**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение**

**«Научный центр психического здоровья»**

**Реферат на тему:**

«Общая психопатология»

Выполнил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил преподаватель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«22» октябрь 2022 год\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЧТЕНО/НЕ ЗАЧТЕНО

Москва 2022

**Оглавление**

Введение…………………………………………………………………..……….3

1. Общая психопатология. Признаки и симптомы психического расстройства………………………………………………….…………5
	1. Введение в общую психопатологию……………..…………….6
	2. Расстройства ощущения и восприятия …………..……………7
	3. Расстройства памяти……………………………..…………….14
	4. Патология мышления …………………………………………16
	5. Патология интеллекта………………………….…………….. 22

Список использованной литературы………………………….………………24

**Введение**

Психическое заболевание является результатом сложных и разнообразных нарушений деятельности органов и систем человека с преимущественным функциональным или органическим поражением головного мозга. В то же время психическое здоровье людей всегда следует оценивать с учетом не только биологических, но и социальных закономерностей, оказывающих опосредованное влияние на состояние психики. Психиатры отмечают, что в процессе развития человека существует определенная зависимость его психического состояния от ряда биологических и социальных факторов (внешней среды, наследственности, уровня интеллекта, типа личности, индивидуальных черт характера, вредных привычек). Именно поэтому, выясняя причины возникновения психических заболеваний, необходимо усвоить, что наиболее серьезное значение в их развитии имеют:

- патологическая наследственность (например, при шизофрении, олигофрении, эпилепсии);

- поражение головного мозга (например, при черепно мозговой травме, заболеваниях головного мозга, мозговых опухолях различной этиологии, нарушениях мозгового кровообращения и кровоизлияниях в головной мозг, атеросклеротических изменениях сосудов головного мозга);

- психотравмирующие потрясения в семье и обществе, значимые для человека, затрагивающие его личную честь, достоинство, социальный престиж, карьеру, связанные с угрозой личному благополучию, здоровью и жизни;

- острые и хронические интоксикации спиртосодержащими и наркотическими веществами или их суррогатами, никотином, лекарственными препаратами, промышленными ядами;

- перенесенные острые и хронические инфекционные заболевания;

- аутоинтоксикация (самоотравление) как результат нарушения обмена веществ при острых и хронических заболеваниях (например, диабете);

- нарушение генетического механизма (например, при облучении).

Возникновению и прогрессированию психических нарушений способствуют определенные условия, в которых пребывает человек в семье, коллективе и обществе. Эти расстройства усиливаются также при астенических состояниях после длительной умственной или физической работы, перенесенного заболевания, нервно психического перенапряжения, вынужденной бессонницы, психического потрясения (стресса). Особенности внутренней и внешней среды в зависимости от конкретной ситуации и обстоятельств в значительной степени могут способствовать или, наоборот, затруднять патологическое развитие психических расстройств у человека (например, во время Великой Отечественной войны, когда в обществе преобладала идея победы над врагом, снизилось число психических заболеваний). Установлено, что элементы психических расстройств в зачаточной форме заложены в психике каждого, но они слабо выражены, не дифференцированы, только обозначены. Нужны определенные причины и условия, при которых эти нарушения проявились бы в виде душевного заболевания.

По течению различают острые и хронические психические заболевания. К острым психическим заболеваниям относят заболевания (расстройства, нарушения, психозы), развивающиеся быстро, скоротечно и обычно заканчивающиеся выздоровлением (например, алкогольные психозы, исключительные состояния); к хроническим – психические заболевания (расстройства, нарушения) с длительным течением, которые отличаются постепенным нарастанием клинических проявлений (прогредиентностью), а затем спадом остроты психопатологических симптомов и синдромов и появлением более или менее длительной и устойчивой ремиссии, то есть они характеризуются определенной динамикой (стадийностью) болезненного процесса. При этом выделяют следующие стадии течения психического заболевания:

