы.

Психическое нарушение как отклонение от идеальной нормы.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## **Раздел 2. Основные симптомы нарушения психических процессов.**

### **Определение понятия симптом.**

**Симптом** - это единичное нарушение, которое проявляется в различных сферах: в поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного.

### **Тема 3. Нарушения чувственного познания.**

Определение восприятия. Нарушение восприятия. Иллюзии. Галлюцинации. Виды галлюцинаций: нормальные и патологические, слуховые, зрительные, обонятельные и т.д.; позитивные и негативные; истинные и псевдогаллюцинации. Агнозии – нарушения узнавания раздражителя. Виды агнозии: оптическая, ассоциативная душевная слепота, симультанная, тактильная, псевдоагнозия. Обман чувств. Нарушение мотивационного компонента восприятия.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

*Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

**Тема 4. Нарушения памяти.**

Определение памяти. Нарушения памяти. Дисмнезия: гипермнезии, гипомнезии и амнезии. Парамнезия: псевдореминисценции, криптомнезии, комфобуляции.

*Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

*Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

**Тема 5. Нарушения эмоций.**

Определение эмоций. Продуктивные (гипотемия, гипертемия, паратимия, нарушение динамики эмоций). Негативные (по экстенсивности, по интенсивности).

*Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

*Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

**Тема 6. Нарушения волевой сферы и внимания.**

Варианты патологии волевой сферы: на уровне мотивационной компоненты, на уровне интеллектуальной компоненты нарушения, на уровне реализации. Определение внимания. Варианты нарушения внимания. Апрозексия.

*Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

*Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

**Тема 7. Нарушения сознания.**

Непароксизмальные и пароксизмальные нарушения сознания.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## **Тема 8. Нарушения рационального познания.**

Определение мышления. Нарушение мышления. Навязчивость, сверхценные идеи, бредовые идеи, нарушение темпа мышления, нарушение темпа подвижности мышления, нарушение темпа целенаправленности мышления, нарушение грамматического строя.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## ***Раздел 3. Основные синдромы нарушения психических процессов***

### **Тема 9. Астенический синдром.**

Состояние нервно-психической слабости, ведущим симптомом которого является собственно астения.

Признаками, астении являются повышенная утомляемость и истощаемость нервно-психических процессов.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

### **Тема 10. Синдромы аффективных расстройств.**

В основе классификации синдромов аффективных расстройств лежат три параметра: аффективный полюс, структура и степень выраженности синдрома.

***Аффективные синдромы*** включают равномерно представленную триаду обязательных симптомов: расстройство эмоций (тоска, эйфория), воли (гипо- или ги-пербулия), течения



ассоциативного процесса (замедление, ускоренное ведущие среди них — эмоциональные. Депрессивные синдромы: субдепрессивный (непсихотический) синдром и депрессивный (психотический) синдром, депрессия классического типа. Типичные маниакальные синдромы: гипоманиакальные (непсихотические) синдромы, маниакальные (психотические) синдромы .

*Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

*Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

**Тема 11. Невротические и неврозоподобные синдромы.**

Синдромы навязчивостей. Фобический синдром. Истерический синдром.

Ведущими и основными симптомами являются навязчивые сомнения, счет, воспоминания, контрастные и абстрактные мысли, «умственная жвачка», и т.д.

**Фобический синдром.** Ведущим и основным симптомом его выступают разнообразные навязчивые страхи.

**Истерический синдром характеризуется пятью компонентами:** психическим, вегетовисцеральным, двигательным, сенсорным и речевыми расстройствами.

**Синдром деперсонализации.** Ведущим симптомом является нарушение самосознания, что проявляется искаженным восприятием собственной личности в целом с ощущением утраты ее единства или искажения и отчуждения отдельных ее физиологических или психических проявлений

**Синдром дереализации.** Ведущим симптомом является искаженное восприятие объективной реальности в целом без нарушения восприятия отдельных параметров ее объектов (формы, величины, взаимного расположения, цвета и его нюансов, и т. д.).

**Синдром психосенсорных нарушений.** Обязательными симптомами являются те или иные психосенсорные расстройства: метаморфопсии или нарушения восприятия «схемы тела».

*Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, - 576 с.

*Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## **Тема 12. Паранойяльные синдромы.**

**Паранойяльный синдром с хроническим течением** — простой синдром. Ведущий симптом — систематизированный бред. Динамика формирования бреда: бредовое настроение, бредовое восприятие, бредовое толкование и кристаллизация бреда.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## **Тема 13. Корсаковский синдром.**

Корсаковский синдром как разновидность парамнестического синдрома, ведущими симптомами которого являются — антероградная амнезия, парамнезия (псевдореминисценции и замещающие конфабуляции), грубая не критичность ко всем проявлениям болезни (анозогнозия).

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## **Тема 14. Психоорганический синдром.**

Ведущие симптомы — разнообразные аффективные расстройства; нарушение внимания; различные дисмнезии; нарушения подвижности мышления от детализации до вязкости; волевые расстройства.

### *Основная литература*

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, 576 с.

### *Дополнительная литература:*

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, 610 с.

## **2.3.4 Краткое содержание семинарских/практических занятий и лабораторного практикума**

### *Семинарское занятие 1*

*Вопросы для подготовки:*

1. Патопсихология как один из разделов клинической психологии.
2. Цель и задачи патопсихологии.

*Семинарское занятие 2*

*Вопросы для подготовки:*

1. Определить понятие симптом, синдром, болезнь.
2. Понятие о норме и патологии.
3. Критерии психического здоровья по ВОЗ.
4. Привести и проанализировать основные методы патопсихологического исследования.
5. Определение психотического и непсихотического уровней патопсихологических расстройств.

*Семинарское занятие 3*

*Вопросы для подготовки:*

1. Привести основную симптоматику нарушения ощущения и восприятия.

*Семинарское занятие 4*

*Вопросы для подготовки:*

1. Нарушение памяти, основные симптомы.
2. Перечислить основные варианты парамнезий.

*Семинарское занятие 5*

*Вопросы для подготовки:*

1. Нарушение эмоциональной сферы.
2. Перечислить и охарактеризовать основные симптомы нарушений эмоций.
3. Позитивные нарушения эмоций. Негативные нарушения симптомов.

*Семинарское занятие 6*

*Вопросы для подготовки:*

1. Характеристика нарушений волевой сферы.
2. Типы маний. Парафилия.
3. Привести основные симптомы нарушений внимания.
4. Основные виды нарушений сознания. Характеристика параксизмальных и непараксизмальных нарушений сознания.
5. Привести основные симптомы нарушений мыслительной деятельности.
6. Охарактеризовать понятие сверхценные идеи, бредовой идеи.
7. Привести варианты нарушения.
8. Привести варианты формы нарушений ассоциативного процесса.

### Семинарское занятие 7

#### Вопросы для подготовки:

1. Привести ведущие и обязательные синдромы психоастенического синдрома.
2. Перечислить варианты аффективных расстройств.
3. Дать определение маниакальности. Привести варианты депрессивных и маниакальных расстройств.

### Семинарское занятие 8

#### Вопросы для подготовки:

1. Определение и понятие невроз.
2. Перечислить ведущие и обязательные синдромы обсессивного синдрома, истерического синдрома.
3. Привести основные и ведущие симптомы синдрома деперсонализации и дереализации.

### Семинарское занятие 9

#### Вопросы для подготовки:

1. Дать характеристику Корсаковского синдрома, ведущие симптомы и варианты.
2. Дать определение и симптому комфабулеза.
3. Охарактеризовать состояние навязчивых воспоминаний.
4. Паранойяльный синдром, ведущие и обязательные симптомы.
5. Перечислить этапы формирования бреда.
6. Определение и варианты галлюцинозов. Галлюцинозы.
7. Психоорганический синдром

#### 2.4. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Для демонстрации дидактического материала запланировано использование атласов, проектора.

#### 2.5. Распределение весов по модуля и формам контроля

Формы контролей	Весы форм текущих контролей в результирующих оценках текущих контролей			Весы форм промежуточных контролей в оценках промежуточных контролей			Весы оценок промежуточных контролей и результирующих оценок текущих контролей в итоговых оценках промежуточных контролей			Весы итоговых оценок промежуточных контролей в результирующей оценке промежуточных контролей	Весы результирующей оценки промежуточных контролей и оценки итогового контроля в результирующей оценке итогового контроля
	M1 <sup>1</sup>	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3		
Вид учебной работы/контроля											

<sup>1</sup> Учебный Модуль

Контрольная работа												
Тест						1						
Курсовая работа												
Лабораторные работы												
Письменные домашние задания												
Реферат												
Эссе												
Опрос			1									
Другие формы (Указать)												
Весы результирующих оценок текущих контролей в итоговых оценках промежуточных контролей									0.5			
Весы оценок промежуточных контролей в итоговых оценках промежуточных контролей									0.5			
Вес итоговой оценки 1-го промежуточного контроля в результирующей оценке промежуточных контролей												
Вес итоговой оценки 2-го промежуточного контроля в результирующей оценке промежуточных контролей												
Вес итоговой оценки 3-го промежуточного контроля в результирующей оценке промежуточных контролей										1		
Вес результирующей оценки промежуточных контролей в результирующей оценке итогового контроля												1
Экзамен/зачет (оценка итогового контроля)												0
	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$	$\Sigma = 1$

### **3. Теоретический блок**

#### **3.1. Материалы по теоретической части курса**

##### **3.1.1. Учебники.**

Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, - 576 с.

Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, - 610 с.

Ясперс К. Общая психопатология. М.: Медицина, 1997.

Братусь Б. С. Аномалии личности. — М., 1988.

##### **3.1.2 Учебное пособие**

*Зейгарник Б.В.* Патопсихология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - 3-е изд., стереотип. – М.: Академия, 2005.

*Бизюк А.П.* Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии.

*Середина Н. В., Шкуренко Д. А.* Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 512 с.

### **3. 1.3 Краткий конспект лекций (краткие аннотации по каждой теме)**

#### ***Введение***

По мнению многих ученых патопсихология изучает нарушения психической деятельности, закономерности распада психики по сравнению с нормой. Она отмечает, что патопсихология оперирует понятиями общей и клинической психологии и использует психологические методы. Патопсихология работает как над проблемами общей клинической психологии (когда изменения личности психических больных и закономерности распада психики), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Патопсихология занимается вопросами нарушений психики человека, расстройствами адекватного восприятия мира из-за поражения центральной нервной системы. Патопсихология изучает закономерности распада психических процессов при разных расстройствах (болезнях), а также факторы, способствующие созданию эффективных коррекционных методов лечения.

В практические задачи патопсихологии входит анализ структуры психических расстройств, установление степени снижения психических функций, дифференциальная диагностика, изучение особенностей личности и исследование эффективности терапевтических воздействий.

Патопсихология как отрасль клинической психологии, изучающая психологические закономерности нарушения, распада психической деятельности и личности у больных психическими заболеваниями и пограничными нервно-психическими расстройствами в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Возникновение патопсихологии как области знания, пограничной между психологией и психиатрией. Научные, практические и методологические предпосылки выделения патопсихологии как самостоятельной ветви клинической психологии.

Основополагающий вклад Б.В.Зейгарник в развитие патопсихологии: разработка теоретических основ, методологии исследования, психологической феноменологии психических нарушений. Школа Б.В.Зейгарник и современная патопсихология.

Патопсихология и психиатрия как две области знания, имеющие общий объект, но различный предмет изучения.

Место патопсихологии в системе современных наук о человеке. Общепсихологические представления современной отечественной психологии о психике, ее генезисе, структуре и функциях как методологическая основа патопсихологии.

Основной круг теоретических проблем:

- изучение психологических механизмов становления сложных психопатологических синдромов (бред, галлюцинации и др.);
- изучение структуры и динамики нарушений познавательной деятельности и эмоционально-личностной сферы при разных психических заболеваниях; возможность психологической коррекции этих нарушений;

Психопатологические расстройства диагностируются по психопатологическим симптомам и психопатологическими синдромами.

**Патопсихологический синдром** - это относительно устойчивая, внутренне связанная совокупность отдельных патопсихологических симптомов.

**Симптом** - это единичное психопатологическое нарушение, которое проявляется в различных сферах: в поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного.

## ***Раздел I. Патопсихология: теоретические основы и практическое значение***

### **Лекция 1.**

По мнению Б. В. Зейгарник, патопсихология изучает нарушения психической деятельности, закономерности распада психики по сравнению с нормой. Она отмечает, что патопсихология оперирует понятиями общей и клинической психологии и использует психологические методы.