– дебют (манифестная) – это острая фаза собственно заболевания или рецидива (обострения психической болезни), которая развивается постепенно или, наоборот, быстро и остро. Дебют заболевания характеризуется такими симптомами, как бред, галлюцинации, речедвигательное возбуждение или торможение. В дальнейшем на этой стадии наблюдается развернутая клиническая картина болезни с определенной закономерностью течения и темпом нарастания болезненных симптомов, который может быть быстрым, злокачественным или медленным, длительным, хроническим с постепенным расширением патологических проявлений, обычно приводящих к психическому дефекту в виде слабоумия (например, это типично для шизофрении, эпилепсии и др.);

– исход (постманифестная), при котором возможны: выздоровление (характерно для острых психозов, исключительных состояний); ремиссия (улучшение клинического состояния в виде различной по времени и степени компенсации болезни); дефектное состояние (преобладает вялотекущее течение болезни, она как бы останавливается, но стойкие необратимые изменения личности и характера, явления нарастающего слабоумия остаются); летальный исход (смерть пациента наступает в результате соматических осложнений).

1. **Общая психопатология. Признаки и симптомы психического расстройства**

 В основе патогенеза психических расстройств лежит нарушение взаимоотношения процессов возбуждения и торможения. Чаще имеет место запредельное торможение, при котором нарушается фазовое состояние клеток ЦНС. Клетки коры могут находиться в уравнительной фазе (одинаковый ответ на разные по силе раздражители - снижение порога возбуждения, астения, эмоциональная неустойчивость), фазе парадоксальной (отсутствие ответа на сильный или обычный раздражитель и наличие ответа на слабый раздражитель, например, кататонические расстройства) и ультрапарадоксальной фазе (ответ качественно не соответствует раздражителю - бред, галлюцинации). При исследовании патогенеза психического расстройства необходимо учитывать такое понятие, как «преморбид». Это индивидуальные особенности организма, наследственность, возраст, пол, биологическая фаза, остаточные явления перенесенных заболеваний. Преморбидные особенности способствуют, либо препятствуют развитию болезни, накладывают свой отпечаток на особенности течения заболевания.

* 1. **Введение в общую психопатологию**

Общая психопатология – раздел психиатрии, который занимается изучением отдельных проявлений психических расстройств (симптомов и синдромов). Выделение и квалификация симптомов представляет собой первый уровень психиатрической диагностики.

Симптом – строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Не каждый признак является симптомом, а только тот, который имеет причинно-следственные связи с патологией. Специфическими для психиатрии являются психопатологические симптомы. Они делятся на позитивные и негативные. Позитивные обозначают привнесение чего-то нового в психику в результате болезненного процесса (галлюцинации, бред, кататонические расстройства). Негативные включают признаки обратимого или стойкого ущерба, изъяна, дефекта вследствие того или иного болезненного психического процесса (амнезия, абулия, апатия и т.п.). Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни проявляются в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем меньше, беднее и фрагментарнее – позитивные. Совокупность всех симптомов, выявленных в процессе обследования конкретного больного, образует симптомокомплекс.

Синдром – закономерное сочетание симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами.

Биосоциальная сущность человека придает психической болезни признаки биосоциальности. В связи с этим разделяют психопатологические синдромы по критериям дезорганизации психической деятельности и социальной дезадаптации на психотические и невротические.

Психотические расстройства (психозы) характеризуются

- Грубой дезорганизацией психики

- Исчезновением критики

-Исчезновением или значительным снижением способности произвольно руководить своими действиями.

Непсихотические (пограничные, невротические) расстройства характеризуются:

- Адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но не соответствием по силе, длительности и т.п.

- Сохранением критичности, нередко утрированной

- Ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с законами психологии и реально сложившейся ситуацией.

Условно в психической деятельности выделяют сферы – восприятие, память, эмоции, воля, мышление, интеллект, сознание. При выделении отдельных симптомов, их относят к определенным сферам психической деятельности. Синдромы могут наблюдаться как внутри одной сферы, так и в нескольких сферах психики.