Патопсихологию следует отличать от психопатологии (о ней речь пойдет позже). Сейчас стоит лишь отметить, что патопсихология является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии – клинико-описательный.

Патопсихология работает как над проблемами общей клинической психологии (когда исследуются изменения личности психических больных и закономерности распада психики), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Организм как *биологическая подструктура* может находиться в двух биологических альтернативных состояниях — нормальном или патологичном. Личность как *социальная подструктура* также может находиться в двух социальных состояниях — здоровом и больном. Состояния соматической и душевной сферы (психических функций) могут быть оценены в критериях нормы и патологии, состояния духовной сферы — только в критериях здоровья и болезни. Психические функции (восприятие, мышление, память и т. д.) бывают патологичными или нормальными, а человек — только психически здоровым или психически больным, хотя в обыденной жизни понятия «психически ненормальный» и «психически больной» являются синонимами.

В реальной медицинской практике патология весьма часто совпадает с болезнью, а норма — со здоровьем.

В психиатрии существует два основных направления, рассматривающих проблему соотношения психического здоровья и болезни.

**Нозоцентризм** — мышление врача ориентировано на поиск болезни или патологии. Проявляется тем, что любой отклоняющийся от ожидаемого признак человеческой психики квалифицируется как признак болезни, симптом или синдром. Доведенное до крайности и абсурда нозоцентрическое мышление во всем многообразии психической деятельности человека находит девиантность, «скрытые», «недоразвитые» или явные психические болезни. Подобный подход ведет к «профессиональному кретинизму», ортодоксальности, патернализму и, часто сочетаясь с гипердиагностикой психических болезней, способствует нарушению прав человека.

**Нормоцентризм** — мышление врача ориентировано на поиск только саногенных факторов. При таком подходе даже самые отклоняющиеся формы поведения психологизируются, объясняются ситуацией, воспитанием, социальной действительностью и не выводятся за рамки психического здоровья.

Существует несколько подходов к разграничению психического здоровья и психической болезни или расстройства:

- **Биологический.** Жизнь человека сводится к «природной целесообразности», т. е. человек должен вести себя так, как это «определено» природой или Богом.
- **Естественнонаучный.** При таком подходе возникает готовность к диагностическому заключению по отдельным фактам: патология родов, обнаружение на ЭЭГ повышенной судорожной готовности, выявление на компьютеротомограмме кисты прозрачной перегородки, и т. п. При этом диагностируется не обнаруженная патология, а психическая болезнь.



- **Социальный.** Любое проявление социальной декомпенсации, антисоциальное поведение, какова бы ни была их причина, диагностируется как психическое расстройство (концепция Ч. Ломброзо). В частности, любая суицидальная попытка трактуется как проявление душевного расстройства.
- **Экспериментально-психологический.** Та или иная ненормативность психической функции, ее отклонение от среднестатистических показателей приводит к обнаружению «ненормальности».

Понятие психической болезни появляется при нарушениях в области душевной патологии (эндогенные заболевания), а не в области соматики или духовности, хотя патология здесь также может приводить к нарушению психического здоровья (экзогенные, соматогенные и психогенные заболевания). Изолированное рассмотрение телесного и духовного — компетенция не клинической психиатрии: в первом случае эта задача биологии, морфологии, физиологии, соматической медицины, во втором — психологии, социологии, философии. Однако ни те, ни другие не имеют юридического и профессионального права решать вопрос о наличии или отсутствии у данного человека психической болезни.

Вектор норма—патология носит характер континуума. В реальной жизни в популяции существуют плавные переходы от одного состояния к другому.

Вектор здоровье—болезнь континуумом не является, и здесь можно отметить ступенчатость переходов.

*С. Б. Семичовым в 1979 г, который выделил пять степеней состояния психического здоровья:*

- Идеальное здоровье (норма), или эталон, — не встречающееся в реальной жизни гипотетическое психическое состояние, все составляющие которого соответствуют некоторым теоретическим нормам, гармонично интегрированы, создают условия для полной психосоциальной адаптации и психического комфорта в реальной природной и социальной действительности и соответствуют нулевой вероятности психической болезни или психической нестабильности.
- Среднестатистическое здоровье (норма) — показатель, который является производным усредненных психологических характеристик конкретно избранной и изученной (по полу, возрасту, социальному положению, территории проживания, и т. п.) популяции. Как каждый статистически установленный показатель, он вероятностен, допускает определенную степень колебаний (со знаком «+/-») и отклонений от идеального здоровья. Тем самым этот показатель предполагает определенный риск психического расстройства, и в исключительных случаях краевые отклонения в состоянии такого здоровья могут соответствовать крайним вариантам

некоторых заболеваний, например невротоподобным расстройствам при сосудистых заболеваниях, клинике алкоголизма в определенной социальной прослойке, и т. п.

- 3. Конституциональное здоровье (норма) — соотнесение определенных, довольно специфических типов психического состояния здоровых людей с тем или иным типом теле-сно-организменной конституции (конструкции, устройства). С этим согласуется мнение о том, что подобные сочетания создают предрасположение к определенному кругу заболеваний. Последнее даже послужило основанием для их терминологического обозначения (типирования): эпилептоидный (атлетоидный), циклоидный (пикнический), шизоидный (леп-тосомный) тип.
- Акцентуация — вариант психического здоровья (нормы), который характеризуется особой выраженностью, заостренностью, непропорциональностью некоторых черт характера всему складу личности и приводит ее к определенной дисгармонии. Акцентуация, не препятствуя адаптации личности в социальной среде, в большей или меньшей степени суживает границы этой адаптации и тем самым предопределяет ситуационную уязвимость личности, увеличивает риск возникновения психических расстройств, как правило, психогенных. К акцентуациям могут быть отнесены некоторые аномалии личности, односторонняя одаренность, явления непатологического психического дизонтогенеза, и пр.
- Предболезнь — появление первых, разрозненных, эпизодических, синдромально незавершенных признаков психической патологии, дисфункции, являющихся причиной и условием нерезких нарушений социальной адаптированности.

**Здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие (по ВОЗ).**

***Основные критерии общего здоровья:***

- структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде;
- сохранность привычного самочувствия. Психическое здоровье — одна из важнейших составляющих общего здоровья.

***Критерии психического здоровья (по ВОЗ):***

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее 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 реализовывать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Стоит заметить, что понятия душевного и социального благополучия слишком широкие и не соответствуют практическому пониманию здоровья.

( 2 часа)

## **Лекция 2. Нарушение чувственного познания**

**Определение ощущения.** Ощущения имеют качественную и количественную стороны. Качественная связана со специфичностью анализатора — способностью к преобразованию, трансформации специфической энергии действующего на рецептор материального раздражителя в энергию нервного процесса.

### **Основные нарушения ощущений**

- Анестезия, или утрата чувствительности, может захватывать как отдельные виды чувствительности (парциальная анестезия), так и все виды чувствительности (тотальная анестезия).
- Довольно часто встречается так называемая истерическая анестезия – исчезновение чувствительности у больных с истерическими невротическими расстройствами (например, истерическая глухота).
- Гиперестезия обычно захватывает все сферы (наиболее часто встречаются зрительная и акустическая). Например, такие больные не переносят звук обычной громкости или не очень яркий свет.
- При гипозестезии больной как бы нечетко воспринимает окружающий мир (например, при зрительной гипозестезии предметы для него лишены красок, выглядят бесформенно и расплывчато).
- При парестезии больных отмечают тревожность и суетливость, а также повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с постельным бельем, одеждой и т. д.

- Разновидностью парестезии является сенестопатия – появление довольно нелепых неприятных ощущений в различных частях тела (например, чувство «переливания» внутри органов). Такие нарушения обычно возникают при шизофрении.

### **Определение восприятия.**

#### **Основные нарушения восприятия**

- **Иллюзии** – это искаженное восприятие реального объекта. Например, иллюзии могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными и т. д.

По характеру возникновения выделяют три вида иллюзий:

- 1) физические;
- 2) физиологические;
- 3) психические.

- **Галлюцинации** – нарушения восприятия, возникающие без наличия реального объекта и сопровождающиеся уверенностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

Зрительные и слуховые галлюцинации обычно делят на две группы:

#### **1. Простые.** К ним относятся:

- а) фотопсии – восприятия ярких вспышек света, кругов, звездочек;
- б) акоазмы – восприятия звуков, шума, треска, свиста, плача.

**2. Сложные.** К ним относят например слуховые галлюцинации, которые имеют вид членораздельной фразовой речи и носят, как правило, приказывающий или угрожающий характер.

- **Эйдетизм** – расстройство восприятия, при котором след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе остается в форме четкого и яркого образа.
- **Деперсонализацией** называется искаженное восприятие как собственной личности в целом, так и отдельных качеств и частей тела. Исходя из этого, выделяют два вида деперсонализации:

- 1) парциальную (нарушение восприятия отдельных частей тела);
- 2) тотальную (нарушение восприятия всего тела).

- **Дереализация** – это искаженное восприятие окружающего мира. В качестве примера дереализации можно привести симптом «уже виденного» (*de ja vu*).
- **Агнозиями** называют нарушения узнавания предметов, а также частей собственного тела, но при этом сохраняется сознание и самосознание.

Выделяют следующие виды агнозий:

1. Зрительные агнозии – расстройства узнавания предметов и их изображений при сохранении достаточной остроты зрения. Делятся на:

а) предметную агнозию;

б) агнозию на цвета и шрифты;

в) оптико-пространственную агнозию (больные не могут передать на рисунке пространственные признаки объекта: дальше – ближе, больше – меньше, выше – ниже и т. д.).

2. Слуховые агнозии – нарушение способности различать звуки речи при отсутствии нарушений слуха;

3. Тактильные агнозии – расстройства, характеризующиеся неузнаванием предметов путем их ощупывания при сохранности тактильной чувствительности.

**(2 часа)**

### **Лекция 3. Нарушение памяти**

#### ***Определение памяти. Основные виды нарушения памяти:***

К дисмнезиям относятся гипермнезии, гипомнезии и амнезии.

- ***Гипермнезия*** — непроизвольное оживление памяти, повышение способности воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных и малоактуальных для больного в настоящем.
- ***Гипомнезия***— частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений. Это — нарушение способности запоминать, удерживать, воспроизводить некоторые события и факты или отдельные их части.
- ***Амнезия***— полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период, или же выпадение из памяти той или иной конкретной ситуации:

*Ретроградная амнезия* — выпадение из памяти впечатлений, предшествовавших острому периоду болезни. Длительность промежутка времени, охватываемого амнезией, различна (от нескольких минут до нескольких дней, недель,

*Антероградная амнезия* — утрата воспоминаний о текущих событиях, переживаниях, фактах, происходящих на период, следующий за острым этапом болезни.

*Конградная амнезия* — выпадение воспоминаний полное или частичное, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания).

*Анэкофория* — неспособность к произвольному вспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, которые извлекаются из памяти только после подсказки.

*Ретардированная амнезия* — отставленная, запаздывающая амнезия. Какой-то период времени и события, имевшие в нем место, выпадают из памяти не сразу, а лишь спустя некоторое время после болезненного состояния.

*Истерическая амнезия* — из памяти выпадают лишь отдельные неприятные события и факты, психологически неприемлемые для больного. От аффектогенной амнезии данное расстройство отличается тем, что воспоминания об обстановке, индифферентных событиях, совпавших с амнезируемыми во времени, сохраняются. Своеобразный вариант истерической амнезии — фантастическая псевдология.

***Парамнезия – извращения памяти***, встречаются в форме псевдореминисценций, криптомнезий, эхомнезий, конфабуляций, галлюцинаторных воспоминаний Кальбаума, псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаний.

*Псевдореминисценции* — ошибочные воспоминания, «иллюзии памяти». Воспоминания о действительно имевших место событиях относятся больным в иной временной отрезок.

Их разновидностью являются экмнезии — сдвиг ситуации в прошлое («жизнь в прошлом»), когда стирается временная грань между прошлым и настоящим и давние события переносятся такой болезненной памятью в настоящее.

*Криptomнезии* — искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Варианты криптомнезии.

*Эхомнезии (редуплицирующая парамнезия Пика)* — обманы памяти, при которых какое-то событие, факт, переживание в воспоминаниях предстают удвоенными, утроенными. От псевдореминисценций отличаются тем, что не носят замещающего характера при провалах памяти.

#### **Лекция 4. Нарушение эмоций.**

Определение эмоций. Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны. Основные типы патологического эмоционального реагирования:

- ***Кататимный тип*** возникает при определенных жизненных ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение (т. е. в стрессовых ситуациях). По такому типу возникают и развиваются неврозы и реактивные психозы.
- ***Голотимный тип*** определяется наличием полярности психопатологических состояний, первичностью (эндогенной обусловленностью) их, относительной устойчивостью и периодичностью возникновения. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эндогенным психозам (маниакально-депрессивный психоз, некоторые инволюционные психозы, шизофрения).

- **Паратимный тип** характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности. Он встречается при ишзофрении.
- **Эксплозивный тип** патологического эмоционального реагирования отличается сочетанием инертности, тугоподвижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эпилепсии, некоторым органическим заболеваниям головного мозга.
- **Дементный тип** сочетается с нарастающими признаками слабоумия. Такой тип эмоциональной патологии свойствен прогрессирующим слабоумливающим заболеваниям (старческое слабоумие, атеросклероз сосудов головного мозга, пре-сенильные деменции, прогрессивный паралич и др.).

### **Продуктивные эмоциональные расстройства.**

Патология чувственного тона включает эмоциональные гиперестезию и гипестезию.

**Эмоциональная гиперестезия** — нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно обостренной эмоциональной окраской. Возникает при понижении порога эмоционального реагирования и обычно сочетается с гиперакту-зией, гиперосмией, сенестопатиями.

**Эмоциональная гипестезия** — это нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно ослабленной эмоциональной окраской. Возникает при повышении порога эмоционального реагирования.

### **Входит в структуру дереализационных и деперсонализационных расстройств.**

Патология эмоциональных состояний, отношений, реакций состоит из гипотимии, гипертимии, паратимий и нарушений динамики эмоций.

### **Гипотимия**

- **Тоска** — эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов. Тоска, сопровождающаяся характерными тягостными ощущениями мучительного сжатия, стеснения за грудиной, в области сердца, называется предсердечной (витальной).
- **Тревога** — эмоциональное состояние или реакция, характеризующаяся внутренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализованными в груди. Сопровождается предчувствием и боязливым ожиданием надвигающейся беды, пессимистическими опасениями, обращенными в будущее. В отличие от тоски тревога является активирующим аффектом.

- *Растерянность* — изменчивое, лабильное эмоциональное состояние с переживанием недоумения, беспомощности.
- *Страх* — эмоциональное состояние или реакция, содержанием которых являются опасения о своем благополучии или жизни.

### ***Гипертимия***

- *Эйфория* — эмоциональное состояние с преобладанием ощущения радости, «лучезарности», «солнечности» бытия, жизненного счастья, с повышенным стремлением к деятельности.
- *Благодушие* — эмоциональное состояние с оттенком довольства, беспечности без стремления к деятельности.
- *Экстаз* — эмоциональное состояние с наивысшей приподнятостью, экзальтацией, часто с религиозным мистическим оттенком переживаний.
- *Гневливость* — высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающим со склонностью к агрессии, разрушительным действиям.

### ***Паратимия***

- *Амбивалентность* — одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же факта, объекта, события.
- *Эмоциональная неадекватность* — качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу. Одним из вариантов эмоциональной неадекватности является фамильная ненависть.

**Оба симптома входят в структуру кататонических и негативных личностных расстройств.** *Симптом «стекла и дерева»* — сочетание эмоционального притупления с повышенной ранимостью, чувствительностью, душевной хрупкостью. При этом сила и качество эмоциональной реакции не соответствуют значимости раздражителя.

### ***Нарушения динамики эмоций***

- *Эмоциональная лабильность* — быстрая и частая смена полярности эмоций, возникающая без достаточного основания, порой беспричинно.
- *Тугоподвижность (инертность, ригидность)* — протрагирование эмоциональной реакции, проявляющееся длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез.
- *Слабодушие* — невозможность сдержать внешние, контролируемые волевым усилием, проявления эмоциональных реакций.



## **Негативные эмоциональные расстройства.**

### ***Негативные расстройства, оцениваемые по экстенсивности эмоциональных проявлений***

- Сужение эмоционального резонанса — уменьшение экстенсивности (распространенности) эмоциональных реакций, сужение их спектра, проявляющиеся в уменьшении набора объектов, ситуаций, потребностей, видов деятельности, на которые субъект ранее эмоционально реагировал.
- Эмоциональная патологическая инверсия — крайняя степень сужения эмоционального резонанса с направленностью реагирования на внутренние утилитарно-гедонические потребности.

### ***Негативные расстройства, оцениваемые по интенсивности эмоциональных проявлений***

- Эмоциональная нивелировка — исчезновение дифференцированного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту.
- Побледнение эмоций — снижение интенсивности (силы) эмоциональных проявлений, сопровождающееся уменьшением выразительности (экспрессивности) мимики и жестов.
- Эмоциональная тупость — бесчувственность, безразличие, полная эмоциональная опустошенность («паралич эмоций») с исчезновением адекватных эмоциональных реакций.

Все вышеописанные негативные расстройства, оцениваемые и по экстенсивности, и по интенсивности проявлений, встречаются при апатико-абулическом синдроме.

## **Определение воли. Нарушение волевой сферы внимания.**

**Этапы волевого акта.** На любом этапе волевого акта может возникнуть патология волевой сферы.

Виды патологии волевой сферы:

### **Угнетение**

- *Анорексия (исчезновение аппетита)* — резкое угнетение пищевого инстинкта.
- *Снижение либидо* — угнетение полового влечения.
- *Торможение оборонительных реакций* — угнетение инстинкта самосохранения, проявляющееся в отсутствии защитных двигательных реакций (морганне, изменение и удержание защитных поз, избегание опасности, и т. п.) в ответ на внешнюю угрозу.
- *Гипобулия* — снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающиеся регрессом ее мотивов. Крайняя степень

выраженности этого состояния называется *абулией*. При ней отсутствуют побуждения к деятельности и ее мотивы.

## Усиление

- *Булимия* — резкое усиление пищевого инстинкта, неумеренный аппетит, зачастую сочетается с неразборчивостью в еде (обжорство).
- *Гиперсексуальность* — резкое усиление полового влечения, приобретающее характер доминирующего мотива, который начинает преобладать в содержании сознания. Мужская гиперсексуальность называется сатириазисом, женская — нимфоманией.
- *Гипербулия* — патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и мотивов деятельности. Имеет следующие варианты: *дементно-асемическая гипербулия*, *психопатическая*, *дементно-эгоцентрическая гипербулия*, *эйфорическая*.

## Извращение

- *Дромомания* — патологическое влечение к постоянной перемене места обитания, бродяжничеству.
- *Пиромания* — влечение к поджогам, иногда — к созерцанию пламени.
- *Клептомания* — патологическое влечение к кражам. Крадут без утилитарной заинтересованности в присваиваемом предмете, обычно ради самого процесса, а не ради материального обогащения, присваиваемые вещи, чаще всего малоценные, обычно возвращают.
- *Гомицидомания* — влечение к убийству людей без ситуационно-психологической обусловленности.
- *Суицидомания* — болезненное влечение к самоубийству. Членовредительство — патологическое стремление к самоповреждению, ауотравматизму.
- *Опиомания* — неудержимое влечение совершать покупки, приобретать вещи без материальной в них заинтересованности и ситуационной необходимости.
- *Дипсомания* — периодически возникающее стремление к употреблению спиртных напитков, к запою, порой на фоне дистрофически-тоскливого настроения.
- *Копрофагия* — патологическое влечение к поеданию несъедобного (в узком смысле — поедание экскрементов).
- *Перверзии* — различные формы извращения полового влечения. Основными разновидностями являются: аутоэротизм — фантазирование на эротические темы, мастурбация (онанизм), нарциссизм (созерцание собственного тела с любованием им); альголагния — влечение к достижению сексуального удовлетворения путем

причинения физической боли или морального ущерба себе (мазохизм) или половому партнеру (садизм).

К заместительным формам перверзии относятся: фетишизм; эксгибиционизм; трансвестизм; визионизм; гомосексуализм.

По направленности полового влечения на неадекватные объекты выделяют следующие виды перверзии:

педофилия; геронтофилия; зоофилия, или скотоложство; некрофилия; пигмалионизм .

Все вышеназванные варианты извращений влечений и мотивов деятельности имеют три клинические формы:

**Навязчивые влечения**— побуждения к деятельности появляются помимо воли больного, не отражают его интересы и ситуацию, сопровождаются борьбой мотивов, сохранением критического к ним отношения.

**Компульсивные влечения**— побуждения к деятельности возникают подобно витальным влечениям, таким как голод, жажда, половое влечение.

**Импульсивные влечения** — болезненные побуждения к деятельности, которые возникают остро, безмотивно, чем напоминают пароксизмальные. Отмечается неотступное стремление к реализации влечения с полным подчинением ему самосознания.

**Патология интеллектуальной компоненты волевого акта:** Амбтендентность, Компульсивные действия , Насильственные действия, Угнетение, Импульсивные действия

**Патология на уровне реализации волевого усилия:**

- **Угнетение** (*Гипокинезия ,Гипомимия ,Мутизм*);
- **Усиление** (*Эйфоретская гиперкинезия ,Кататоническая гиперкинезия ,Гиперкинезия с автоматизмами , Галлюцинаторная гиперкинезия ,Бредовая гиперкинезия ,Тревожно-депрессивная гиперкинезия ,Эхопраксия, Эхолалия,Речевые стереотипии ,Вычурность, манерность ,Негативизм*)

### **Патология внимания**

**Определение внимания. Патологии внимания:**

- **Рассеянность внимания**— нарушение способности длительно сохранять его направленность. При этом страдает сосредоточение. Внимание становится неустойчивым, больной не способен сколько-нибудь длительно удерживать его на одном определенном виде деятельности. При этом преобладает произвольное внимание.

- **Истощаемость внимания**— прогрессирующее ослабление его интенсивности в процессе работы при изначально достаточно высокой способности к сосредоточению. В силу этого становятся невозможными углубленность, поглощенность работой, резко падает ее продуктивность.
- **Сужение объема внимания** — патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. При этом содержанием сознания становятся наиболее близкие больному впечатления. Объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационную или ищцы дуалы -личностгаую значимость.
- **Тугоподвижность внимания** — патологическая его фиксация, инертность, затруднения переключения с одного объекта на другой. Возникает утрированно выраженная
- **Отвлекаемость внимания**— патологическая его подвижность, проявляющаяся частым, ни ситуационно, ни мотивационно не обоснованным изменением направленности, сосредоточения и интенсивности внимания.
- Наиболее выраженная степень отвлекаемое внимания — **апрозексия**. Это состояние резкого ослабления или полного отсутствия способности сосредоточить внимание на определенном объекте при формально ясном сознании.

## Лекция 5. Патология сознания и патология рационального познания.

### Паталогия сознания. Определение сознания.

Классификация расстройств сознания проводится по структуре и динамике. По динамике выделяют две большие группы патологии сознания — пароксизмально и непароксизмально возникающие. По структуре выделяют патологии сознания — выключения и помрачения.

#### Непароксизмальные нарушения сознания

- **Онейрондное (сновидное) помрачение сознания.** Ведущие симптомы — алло- и аутопсихическая дезориентировка, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, галлюцинации и иллюзии, грандиозный сказочно-фантастический грезоподобный чувственный бред, интенсивные полярные аффективные состояния, кататоническая симптоматика, частичная или полная конградная амнезия реальных событий и своего поведения при достаточном воспоминании содержания болезненных переживаний.
- **Делириозное (галлюцинаторное) помрачение сознания.** Ведущие симптомы — аллопсихическая дезориентировка при сохранении ориентировки в собственной личности и истинные зрительные галлюцинации. Обязательные симптомы — эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога, заинтересованность), острый чувственный бред, гал-люцинаторно-бредовый вариант психомоторного возбуждения.

Содержание обязательных симптомов связано с содержанием зрительных галлюцинаций. При делирии имеет место частичная конградная амнезия реальных событий.

- **Аментивное помрачение сознания (аменция)** — спутанность сознания, наиболее глубокое непароксизмальное помрачение сознания. Сутью аменции является глубокая тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, что проявляется такими ведущими симптомами, как грубая тотальная (алло- и аутопсихическая) дезориентировка, выраженное нарушение активного внимания с его резкой отвлекаемостью, принимающей характер гиперметаморфоза, инкогеренция мышления, а также психомоторное бесцельное возбуждение, достигающее нередко до степени яктации (хаотичное метание с дискоординированными движениями и гиперкинетические подергивания мышц). Больной, как правило, не покидает постели. Возбуждение порой прерывается обездвиженностью. Обязательные симптомы — растерянность, недоумение, эмоциональная лабильность с резкой сменой периодов страха, тревоги, печали, экзальтации, эпизоды изменчивых по содержанию зрительных и слуховых галлюцинаций, фрагментарный, с изменчивой фабулой образный чувственный бред. Бред и галлюцинации в поведении отражения почти не находят. Аменция сопровождается полной конградной амнезией.