* 1. **Расстройства ощущения и восприятия**

ОЩУЩЕНИЕ - превращение энергии внешнего мира в факт сознания. Ощущение - это отражение отдельных свойств предметов и явлений, как внешней среды, так и собственного организма (цвет, свет, тепло, боль и т.п.). Ощущения возникают в результате воздействия предметов внешнего мира и собственного тела на органы чувств. Патология ощущений складывается из количественных и качественных нарушений. Выделяют расстройства общего чувства в форме усиленного или ослабленного по интенсивности или чувственному тону восприятия, при сохранении правильности по существу.

Восприятие, ослабленное по силе, называется гипестезией. Усиленное восприятие – гиперэстезия. Понижение по чувственному тону называется гипопатией, повышенное - гиперпатией. Гипестезия и гипопатия могут наблюдаться при общем утомлении, депрессивных состояниях.

Гиперэстезия и гиперпатия наблюдаются при астении, при употреблении некоторых стимуляторов. Качественное нарушение ощущений – парестезии. Это неприятные многомерные ощущения (боль, покалывание, жжение, пульсация), возникающие на поверхности тела в соответствии с зонами иннервации, но без раздражения из вне.

Сенестопатии - ощущения без реального раздражения, возникающие в разных частях тела, а также во внутренних органах и полостях с мигрирующей локализацией. В дошкольном возрасте (4-5 лет) впервые появляющиеся сенестопатии выступают в псевдоалгической форме, т.е. в виде болевых ощущений преимущественно в животе и конечностях, и носят преходящий характер. В младшем школьном и препубертатном возрасте возникают более очерченные сенестопатические и сенесто-ипохондрические состояния. В пубертате нарушение ощущений схожи с их проявлениями у взрослых людей и, как правило, сочетаются с ипохондрическим бредом в структуре шизофрении.

Агнозия (не узнавание) - неспособность узнать и объяснить значение сенсорных ощущений. Это расстройство наблюдается при некоторых органических поражениях ЦНС и при истерических расстройствах.

ВОСПРИЯТИЕ - комплекс (совокупность) ощущений, формирующих целостный образ в сознании человека. Это отражение предметов, явлений, событий в коре головного мозга. Расстройства восприятия окружающего и собственной личности называются расстройствами сенсорного синтеза. Выделяют элементарные и сложные расстройства. Элементарные расстройства проявляются нарушением узнавания отдельных частей предмета или собственного тела. К ним относится нарушение ощущения схемы собственного тела, отдельных его частей и называется психосенсорным расстройством. Больной может воспринимать свое тело уменьшенным, увеличенным, чрезмерно легким или тяжелым, изменяется ощущение отдельных частей тела (увеличились руки, нос стал непропорционально большим и т.п.). Такие расстройства могут наблюдаться при различных органических поражениях мозга. Наиболее типичны для энцефалитов, эпилепсии, опухолей теменнозатылочных отделов правого полушария и области межуточного мозга. Сложные нарушения проявляются нарушением узнавания отличительных (индивидуальных) свойств окружающей обстановки и собственной личности. Они включают в себя дереализацию и деперсонализацию.

Дереализация - искаженное восприятие окружающего мира. Может проявляться субъективным ощущением отчужденности внешнего мира. Окружение представляется потерявшим цвет и жизнь и кажется отдаленным, искусственным или сценой, на которой люди разыгрывают придуманные роли. К дереализационному синдрому относятся нарушения восприятия размера предметов: микропсия (предмет воспринимается уменьшенным в размерах), макропсия (увеличенным), освещенности, цвета и т.п. Может изменяться восприятие расстояния до предметов, изменение конфигурации и отдельных частей воспринимаемых предметов. Разновидностью дереализации является симптом «уже виденного» (deja vu) и «никогда не виденного» (jamais vu). Симптом «уже виденного» или «уже пережитого» заключается в том, что больной, попавший в незнакомую обстановку, внезапно ощущает уверенность в том, что окружающее он видел раньше, ему знакомы окружающие предметы, он знает последовательность событий, которые будут происходить. Обратное восприятие наблюдается при симптоме «никогда не виденного». Больной начинает воспринимать знакомую, привычную обстановку, как неизвестную ему.