#### **Непароксизмальные исключения сознания**

- *Оглушение* — наиболее легкое расстройство сознания.
- *Сомнолентность* — наиболее глубокая степень оглушения, стадия, предшествующая переходу его в сопор.
- *Сопор* — более глубокая по сравнению с оглушением степень исключения сознания.
- *Кома* — наиболее глубокая степень исключения сознания, относимая к экстремальным состояниям.

#### **Пароксизмальные помрачения сознания**

Сумеречные состояния сознания. Ведущими симптомами являются глубокая алло- и аутопсихическая дезориентировка с фокусированием помраченного сознания на узком круге реальных объектов и лиц, а также гиперкинезия с автоматизмами.

Виды сумеречных состояний:

- Классическое сумеречное состояние сознания
- Ориентированное сумеречное состояние сознания
- Бредовой вариант сумеречного состояния сознания
- Неистовое возбуждение
- Сумеречное состояние сознания с автоматизмами

- Сумеречные состояния сознания с амбулаторными автоматизмами
- Транс
- Фуга

### **Особые состояния сознания (аура сознания).**

Ведущими симптомами являются: аллопсихическая дезориентировка, особенность которой — одновременное сосуществование крайне ярких, доминирующих в сознании психопатологических расстройств и нечеткого, неполного осознания объективной реальности; обильные психосенсорные нарушения в форме разнообразных расстройств восприятия «схемы тела», метаморфозий деперсонализация, дереализация, явления «уже виденного», «уже пережитого», «никогда не виденного».

### **Патология рационального познания.**

#### **Определение мышления, понятия, суждения, умозаключения.**

Виды мышления: наглядно-действенное, образное и абстрактно-логическое.

Варианты патологии мышления: расстройства содержания мышления и расстройства формы нарушения.

**Расстройства содержания мышления** (продуктивные) характеризуются неадекватным отражением существенных качеств, сторон, отношений и закономерностей объективной реальности в силу болезненного состояния головного мозга.

Они делятся на навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

*Навязчивые идеи* (частный вариант навязчиво-стей). Непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации, что правильно понимается и критически оценивается пациентом, контролирующим свое поведение. Возникновение их не зависит от желания больного и происходит против его воли. Эти мысли носят неотступный характер, от них невозможно произвольно освободиться. Как правило, навязчивости сопровождаются отрицательными эмоциональными переживаниями, душевным дискомфортом.

Виды навязчивых идей: ситуационные, аутохтонные, ритуальные, навязчивые сомнения, абстрактные навязчивые мысли, контрастные мысли, навязчивые воспоминания, нозофобии, страх пространства, а также процессов и явлений, происходящих в нем, социофобии.

Продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации и обладающее большим эмоциональным зарядом, в силу чего приобретает не соответствующее ему по степени значимости доминирующее положение.

*Виды сверхценных идей:* ипохондрические, сверхценные идеи сексуальной неполноценности, сверхценные идеи самоусовершенствования, сверхценные идеи изобретательства, сверхценные идеи реформаторства, сверхценные идеи талантливости, сверхценные идеи виновности, эротические сверхценные идеи проявляются, сверхценные идеи сутяжничества (кверулянтства).

*Бредовые идеи.* Продуктивные расстройства, при которых возникают непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию больного в биологической и социальной среде.

Виды бредовых идей: систематизированный бред, несистематизированный бред, бред с пониженной самооценкой, бред с повышенной самооценкой, persecutory бред (бред преследования), смешанные формы бреда, сенсорный бред, конфабуляторный бред, аффективный бред, резидуальный бред.

### **Нарушения формы ассоциативного процесса.**

Расстройства формы ассоциативного процесса представлены нарушениями темпа, подвижности, целенаправленности мышления и грамматического строя речи.

### **Виды нарушений формы ассоциативного процесса:**

ускорение, замедление, детализация, обстоятельность, вязкость, витиеватость, соскальзывание, резонерство, разноплановость, аморфность, разорванность, речевые, стереотипии, бессвязность.

## **Лекция 6. Астенногиперестетический синдром**

*Астенногиперестетический синдром* — состояние нервно-психической слабости — включает в себя и эмоционально-гиперестетические расстройства. Это простой синдром. Ведущее его проявление — собственно астения. Признаками последней являются повышенная утомляемость и истощаемость нервно-психических процессов. В результате у больного возникает истощаемость произвольного внимания и его концентрации, нарастают рассеянность, отвлекаемость, затрудняется сосредоточение, появляется функциональное затруднение запоминания и активного вспоминания, что сочетается с затруднением осмысления и схватывания.

Падают физическая и нервно-психическая трудоспособность.

Обязательные симптомы: эмоционально-гиперестетические и вегетовисцеральные расстройства. К первым относятся раздражительная слабость — остро возникающие кратковременные реакции недовольства, гневливость по малозначимым поводам (симптом «спички»), эмоциональная лабильность, слабодушие. Ведущий фон настроения —

гипотимия, мрачность, капризность. Имеют место нетерпимость и плохая переносимость ожидания.

Выделяют две формы астенического синдрома — гипер-стеническую и гипостеническую. *При гиперстенической форме* в клинической картине астенического синдрома преобладают эмоционально-гиперэстетические расстройства, *При гипостенической форме* на первый план выступает резко выраженная собственно астения.

**Типичные аффективные синдромы** включают равномерно представленную триаду обязательных симптомов: расстройство эмоций (тоска, эйфория), воли (гипо- или гипербулия), течения ассоциативного процесса (замедление, ускоренное). Ведущие среди них — эмоциональные. Допол-

нительными симптомами выступают: пониженная или повышенная самооценка, порой достигающая уровня галлюцинаторных или бредовых идей, суицидальные мысли, тенденции и действия (при депрессии), угнетение или усиление влечений.

В основе современной классификации синдромов аффективных расстройств — три параметра: аффективный полюс, структура и степень выраженности синдрома

### Депрессивные синдромы

**Типичные депрессивные синдромы:**

***Субдепрессивный (непсихотический) синдром.***

Ведущим симптомом выступает нерезко выраженная тоска с оттенком грусти, скуки, некоторой подавленности, угнетенности, легкой тревоги, пессимизма. Обязательные симптомы — гипобулия и замедление ассоциативного процесса — в силу незначительности в большей степени переживаются больным субъективно и мало заметны при объективном наблюдении. Гипобулия проявляется чувством вялости, утомленности, физической и психической усталости, несколько снижается продуктивность. Замедление ассоциативного процесса выражается в виде субъективного чувства снижения психической активности, ухудшения памяти, затруднения в подборе слов. Больные к своему состоянию критичны полностью.

***Депрессивный (психотический) синдром, депрессия классического типа.*** Ведущим симптомом является выраженная тоска с оттенком витальности, соответствующей мимикой, позой, жестиком. Обязательные симптомы — гипобулия, гипокинезия, замедление темпа мышления. Дополнительные симптомы — пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего, достигающая степени галлюцинаторных идей виновности, греховности, самообвинения, самоуничтожения, суицидальные мысли и действия.

**Атипичные депрессивные синдромы:**



- *Астеносубдепрессивный синдром*
- *Адинамическая субдепрессия*
- *Ларвированные (маскированные, соматизированные, депрессивные эквиваленты) депрессии (ЛД)*

**Виды (ЛД):** *Агриппический вариант ЛД., Вегетовисцеральный вариант ЛД., Вариант ЛД с нарушениями в сексуальной сфере (периодическая импотенция). , Наркоманический вариант ЛД.* Возникает в результате случайного или преднамеренного *, Обсессивно-фобический вариант ЛД.*

### **Депрессивные (психотические) синдромы**

При тревожной (тревожно-ажитированной) депрессии ведущие симптомы — выраженная тревога и аффект тоски. Обязательные симптомы — тревожно-депрессивное возбуждение (ажитация), достигающее порой до раптуса, и ускорение темпа мышления вплоть до вербигерации.

### **Маниакальные синдромы**

#### **Типичные маниакальные синдромы:**

- *Типоманиакальный (непсихотический) синдром.* Ведущий симптом — умеренно выраженная эйфория с преобладанием чувства радости бытия. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия с субъективным ощущением творческого подъема и повышением продуктивности, несмотря на отвлекаемость внимания, и ускорение темпа мышления. Обязательные симптомы выражены незначительно. Пациенты осознают свое состояние, поведение грубо не страдает.
- *Маниакальный (психотический) синдром, мания классического типа.* Ведущий симптом — выраженная эйфория с ощущением безмерного счастья, радости, восторга. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия со значительной отвлекаемостью, в силу чего значительно страдает продуктивность мышления; ускорение его темпа с тематической отклоняемостью может достигать до «скачки идей».

#### **Атипичные маниакальные состояния:**

- *Гипоманиакальные (непсихотические) синдромы.* При *гипомании с психопатоподобным поведением* ведущий симптом — нерезко выраженная эйфория с оттенком раздражительности, взрывчатости, конфликтности. Обязательные симптомы — гипербулия, связанная с чрезмерным усилением и расторможением низших влечений при одновременном регрессе высших мотивов поведения.

### ***Маниакальные (психотические) синдромы.***

- *Маниакальный синдром с преобладанием идей величия.* Ведущий симптом — умеренно выраженная эйфория с колебаниями аффекта от приподнято-благодушного до гневливо-раздражительного. Особенность гипербулии — характерный оттенок поведения, проявляющийся в горделивых позах, осанке, жестикуляции, обличительном или приказном тоне беседы.
- *Гневливая мания.* Ведущий симптом — нерезко выраженная эйфория, доминирует раздражительно-гневливый аффект. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия, в которой преобладают активная «борьба за справедливость», нетерпимость к малейшим недостаткам, язвительность, сварливость, склонность к сарказму.
- *Экстатически-экзальтированная мания.* Ведущий симптом — эйфория с преобладанием торжественно-приподнятого настроения, чувства радостного благоговения, слезливого умиления. Обязательные симптомы — эйфорическая гипербулия и ускорение темпа мышления — выражены незначительно или отсутствуют.

Смешанные аффективные синдромы: Депрессия с возбуждением, маниакальное состояние с торможением, синдром дисфории.

### **Лекция 7.**

#### **Невротические и неврозоподобные синдромы.**

##### **Синдромы навязчивостей**

Синдромы навязчивостей обычно протекают на фоне астении и встречаются в двух основных вариантах: обсессивном и фобическом.

- ***Обсессивный синдром.*** Ведущими и основными симптомами являются навязчивые сомнения, счет, воспоминания, контрастные и абстрактные мысли, «умственная жвачка», влечения и двигательные ритуалы.
- ***Фобический синдром.*** Ведущим и основным симптомом его выступают разнообразные навязчивые страхи. Синдром дебютирует, как правило, недифференцированным страхом. Затем возникают и постепенно нарастают эмоциональное напряжение и психический дискомфорт. На этом фоне остро появляется страх (фобия), охватывающий больного в определенных условиях или при душевных переживаниях.

На этом фоне остро появляется страх (фобия), охватывающий больного в определенных условиях или при душевных переживаниях. Вначале возникает монофобия, которая обычно с течением времени обрастает другими, близкими и связанными с ней по содержанию.

Варианты фобий: нозофобия; социофобия; агарофобия.

### **Истерические синдромы.**

Истерические невротические (неврозоподобные) синдромы — довольно полиморфные и переменные функциональные психопатологические образования, представляющие каждый раз сугубо индивидуальное сочетание пяти основных компонентов: психических, вегетовисцеральных, двигательных, сенсорных и речевых расстройств. Для истерической симптоматики характерны эгоцентризм, ситуационная зависимость

появления и степени выраженности, кажущаяся нарочитость, демонстративность, достаточно большая внушаемость и самовнушаемость больных, возможность извлечь какую-либо пользу из своего болезненного состояния, не осознаваемая больными («условная приятность или желательность» истерических проявлений).

При истерии встречаются следующие виды расстройств:

- Психические расстройства — фобии, субдепрессии, психогенные амнезии, повышенная эмотивность, патологическая лживость, истерические фантазмы, ипохондрические переживания, эмоциональная лабильность, слабодушие, астения с физической и психической утомляемостью, сензитивность, повышенная чувствительность и впечатлительность, демонстративные суицидальные высказывания и попытки, аффективно-непоследовательное мышление.
- Вегетовисцеральные расстройства (наиболее постоянны и многообразны) — спазмы гладкой мускулатуры в виде ощущения сжатия гортани (истерический ком), чувство нехватки воздуха, что порой симулирует астму, дисфагия (нарушение проходимости пищевода), задержка мочеиспускания, запоры, парезы желудочно-кишечного тракта, симулирующие кишечную непроходимость. Встречаются икота, срыгивания, расстройства слюноотделения, вздутие кишечника, тошнота, рвота, понос, анорексия, метеоризм, расстройства сердечно-сосудистой системы: лабильность пульса, колебания артериального давления, гиперемия или бледность кожных покровов, акроцианоз, головокружения, обмороки, боли в области сердца, симулирующие сердечные заболевания.
- Двигательные расстройства — припадки (классический большой истерический припадок, моторная буря, дуга, клоунада и пр.); истерические параличи и моно-, пара-темии тетрапарезы, чаще всего не соответствующие анатомо-физиологическим закономерностям, паралич голосовых связок, проявляющийся афонией; ступор; контрактуры (кривошея — тортиколлис, тризм, сходящееся косоглазие, контрактуры суставов и т.д.; астазия-абазия).
- Сенсорные расстройства — разнообразные парестезии, тактильная, температурная или болевая гипер-, гипо- или анестезия, локализация которых не соответствует законам иннервации. Расстройства чувствительности принято обозначать как «перчатки», «носки», «чулки», «колготки», «трусы», «куртка» и т. п. Могут наблюдаться также истерические боли, локализованные в различных органах; истерические выпадения функции органов чувств — амавроз (слепота), глухота, потеря обоняния, вкуса.

- Речевые расстройства — истерические заикание, дизартрия, афония (утрата звучности голоса), мутизм, порой сур-домутизм (глухонемота), афазия.

### **Лекция 8. Синдром деперсонализации и дереализации.**

**Синдром деперсонализации.** Ведущим симптомом является нарушение самосознания, что проявляется искаженным восприятием собственной личности в целом с ощущением утраты ее единства или искажения и отчуждения отдельных ее физиологических или психических проявлений.

Выделяют следующие варианты деперсонализации: алло-психическую, аутопсихическую, соматопсихическую, телесную, анестетическую, бредовую.

**Синдром дереализации.** Ведущим симптомом является искаженное восприятие объективной реальности в целом без нарушения восприятия отдельных параметров ее объектов (формы, величины, взаимного расположения, цвета и его нюансов, и т. д.). Это искаженное мироощущение с чувством безжизненности, нереальности, чуждости, незнакомости, блеклости окружающего. При этом возможны нарушения восприятия течения времени (брадихрония, тахи-хрония).

К дереализации также относятся:

- «уже виденное» — кратковременное пароксизмальное состояние, при котором в незнакомой ситуации у больного возникает ощущение, что она знакома, что он в ней уже находился прежде;
- «никогда не виденное» — кратковременное пароксизмальное состояние, при котором в знакомой ситуации возникает ощущение, что попал в нее впервые;
- «уже пережитое» — кратковременное пароксизмальное состояние, при котором комплекс эмоциональных переживаний данного текущего момента переживается как идентичный уже когда-то имевшему место («я это когда-то уже как будто пережил, перечувствовал»).

### **Парамнестические синдромы**

Корсаковский синдром — важнейший клинический компонент алкогольного корсаковского полиневритического психоза. Он также встречается при органических поражениях головного мозга интоксикационной, инфекционной природы, травмах головного мозга, его опухолях, сосудистых и атрофических церебральных заболеваниях.

**Корсаковский синдром** представляет собой единство продуктивных и негативных расстройств

Ведущие симптомы — антероградная амнезия в виде невозможности воспроизведения текущих событий при достаточной сохранности воспоминаний о фактах, предшествовавших началу болезни, парамнезии (псевдореминисценции и замещающие конфабуляции), грубая не критичность ко всем проявлениям болезни (анозгнозия). Невозможность воспроизведения текущих событий является или следствием нарушения запоминания, фиксации, или результатом преимущественного нарушения воспоминания, экфории. Обязательные симптомы — амнестическая дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах с невозможностью запомнить их имена и функцию; разнообразные аффективные (растерянность, тревожность, благодушие, беспечность, эмоциональная лабильность) и двигательные расстройства (гиподинамия, суетливость).

Выделяют две его формы корсаковского синдрома: *Регрессирующий Корсаковский синдром*, *Стационарная форма Корсаковского синдрома*.

**Синдром насильственных воспоминаний** — пароксизмально возникающее состояние, при котором ведущее место занимают мимовольные воспоминания отдельных эпизодов из реальной жизни больного — недавних или давно прошедших и давным-давно позабытых. Иногда появляется неодолимое переживание необходимости что-то вспомнить. Отличительной чертой является то, что воспоминания выражаются не в конкретных образах, а в словах, символах, абстракциях. Запоминание текущих событий в период пароксизма, как правило, ухудшается и сопровождается конградной амнезией реальных событий.

**Конфабулез** — состояние, которое характеризуется наличием лишь парамнезий без признаков помрачения сознания или амнезии. Ведущий симптом — фантастические конфабуляции. Они множественны, отличаются изменчивостью фабулы, в которой больной переоценивает себя как личность. Обязательные симптомы — эйфория с оттенком благодушия, беспечности; однотематический чувственный бред; бредовое поведение, которое, однако, грубо не страдает. Речь, как правило, имеет обычный темп, носит повествовательный характер констатации фактов. Выход чаще критический, с адекватным пониманием перенесенной болезни. При особо остром начале и бурном развитии симптоматики возникает конфабуляторная спутанность. Его особенностями являются резкое усиление изменчивости содержания и множественность конфабуляций, а также появление ложных узнаваний, когда окружающие принимаются за знакомых, соседей, палата — за квартиру, вокзал и т. п. Речь при этом становится непоследовательной, бессвязной.

## Лекция 9. Паранойяльные синдромы, Галлюцинозы

## **Паранойяльные синдромы**

**Паранойяльный синдром с хроническим течением**— простой синдром. Ведущий симптом — систематизированный бред. Явления психического автоматизма, ложные и истинные слуховые галлюцинации, нелепые бредовые конструкции отсутствуют.

Обязательные симптомы:

эмоциональная заряженность бреда, соответствующая его содержанию, и бредовое поведение. Последнее соответствует не только содержанию, но и выраженности и степени актуальности бреда. Паранойяльный синдром с хроническим течением имеет характерную динамику. Обычно вначале возникает монотематический систематизированный бред, в содержании которого нередко находят отражение реальные события. При этом в его развитии можно выделить ряд этапов, смена которых, как правило, происходит довольно медленно:

*бредовое настроение* — недифференцированное состояние внутреннего беспокойства, предчувствия надвигающейся опасности, реальная действительность кажется больному враждебной, загадочной, несущей угрозу;

*бредовое восприятие* — малодифференцированное состояние внутреннего беспокойства с выделением отдельных событий, явлений, объектов, на которых постепенно фиксируется внимание пациента и которым придается не соответствующее действительности значение;

*бредовое толкование* — патологическое объяснение разрозненных фактов и явлений без объединения их единой системой доказательств;

*кристаллизация бреда* — болезненное объединение разрозненных событий, происшествий, фактов единой, разработанной и продолжающей разрабатываться системой устойчивых доказательств.

**Паранойяльный синдром с острым течением.** Ведущий симптом — остро возникающий интерпретативный бред, как правило, персекуторный (отравления, ущерба, ревности, преследования, ипохондрический), реже — эротический, реформаторства. Бред имеет тенденцию к систематизации, но полной завершенности, стройности, законченности разработки системы доказательств не возникает. Обязательные симптомы— аффективные расстройства (эмоциональное напряжение, тревога, страх), соответствующие содержанию бреда, бредовое поведение, растерянность большей или меньшей степени выраженности.

**Галлюциноз**— простой психопатологический синдром. Ведущий симптом — галлюцинации, возникающие в одном анализаторе, реже — в двух и более. Они довольно обильные, с завершенной предметностью. Доминируют в структуре синдрома. Обязательные симптомы — аффективные расстройства, острый чувственный бред и психомоторное возбуждение.

**Острый галлюциноз.** Имеет непродолжительный (от нескольких часов до нескольких суток) продромальный период, в который возникают эмоционально-гиперэстетические расстройства: тревожность, безотчетный страх, подавленность, раздражительность, психическая гиперестезия, наиболее выраженная в том анализаторе, в котором разовьется галлюциноз, нарушение сна. Манифестируют галлюцинозы остро, порой внезапно. Чаще в вечерне-ночное время отмечается наплыв фабульных, имеющих какую-то одну сюжетную линию, истинных галлюцинаций. Одновременно появляются обязательные симптомы — однотематические острый чувственный бред, эмоциональное напряжение, галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения.

### **Психоорганический синдром.**

Психоорганический синдром характеризуется сочетанием стойких, часто необратимых неврологических, а также позитивных и негативных психопатологических симптомов.

Ведущие симптомы — разнообразные аффективные расстройства (раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, эксплозивность, подавленность, брюзгливость, ворчливость, злобность, благодушно-беспечная эйфория, безразличие, апатия); нарушение внимания (истощаемость, отвлекаемость, затруднения переключения); различные дисмнезии; нарушения подвижности мышления от детализации до вязкости; волевые расстройства (ослабление инициативы, сужение круга интересов, стереотипизация деятельности, инактивность). Обязательные признаки — ухудшение сообразительности («бестолковость»); снижение трудоспособности и продуктивности; несамостоятельность; слабая социальная и биологическая адаптация; психопатоподобное поведение. Усиливается восприимчивость к разнообразным соматическим и инфекционным заболеваниям, действию климатических и метеорологических факторов.

Выделяют четыре формы психоорганического синдрома, которые при его прогрессивном течении могут выступать в качестве последовательных этапов его развития:

- **Астеническая форма.** Преобладают астенические и эмоционально-гиперэстетические расстройства: истощаемость психических процессов, утомляемость, ухудшение внимания, эмоциональная гиперестезия с раздражительностью, легкая гипомнезия, психическая гиперестезия, парестезии, сенестопатии, склонность к дереализации.
- **Эксплозивная форма.** Наряду с выраженными признаками предыдущей формы значительное место занимают аффективные расстройства: раздражительность приобретает черты brutality, грубости, злобности, появляются мрачная подавленность со злобно-гневливым оттенком, ворчливость, брюзгливость. Нарастают эмоциональная лабильность, слабодушие, детализация и дисмнезия. Повышается сенситивность и снижаются адаптационные возможности организма. У ряда больных возникают нозофобии, склонность к формированию сверхценных идей ипохондрического содержания или сутяжнических.



- **Эйфорическая форма.** Аффективные расстройства имеют оттенок благодушия, беспечности. Выражены дис-мнезии и обстоятельность, у больных снижается критическое отношение к своему болезненному состоянию, появляются и нарастают гиподинамия, ухудшение сообразительности. Для эмоциональной лабильности характерны непродолжительные гневливые взрывы, завершающиеся ощущением беспомощности, слезливости, слабодушия.
- **Апатическая форма.** Для аффективного фона наиболее характерно безразличие. Нарастают гиподинамия, инактивность, нередко достигающая степени аспонтанности. Резко суживается круг интересов, побуждений. Значительно выражены амнестические расстройства, обстоятельность, вязкость. Активное внимание значительно страдает.

### 3.1.4 Электронные материалы (электронные учебники, учебные пособия, краткие конспекты лекций, презентации РРТ и т.п.)

<http://www.klex.ru/11n> - Б.В.Зейгарник Патопсихология, М.: Издательство Московского университета, 1986.

<http://www.klex.ru/7rh> - Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003.

<http://www.klex.ru/120> - Комер Дж.Рональд Основы патопсихологии, 2001.

[http://grinvald.com/index.php?option=com\\_k2&view=item&task=download&id=58](http://grinvald.com/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=58) - А.В. Снежневский «Лекциям по психопатологии».

## 1.1 Глоссарий/терминологический словарь

(некоторые термины из терминологического словаря по психофизиологии)

**Абулия** (от греч. а – отрицат. частица, bule – воля) — психопатологический синдром. Характеризуется вялостью, нарушением волевого импульса, отсутствием желания и побуждения к какой-либо деятельности. Может обуславливаться органическими причинами (глубокой олигофренией, поражениями головного мозга) или психическими заболеваниями (депрессией, шизофренией, циркулярным психозом, наркоманией).

**Агорафобия (agoraphobia)** - обширная фобия, при которой люди, страдающие ею, боятся покидать свой дом и посещать общественные места или попадать в ситуации, где, как они считают, можно испытать тревожащие симптомы и оказаться не в состоянии справиться с ними или получить помощь.

**Агнозия** - неузнавание; связана с нарушением различных видов восприятия, возникающего при поражении вторичных (проекционно-ассоциативных) отделов коры головного мозга и ближайших подкорковых структур, входящих в состав анализаторных систем.

**Аменция**, или **аментивный синдром** — более тяжёлая форма помрачения сознания, чем делирий.

**Амнезия** - расстройство памяти, при котором нарушается способность запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

**Анестезия** - потеря чувствительности при истерии. обстановке.

**Астения** (от греч. asthenos - бессилие, общая слабость) - состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

**Бредовые расстройства** - ложные умозаключения. Различают паройяльный бред - систематизированный бред; параноидный бред - характеризуется наличием бредовых идей, которые чаще не имеют достаточно стройной системы; парафренный бред - сочетается с нарушениями ассоциативного процесса (разорванность, резонерство и символизм).

**Бредовые идеи** - суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

**Бредоподобные расстройства** - ложные умозаключения, связанные с расстройством воли, влечений, эмоциональными нарушениями; отличаются от бредовых отсутствием тенденции к систематизации, кратковременностью, возможностью частичной коррекции методом разубеждения.

**Галлюцинация (hallucination)** - представление воображаемых видений, звуков и других сенсорных ощущений, как если бы они были реальными.

**Гипертимия** - повышенное, радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете. Над всем господствует оптимизм.

**Гиперестезия** - повышенная чувствительность к действию на органы чувств физических: стимулов, являющихся для них адекватными.

**Гипостезия** — понижение восприимчивости внешних раздражений, ослабление восприятия по силе; эти состояния чаще отмечаются при неврозах.

**Гипотимия** (греч. hypo thymos - настроение, чувство) — болезненное, не связанное с влиянием определённых внешних причин сниженное настроение, наблюдающееся при депрессивном расстройстве настроения. **Геронтофилия** - заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста.

**Делирий** (от лат. delirium - безумие, бред). Характеризуется наплывом ярких представлений

и непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. В результате чего возникает ложная ориентировка во времени и пространстве.

**Деменция** - приобретенное слабоумие, которое проявляется в ослаблении познавательной способности, обеднении чувств, изменении поведения, крайнем затруднении при использовании знаний прошлого опыта. Деменция может быть глобальной или очаговой, при которой наблюдаются частичные дефекты: снижается сообразительность, память.

**Депрессия** - пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

**Конфабуляция** - обман памяти, при котором провалы в памяти замещаются вымышленными, не имевшими места событиями.

**Кризисы невротические** - тяжелые переходные состояния, вызываемые болезнью, стрессом, травмой и т. п. Предпосылки невротических кризисов, складывающиеся, как правило, в детстве, могут прогрессировать даже без изменения внешних условий.

**Криптомнезия** - расстройство памяти, при котором больной присваивает чужие мысли, действия себе.

**Мазохизм** (пассивная алголагия, алгофилия) - расстройство влечений, характеризующееся желанием переносить боль, подчиняться насилию.

**Мания** (маниакальный синдром) - повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающееся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

**Нозогнозия** - понимание болезненности своего состояния.

**Нозофобия** - навязчивый страх заболеть какой-либо болезнью. Сопровождается соответствующими «профилактическими» мероприятиями: ношением защитных масок, резиновых перчаток, очков, частым мытьем рук, содержанием вещей в целлофановых пакетах и т. п.

**Онейроид** - сновидное, грезоиодобное состояние сознания.

**Обсессия** (от фр. *obsession* от лат. *obsessio* – овладение, осада) — навязчивость

Онейроид – восприятие себя в нереальном времени и пространстве.

**Паранойя** (др.-греч. *παράνοια*, дословно — «околомышление») — вид расстройства мышления, странность, возникающая при ряде психических заболеваний и поражений головного мозга.

**Паратимия** - неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

**Парафилии** (*paraphilias*) - расстройства, характеризующиеся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, связанным с

неодушевленными предметами, детьми, взрослыми, собственными страданиями или унижениями других.

**Псевдореминисценция** - нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется экмнезией - «жизнью в прошлом»).

**Садизм** - расстройство влечений, характеризующееся стремлением причинять боль другим лицам, увечье.

**Сверхценные идеи** - продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации и обладающее большим эмоциональным зарядом, занимает доминирующее положение во всей духовной жизни человека, определяет его деятельность и приводит к дезадаптации в социальной среде.

**Сенестопатии** - разнообразные неприятные, чаще беспочвенные, трудно описываемые больным ощущения в различных частях тела.

**Симптом** - это единичное нарушение, которое проявляется в различных сферах: в поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного.

**Синдром** - строго формализованное описание закономерного сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами.

**Социофобия (social phobia)** - сильный и стойкий страх перед социальными ситуациями или выступлениями, в которых может наступить замешательство.

**Стереотипия** — частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.

**Суицидомания** - навязчивое влечение: упорное стремление к совершению самоубийства.

**Фобия (phobia)** - стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, действиями или ситуациями.

#### **4. Практический блок**

##### 4.1. Планы практических и семинарских занятий

##### 4.2. Планы лабораторных работ и практикумов - не предусмотрены

##### 4.3. Материалы по практической части курса

###### 4.3.1. Учебно-методические пособия

###### 4.3.2. Учебные справочники

###### 4.3.3. Задачники (практикумы)

###### 4.3.4. Хрестоматии

###### 4.3.5. Наглядно-иллюстративные материалы

## **5. Материалы по оценке и контролю знаний**

### **5.1. Вопросы и задания для самостоятельной работы студентов**

1. Детская невропатия.
2. Ранний детский аутизм.
3. Метаморфозии подросткового периода.
4. Большой судорожный припадок, клиническая картина.
5. Малые судорожные припадки, клиническая картина.
6. Аментивное помрачение сознания..
7. Кома, клиническая картина, прогноз.
8. Сопор, симптомокомплекс, клиническая картина.
9. Хронический синдром Кандинского-Клерамбо.
10. Маниакально-галлюцинаторный синдром.

### **5.2. Тематика курсовых работ, рефератов, эссе и других форм самостоятельных работ**

#### *Тематика рефератов*

1. Понятие о психической норме. Критерии психического здоровья по ВОЗ.
2. Психический и непсихический уровень патопсихологических расстройств, сравнительная оценка и критерии дифференциального диагноза.
3. Расстройства сенсорной рецепции, симптомокомплекс.
4. Патопсихологические расстройства модально-специфического гнозиса.
5. Понятие об аутопсихологических и аллопсихологических расстройствах.
6. Прогрессирующая амнезия. Закон Рибо.
7. Истерическая психопатия. Характеристика и ее механизмы.
8. Антероретроградная амнезия, характеристика, лечение и прогноз.
9. Абулия, характеристика, классификация.
10. Парафилии, характеристика, классификация.
11. Мазохизм, садизм, механизмы патопсихологического развития.
12. Патопсихология расстройств внимания в клинической картине психозов.
13. Мазохизм и садизм. Характеристика, интерпритация.
14. Нарушения внимания в клинической картине психозов.
15. Виды маний, их характеристика и интерпритация.
16. Эмоциональная гестестезия и гиперестезия – как нарушения чувственного тона.
17. Патология эмоциональных состояний (гипер-, гипотимия, паратимия).

18. Характеристика вариантов негативных эмоциональных расстройств.
19. Истерия – как один из видов невротоподобных расстройств.
20. Расстройство сознания по типу выключения.
21. Помрачение сознания, варианты и их характеристика.
22. Сверхценные бредовые идеи как симптомы нарушения рационального познания.
23. Классификация состояний здоровья по Семичеву.

### **5.3. Образцы вариантов контрольных работ, тестов и/или других форм текущих и промежуточных контролей**

В процессе тестирования будут предложены 30 вариантов тестов, каждый из которых по 60 вопросов.

1. Какой из нижеперечисленных симптомов наблюдается при утрате чувствительности

- А. анорексия
- Б. амнезия
- В. анестезия

2. Анестезия наблюдается при

- А. потере чувствительности
- Б. потере аппетита
- В. потере памяти

3. Анестезия это -

- А. угнетение чувствительности
- Б. потеря чувствительности
- В. усиление чувствительности
- Г. извращение чувствительности

4. Истерическая глухота это -

- А. нарушение мышления
- Б. патология слухового аппарата
- В. конверсионное расстройство

5. Истерическая слепота это -

- А. нарушение мышления
- Б. патология зрительного аппарата

В. конверсионное расстройство

6. Какой из нижеперечисленных симптомов наблюдается при повышении порога чувствительности

- А. гипестезия
- Б. гиперестезия
- В. анестезия

7. Какой из нижеперечисленных симптомов наблюдается при понижении порога чувствительности

- А. гипестезия
- Б. гиперестезия
- В. анестезия

8. Парестезия это -

- А. угнетение чувствительности
- Б. потеря чувствительности
- В. усиление чувствительности
- Г. извращение чувствительности

9. Появление нелепых неприятных ощущений называется

- А. сенестопатия
- Б. синергия
- В. сомноленция

10. Искажения восприятия реального объекта называется

- А. иллюзии
- Б. галлюцинации

11. Нарушения восприятия, возникающие без наличия реального объекта

- А. иллюзии
- Б. галлюцинации

12. Искажение восприятия собственного тела называется

- А. деперсонализация

Б. эйдетизм

В. агнозия

13. Искажение восприятия окружающего мира называется

А. дереализация

Б. эйдетизм

В. апраксия

14. De j'a vu - это симптом

А. «уже виденного»

Б. «никогда не виденного»

15. J'a me vu - это симптом

А. «уже виденного»

Б. «никогда не виденного»

16. Нарушение узнавания предметов и частей собственного тела при сохранности сознания и самосознания называется

А. агнозия

Б. амнезия

В. абулия

17. К дисмнезиям относятся

А. гипермнезии

Б. псевдореминисценции

В. конфабуляции

Г. криптомнезии

18. К дисмнезиям относятся

А. гипомнезии

Б. псевдореминисценции

В. конфабуляции

Г. криптомнезии

19. К дисмнезиям относятся



- А. амнезии
- Б. псевдореминисценции
- В. конфабуляции
- Г. криптомнезии

20. К парамнезиям относятся

- А. гипермнезии
- Б. псевдореминисценции
- В. амнезии
- Г. гипомнезии

21. К парамнезиям относятся

- А. гипермнезии
- Б. гипомнезии
- В. амнезии
- Г. конфабуляции

22. К парамнезиям относятся

- А. криптомнезии
- Б. амнезии
- В. гипермнезии
- Г. гипомнезии

23. Непроизвольное усиление памяти, повышение способности воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных и малоактуальных для больного в настоящем это -

- А. амнезия
- Б. гипермнезия
- В. гипомнезия

24. Частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, ослабление способности запоминать, удерживать, воспроизводить некоторые события и факты или отдельные их части это -

- А. амнезия
- Б. гипермнезия

В. гипомнезия

25. Полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период, или же выпадение из памяти той или иной конкретной ситуации

А. амнезия

Б. гипермнезия

В. гипомнезия

26. Выпадение из памяти информации, предшествовавшей острому периоду болезни называется

А. ретроградная амнезия

Б. антероградная амнезия

В. конградная амнезия

27. Утрата воспоминаний о текущих событиях, переживаниях, фактах, происходящих на период, следующий за острым этапом болезни называется

А. ретроградная амнезия

Б. антероградная амнезия

В. конградная амнезия

28. Выпадение воспоминаний, связанных с острым периодом болезни называется

А. ретроградная амнезия

Б. антероградная амнезия

В. конградная амнезия

29. Выпадение из памяти событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни

А. ретроградная амнезия

Б. антероградная амнезия

В. антероретроградная амнезия

30. Неспособность к произвольному вспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, которые извлекаются из памяти только после подсказки

А. анэфория

Б. эжмнезия

В. криптомнезия

31. Прогрессирующая амнезия это – распад памяти в направлении исчезновения информации

А. от более ранней к более поздней

Б. от более поздней к более ранней

32. Прогрессирующая амнезия развивается по закону

А. Рибо

Б. Корсакова

В. Пиаже

33. Регрессирующая амнезия это –

А. постепенное восстановление памяти

Б. распад памяти

34. Отставленная, запаздывающая амнезия называется

А. ретардированной

Б. конградской

В. регрессирующей

35. К ошибочным воспоминаниям -«иллюзиям памяти» относятся

А. криптомнезии

Б. псевдореминисценции

В. конфабуляции

36. К искажениям памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний относятся

А. криптомнезии

Б. псевдореминисценции

В. конфабуляции

37. К выдуманным воспоминаниям с патологической убежденностью в их истинности относятся

- А. криптомнезии
- Б. псевдореминисценции
- В. конфабуляции

38. К извращениям памяти относятся

- А. галлюцинаторные воспоминания Кальбаума
- Б. псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания Кандинского
- В. верны оба ответа

39. Неадекватное отражением существенных качеств, сторон, отношений и закономерностей объективной реальности в силу болезненного состояния головного мозга является

- А. расстройством содержания мышления
- Б. расстройством темпа мышления

40. Анорексия это –

- А. резкое угнетение пищевого инстинкта
- Б. угнетение полового влечения
- В. угнетение инстинкта самосохранения

41. Снижение либидо это -

- А. резкое угнетение пищевого инстинкта
- Б. угнетение полового влечения
- В. угнетение инстинкта самосохранения

42. Торможение оборонительных реакций это –

- А. резкое угнетение пищевого инстинкта
- Б. угнетение полового влечения
- В. угнетение инстинкта самосохранения

43. Снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающиеся регрессом ее мотивов называется

- А. гипобулия
- Б. гипомнезия
- В. гипестезия

44. Отсутствие побуждения к деятельности называется

- А. абулия
- Б. амнезия
- В. анестезия

45. К усилению влечений и мотивов деятельности относятся

- А. булимия
- Б. абулия
- В. гипобулия

46. К усилению влечений и мотивов деятельности относятся

- А. гиперсексуальность
- Б. импотенция
- В. эксгибиционизм

47. К усилению влечений и мотивов деятельности относятся

- А. абулия
- Б. гипобулия
- В. гипербулия

48. Резкое усиление пищевого инстинкта называется

- А. анорексия
- Б. булимия
- В. мутизм

49. Резкое усиление полового влечения у мужчин называется

- А. сатириазис
- Б. нимфомания
- В. дромомания
- Д. пигмалионизм

50. Резкое усиление полового влечения у женщин называется

- А. сатириазис
- Б. нимфомания

- В. дромомания
- Д. пигмалионизм

51. Патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и мотивов деятельности называется

- А. гиперестезия
- Б. гипермнезия
- В. гипербулия

51. Патологическое влечение к постоянной перемене места обитания, бродяжничеству называется

- А. дромомания
- Б. пиромания
- В. kleптомания

52. Патологическое влечение к поджогам, иногда - к созерцанию пламени называется

- А. дромомания
- Б. пиромания
- В. kleптомания

53. Патологическое влечение к кражам называется

- А. дромомания
- Б. пиромания
- В. kleптомания

54. Влечение к убийству людей без ситуационно-психологической обусловленности называется

- А. суицидомания
- Б. гомицидомания
- В. kleптомания

55. Болезненное влечение к самоубийству называется

- А. суицидомания
- Б. гомицидомания
- В. пиромания

56. Неудержимое влечение совершать покупки, приобретать вещи без материальной в них заинтересованности и ситуационной необходимости называется

- А. опиомания
- Б. дипсомания
- В. копрофагия

57. Периодически возникающее стремление к употреблению спиртных напитков, к запою, порой на фоне дистрофически-тоскливого настроения называется

- А. опиомания
- Б. дипсомания
- В. копрофагия

58. Патологическое влечение к поеданию несъедобного (в узком смысле — поедание экскрементов) называется

- А. опиомания
- Б. дипсомания
- В. копрофагия

59. Извращения полового влечения называются

- А. парестезии
- Б. парамнезии
- В. перверзии

60. К перверзиям относятся

- А. аутоэротизм
- Б. альголагния
- В. верны оба ответа

61. К заместительным формам перверзии относятся

- А. фетишизм
- Б. мутизм
- В. верны оба ответа

62. К заместительным формам перверзии относятся

- А. эксгибиционизм
- Б. мутизм
- В. верны оба ответа

63. К заместительным формам перверзии относятся

- А. трансвестизм
- Б. мутизм
- В. верны оба ответа

64. К заместительным формам перверзии относятся

- А. нарциссизм
- Б. визионизм
- В. верны оба ответа

65. К заместительным формам перверзии относятся

- А. нарциссизм
- Б. гомосексуализм
- В. верны оба ответа

66. Влечение к достижению сексуального удовлетворения путем причинения физической боли или морального ущерба себе или половому партнеру называется

- А. нарциссизм
- Б. гомосексуализм
- В. альголагния

67. Влечение к достижению сексуального удовлетворения путем причинения физической боли или морального ущерба себе называется

- А. мазохизм
- Б. садизм
- В. верны оба ответа

68. Влечение к достижению сексуального удовлетворения путем причинения физической боли или морального ущерба половому партнеру называется

- А. мазохизм
- Б. садизм



В. верны оба ответа

69. Фантазирование на эротические темы и мастурбация, созерцание собственного тела с любованием им называется

А. визионизм

Б. аутоэротизм

В. альголагния

70. Получение сексуального удовлетворения от созерцания предметов интимного туалета лиц противоположного пола называется

А. эксгибиционизм

Б. фетишизм

В. трансвестизм

71. Обнажение половых органов в присутствии лиц противоположного пола с целью получения полового удовлетворения называется

А. эксгибиционизм

Б. фетишизм

В. трансвестизм

72. Стремление принимать внешний облик лиц противоположного пола и переодеваться в их одежду называется

А. эксгибиционизм

Б. фетишизм

В. трансвестизм

73. Подглядывание за обнаженными лицами противоположного пола (в момент купания, отправления физиологических потребностей, и т. п.) называется

А. визионизм

Б. гомосексуализм

В. верны оба ответа

74. Половое влечение к лицам своего же пола называется

А. лесбианство

Б. педерастия

В. верны оба ответа

75. Половое влечение к лицам своего же пола называется

А. трибадия

Б. мужеложство

В. верны оба ответа

76. Педофилия это -

А. направленность полового влечения на малолетних

Б. направленность полового влечения на самого себя

В. верны оба ответа

77. Неадекватная направленность полового влечения называется

А. геронтофилия

Б. некрофилия

В. зоофилия

Г. верны все ответы

78. Половое влечение к статуям, фотографиям, картинам называется

А. педофилия

Б. пигмалионизм

В. зоофилия

79. Побуждения к деятельности, появляющиеся помимо воли больного, не отражающие его интересы и ситуацию, сопровождающиеся борьбой мотивов, сохранением критического к ним отношения относятся к

А. навязчивым влечениям

Б. компульсивным влечениям

В. импульсивным влечениям

80. Побуждения к деятельности, появляющиеся помимо воли больного, не отражающие его интересы и ситуацию, сопровождающиеся борьбой мотивов, сохранением критического к ним отношения относятся к

А. навязчивым влечениям

Б. компульсивным влечениям

В. импульсивным влечениям

81. Побуждения к деятельности, возникающие подобно витальным влечениям, таким как голод, жажда, половое влечение относятся к

А. навязчивым влечениям

Б. компульсивным влечениям

В. импульсивным влечениям

82. Болезненные побуждения к деятельности, которые возникают остро, безмотивно, напоминая пароксизмальные относятся к

А. навязчивым влечениям

Б. компульсивным влечениям

В. импульсивным влечениям

83. Нарушение способности длительно сохранять направленность внимания это -

А. рассеянность внимания

Б. истощаемость внимания

В. тугоподвижность внимания

Г. сужение объема внимания

84. Прогрессирующее ослабление интенсивности внимания в процессе работы при изначально достаточно высокой способности к сосредоточению это -

А. рассеянность внимания

Б. истощаемость внимания

В. тугоподвижность внимания

Г. сужение объема внимания

85. Патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью распределения внимания это -

А. рассеянность внимания

Б. истощаемость внимания

В. тугоподвижность внимания

Г. сужение объема внимания

86. Патологическая фиксация внимания, инертность, затруднения переключения с одного объекта на другой это -

- А. рассеянность внимания
- Б. истощаемость внимания
- В. тугоподвижность внимания
- Г. сужение объема внимания

87. Патологическая подвижность внимания, проявляющаяся частым и не обоснованным изменением направленности, сосредоточения и интенсивности называется

- А. рассеянность внимания
- Б. истощаемость внимания
- В. тугоподвижность внимания
- Г. отвлекаемость внимания

88. Апрозексия это –

- А. наиболее выраженная степень истощаемости внимания
- Б. наиболее выраженная степень отвлекаемости внимания
- В. наиболее выраженная степень тугоподвижности внимания

89. Безмотивно, произвольно возникающие движения на фоне ясного сознания это –

- А. компульсивные действия
- Б. импульсивные действия
- В. насильственные действия

90. Аффективно индифферентные сложные двигательные акты, которые возникают внезапно и часто сопровождаются агрессивными или разрушительными тенденциями без ситуационно-психологической обусловленности

- А. компульсивные действия
- Б. импульсивные действия
- В. насильственные действия

91. Действия направленные на реализацию влечений подобно витальным влечениям, таким как голод, жажда, половое влечение это -

- А. компульсивные действия
- Б. импульсивные действия
- В. насильственные действия

92. Замедление темпа произвольных движений называется

- А. гипокинезия
- Б. гиперкинезия
- В. акинезия

93. Полное отсутствие произвольных движений называется

- А. гипокинезия
- Б. гиперкинезия
- В. акинезия

94. Ускорение темпа произвольных движений называется

- А. гипокинезия
- Б. гиперкинезия
- В. акинезия

95. Отсутствие спонтанной и ответной речи называется

- А. ментизм
- Б. мутизм
- В. мазохизм

96. Гиперкинезия, возникающая на высоте тревожно-депрессивного аффекта и проявляющаяся нецеленаправленной, непродуктивной суетливостью называется

- А. агитация
- Б. ступор
- В. агглютинация

97. Нелепое, часто зеркальное повторение жестов мимики, поз окружающих называется

- А. эхопраксия
- Б. эхолалия
- В. персеверация

98. Нелепое, часто дословное повторение отдельных слов, словосочетаний, фраз, услышанных больным от окружающих называется

- А. эхопраксия

- Б. эхолалия
- В. персеверация

99. Однообразное, монотонное повторение одних и тех же слов или словосочетаний в спонтанной или ответной речи называется

- А. эхопраксия
- Б. эхолалия
- В. речевая стереотипия

100. Многократное повторение во время беседы ответа, данного больным на предыдущий предложенный ему вопрос является

- А. персеверацией
- Б. вербигирацией

101. Бессмысленное монотонное повторение слова, словосочетания или нанизывание сходных по звучанию слов является

- А. персеверацией
- Б. вербигирацией

102. Немотивированное отрицательное отношение больного, которое проявляется отказом, сопротивлением, противодействием всякому воздействию извне называется

- А. негативизм
- Б. вуайеризм
- В. нарциссизм

103. Длительное сохранение больным приданной ему позы, иногда неудобной и требующей значительного мышечного напряжения называется

- А. гипертония
- Б. восковая гибкость
- В. кинетическая апраксия

104. Патологическая готовность к выполнению любого указания, даже неприятного для больного, и его исполнение без предварительного осмысления называется

- А. пассивный негативизм
- Б. пассивный гомосексуализм

В. пассивная подчиняемость

105. Нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно обостренной эмоциональной окраской является

А. эмоциональной гиперестезией

Б. эмоциональной гипестезией

106. Нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно ослабленной эмоциональной окраской является

А. эмоциональной гиперестезией

Б. эмоциональной гипестезией

107. К симптомам гипотимии относится

А. тоска

Б. эйфория

В. страсть

108. К симптомам гипотимии относится

А. аффект

Б. тревога

В. страсть

109. К симптомам гипотимии относится

А. агрессия

Б. благодушие

В. страх

110. К симптомам гипотимии относится

А. экстаз

Б. гнев

В. растерянность

111. К симптомам гипертимии относится

А. тоска

Б. эйфория

В. гиперкинезия

112. К симптомам гипертимии относится

А. благодушие

Б. тревога

В. страсть

113. К симптомам гипертимии относится

А. тревога

Б. страх

В. экстаз

114. К симптомам гипотимии относится

А. конфликтность

Б. гневливость

В. тревожность

115. Одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же факта, объекта, события называется

А. амбивалентность

Б. амбидекстрия

116. Качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу называется

А. эмоциональное возбуждение

Б. эмоциональная неадекватность

В. эмоциональная тупость

117. Сочетание эмоционального притупления с повышенной ранимостью, чувствительностью, душевной хрупкостью является

А. симптомом «стекла и дерева»

Б. симптомом «деревянной железки»

В. симптомом «радости и горя»



118. Беспричинная быстрая и частая смена полярности эмоций, возникающая без достаточного основания называется

- А. эмоциональная тугоподвижность
- Б. эмоциональная лабильность

119. Длительное застревание на одной эмоции, повод для которой уже исчез называется

- А. эмоциональная тугоподвижность
- Б. эмоциональная лабильность

120. Бесчувственность, безразличие, полная эмоциональная опустошенность («паралич эмоций») с исчезновением адекватных эмоциональных реакций является

- А. эмоциональной тупостью
- Б. эмоциональная нивелировкой

121. Исчезновение дифференцированного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту является

- А. эмоциональной тупостью
- Б. эмоциональная нивелировкой

122. Снижение интенсивности эмоциональных проявлений, сопровождающееся уменьшением экспрессивности мимики и жестов называется

- А. эмоциональная лабильность
- Б. эмоциональная тупость
- В. побледнение эмоций

123. Непроизвольно возникающие неадекватные мысли независимо от желания больного называются

- А. навязчивые идеи
- Б. бредовые идеи
- В. сверхценные идеи

124. Логически обоснованные убеждения, базирующиеся на реальной ситуации, на фоне не критического отношения больного к себе называются

- А. навязчивые идеи
- Б. бредовые идеи

В. сверхценные идеи

125. Непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию больного в биологической и социальной среде

А. навязчивые идеи

Б. бредовые идеи

В. сверхценные идеи

126. Навязчивости, связанные с психогениями, это –

А. ситуационные навязчивости

Б. аутохтонные навязчивости

В. ритуальные навязчивости

127. Навязчивости, появляющиеся без видимой внешней причины оторванно от реальности, это –

А. ситуационные навязчивости

Б. аутохтонные навязчивости

В. ритуальные навязчивости

128. Навязчивости, появляющиеся вслед за первичными и носящие защитный характер, это–

А. ситуационные навязчивости

Б. аутохтонные навязчивости

В. ритуальные навязчивости

129. К идеаторным навязчивостям относятся

А. навязчивые сомнения

Б. навязчивые воспоминания

В. верны оба ответа

130. К идеаторным навязчивостям относятся

А. абстрактные навязчивые мысли

Б. контрастные мысли

В. верны оба ответа

131. К социофобиям относятся

- А. канцерофобия
- Б. агорафобия
- В. ксенофобия

132. К нозофобиям относятся

- А. канцерофобия
- Б. некрофобия
- В. ксенофобия

133. К социофобиям относятся

- А. канцерофобия
- Б. агорафобия
- В. геронтофобия

134. К социофобиям относятся

- А. гематофобия
- Б. клаустрофобия
- В. гинекофобия

135. К социофобиям относятся

- А. канцерофобия
- Б. агорафобия
- В. андрофобия

136. К нозофобиям относятся

- А. кардиофобия
- Б. некрофобия
- В. гинекофобия

137. К нозофобиям относятся

- А. мизофобия
- Б. антропофобия
- В. ксенофобия

138. К нозофобиям относятся

- А. сифилофобия
- Б. геронтофобия
- В. монофобия

139. Боязнь открытых пространств, площадей, широких улиц называется

- А. агорафобия
- Б. клаустрофобия

140. Боязнь закрытых помещений называется

- А. агорафобия
- Б. клаустрофобия

141. К навязчивым действиям относятся

- А. фетишизм
- Б. бруксомания
- В. эксгибиционизм

142. К навязчивым действиям относятся

- А. фетишизм
- Б. трихотилломания и трихотиллофагия
- В. эксгибиционизм

143. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой биологических свойств своей личности относятся

- А. дисморфофобические сверхценные идеи
- Б. сверхценные идеи виновности
- В. сверхценные идеи реформаторства

144. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой биологических свойств своей личности относятся

- А. ипохондрические сверхценные идеи
- Б. сверхценные идеи сутяжничества
- В. сверхценные идеи изобретательства

145. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой биологических свойств своей личности относятся

- А. сверхценные идеи самоусовершенствования
- Б. сверхценные идеи виновности
- В. сверхценные идеи талантливости

146. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой биологических свойств своей личности относятся

- А. сверхценные идеи сексуальной неполноценности
- Б. сверхценные идеи виновности
- В. эротические сверхценные идеи

147. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой психологических свойств личности или ее творчества относятся

- А. дисморфофобические сверхценные идеи
- Б. сверхценные идеи виновности
- В. сверхценные идеи реформаторства

148. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой психологических свойств личности или ее творчества относятся

- А. ипохондрические сверхценные идеи
- Б. сверхценные идеи сутяжничества
- В. сверхценные идеи изобретательства

149. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой психологических свойств личности или ее творчества относятся

- А. сверхценные идеи самоусовершенствования
- Б. сверхценные идеи виновности
- В. сверхценные идеи талантливости

150. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой социальных факторов относятся

- А. сверхценные идеи сексуальной неполноценности
- Б. сверхценные идеи виновности
- В. эротические сверхценные идеи

151. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой социальных факторов относятся

- А. ипохондрические сверхценные идеи
- Б. сверхценные идеи сутяжничества
- В. сверхценные идеи изобретательства

152. К сверхценным идеям, связанным с переоценкой социальных факторов относятся

- А. дисморфофобические сверхценные идеи
- Б. сверхценные идеи виновности
- В. сверхценные идеи реформаторства

153. Болезненным преувеличением имеющихся или приписыванием себе несуществующих недостатков или неприятностей характеризуется

- А. бред с пониженной самооценкой
- Б. бред с завышенной самооценкой
- В. пресекаторный бред

154. Болезненным преувеличением реальных свойств собственной личности или приписыванием себе несуществующих выдающихся качеств характеризуется

- А. бред с пониженной самооценкой
- Б. бред с завышенной самооценкой
- В. бред преследования

155. Убеденностью об угрозе или вреде физическому или психическому «Я» больных, ожидаемых или причиняемых извне характеризуется

- А. бред с пониженной самооценкой
- Б. бред с завышенной самооценкой
- В. бред преследования

156. К нарушениям темпа мышления относятся

- А. fuga idiorum
- Б. детализация
- В. резонерство

157. К нарушениям подвижности мышления относятся

A. fuga idiorum

Б. детализация

В. разноплановость

158. К нарушениям подвижности мышления относятся

А. шперунг

Б. обстоятельность

В. разноплановость

159. К нарушениям подвижности мышления относятся

А. шперунг

Б. вязкость

В. аморфность

160. К нарушениям целенаправленности мышления относятся

А. витиеватость и соскальзывание

Б. витиеватость и вязкость

В. аморфность и детализация

161. К нарушениям целенаправленности мышления относятся

А. витиеватость и соскальзывание

Б. витиеватость и вязкость

В. аморфность и детализация

162. К нарушениям грамматического строя речи относятся

А. бессвязность

Б. разорванность

В. речевые стереотипии

Г. верны все ответы.

163. К выключениям сознания относится

А. делирий

Б. обнубиляция

В. аменция

164. К исключениям сознания относится

- А. сомноленция
- Б. онейроид
- В. сомнамбулизм

165. К исключениям сознания относится

- А. сумеречное состояние
- Б. сомнамбулизм
- В. сопор

166. К исключениям сознания относится

- А. транс
- Б. оглушение
- В. аменция

167. К исключениям сознания относится

- А. делирий
- Б. онейроид
- В. кома

168. Нарушение сознания, при котором оно на несколько секунд или минут как бы затуманивается, заволакивается легким облачком называется

- А. кома
- Б. обнубиляция
- В. сомноленция

169. Нарушение сознания, при котором больной постоянно находится в легком дремотном состоянии называется

- А. обнубиляция
- Б. сопор
- В. сомноленция

170. Нарушение сознания, при котором больной сонлив, медленно и мало говорит, жалуется на тяжесть в веках, усталость, желание спать является

- А. легким оглушением



Б. оглушением средней степени

В. глубоким оглушением

171. Нарушение сознания, при котором больной сам не говорит, но на вопросы отвечает хотя и со значительной задержкой; а будучи предоставлен самому себе, почти все время лежит с закрытыми глазами является

А. легким оглушением

Б. оглушением средней степени

В. глубоким оглушением

172. Нарушение сознания, при котором больной спит, с большим трудом на короткое время его можно вывести из этого состояния энергичными окликами и встряхиванием, на вопросы отвечает с очень большой задержкой, односложно является

А. легким оглушением

Б. оглушением средней степени

В. глубоким оглушением

173. Нарушение сознания, при котором больной не отвечает ни на какие раздражители (словесные, тепловые и др.), кроме сильных болевых называется

А. обнубиляция

Б. сопор

В. сомноленция

174. Полное выключение сознания называется

А. обнубиляция

Б. сопор

В. кома

175. К качественным изменениям сознания относится

А. делирий

Б. кома

В. сопор

176. К качественным изменениям сознания относится

А. сомноленция

Б. кома

В. аменция

177. К качественным изменениям сознания относится

А. обнубиляция

Б. онейроид

В. оглушение

178. К качественным изменениям сознания относится

А. сомнамбулизм

Б. сопор

В. сомноленция

179. К качественным изменениям сознания относится

А. транс

Б. сопор

В. кома

180. Нарушение сознания, характеризующееся его резким сужением, при котором посторонние впечатления либо совсем не доходят до сознания, либо доходят не полностью является

А. сумеречным состоянием

Б. состоянием амбулаторного автоматизма

В. онейроидным состоянием

5.4. Перечень экзаменационных вопросов – не предусмотрены

5.5. Образцы экзаменационных билетов — не предусмотрены

5.6. Образцы экзаменационных практических заданий\* – не предусмотрены

5.7. Банк тестовых заданий для самоконтроля\*– не предусмотрены

5.8. Методики решения и ответы к образцам тестовых заданий\*

В процессе тестирования будут предложены 30 вариантов тестов, каждый из которых по 60 вопросов. Необходимо выбрать правильный вариант из предложенных трех.

Максимальное количество баллов в тесте из 60-ти вопросов – 100 баллов. Правильный ответ с 1-40-ой вопрос равен 2 баллам, а с 41-60-ый - 1-му баллу.

## **6. Методический блок**

### **6.1. Методика преподавания, обоснование выбора данной методики**

Принципом является ознакомление студентов с основами патопсихологии, методами патодиагностики основных психических процессов и состояний. Содержание каждой темы построено по следующему общему принципу:

- определение психического процесса, его значения;
- симптомы нарушения психических процессов;
- синдромы нарушения психических процессов.

Данный методический подход позволяет студенту иметь полное представление о нарушениях психических процессов на непсихотическом и психотическом уровнях.

## **6.2. Методические рекомендации для студентов**

### **6.2.1. Методические указания по организации самостоятельной работы студентов при изучении конкретной дисциплины**

Для самостоятельных работ при изучении курса «Основы патопсихологии» студентам необходимо иметь учебники, учебные пособия, лекционный материал по каждой теме, которые необходимо использовать по соответствующим разделам по мере прохождения курса.

### **6.2.2. Методические указания по подготовке к семинарским, практическим или лабораторным занятиям**

При подготовке к семинарским и практическим занятиям необходимо ссылаться на рекомендации указанные в пункте 6.2.1

### **6.2.3. Методические рекомендации по написанию самостоятельных работ, в том числе курсовых работ, рефератов, эссе и др.**

- При написании курсовых работ и рефератов необходимо во Введении обратиться к актуальности темы, указать цель и задачи исследования, объект и субъект исследования, методологическую основу, гипотезу исследования, новизну исследования.
- Теоретическая часть должна охватить имеющиеся по исследуемой тематике основные литературные данные
- В экспериментальной части работы дать подробное описание методики; методические приемы, примененные в исследовании; выборку лиц, участвующих в эксперименте; изложить полученные результаты в форме таблиц, гистограмм, рисунков и т.д.
- Обсуждение полученного материала, заключение или выводы