Деперсонализация - нарушение восприятия собственной личности, при этом больной ощущает себя другим человеком, отмечает изменение эмоций, мироощущения, отношения к близким. Это состояние нарушенного самовосприятия, при котором осознание себя может быть повышено, но вся собственная личность или ее часть (включая ощущение тела) представляется нереальной, дистанцированной или искусственной. Такие изменения в восприятии происходят при наличии нормальной сенсорики. Переживания сводятся к ощущению себя нереальным, отдаленным, завуалированным, как бы играющим роль. Вместо спонтанности и естественности индивид ощущает себя тенью реальной личности («как бы» ощущает). Понимание неестественной природы этого явления обычно сохраняется. Деперсонализация может возникать как изолированный феномен у нормальных во всех других отношениях людей в состоянии тяжелой усталости, голода или сильной эмоциональной реакции (например, изнасилование, кровосмешение, унижение). У младших детей психосенсорные расстройства встречаются в структуре помрачненного сознания при токсико-инфекционных и соматогенных психозах. Варианты деперсонализации встречаются у старших детей при депрессивных расстройствах, подкорковых энцефалитах, вследствие глубокого соматического и психического истощения. Качественные нарушения восприятия - иллюзии и галлюцинации.

Иллюзия: ошибочное восприятие реально существующего предмета или явления. Выделяют физические, физиологические и психические иллюзии. При физических иллюзиях искаженное восприятие является следствием физических особенностей среды или сред, в которых находится воспринимаемый предмет. Например, бриллиант, опущенный в стакан с водой, не виден, поскольку коэффициент преломления у бриллианта и воды одинаков. Звук, воспринимаемый в воде, более громкий и измененный по тону. Физиологические иллюзии связаны с условиями функционирования анализаторов. Например, при большой скорости приближения к предмету, он кажется увеличенным, «разбухающим» в размерах. При повреждении кожи, малейшее прикосновение воспринимается болезненно. Психические (чаще аффективные) иллюзии связаны с измененным состоянием психики, преимущественно с изменением эмоционального состояния (страх, сильное напряжение, ожидание). Парейдолические иллюзии связаны с деятельностью воображения при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию. Например, в повторяющемся рисунке ковра больной видит устрашающие фантастические картины. Психические, в том числе парейдолические иллюзии, могут наблюдаться у психически здоровых людей, особенно в условиях необычных эмоциональных состояний. Однако эти же расстройства восприятия наблюдаются и при некоторых психических расстройствах. Так парейдолические иллюзии возникают в состоянии тяжелой абстиненции, указывая на возможность развития алкогольного делирия. Особенно часто они встречаются у детей при токсико-инфекционных психозах.

Галлюцинации - возникновение в сознании чувственного образа, обладающего всеми критериями реальности и воспринимаемого человеком как образ реальный, при отсутствии объекта восприятия. Это сенсорное восприятие любой модальности, возникающее в отсутствие соответствующего (внешнего) раздражителя. В дополнение к сенсорной модальности, в которой они возникают (зрительная, слуховая, тактильная и т. д.) галлюцинации можно подразделить по их интенсивности, сложности, ясности восприятия и субъективной степени их проекции во внешнюю среду. Галлюцинаторные голоса, отдающие команды или комментирующие поведение индивида, или другие голоса, исходящие из какой-либо части тела, имеют место при шизофрении, а также при других психотических состояниях, таких как психотическая депрессия. Галлюцинации возникают вследствие возбуждения чувственных отделов коры головного мозга. Этот процесс является следствием воздействия болезненных агентов (например, токсическое, в том числе аутотоксическое действие) на функционально измененные в результате болезни (чаще в ультрапарадоксальной фазе) клетки ЦНС. Галлюцинации подразделяются по преимущественной заинтересованности того или иного анализатора.

Выделяют слуховые, зрительные, тактильные, вкусовые, обонятельные и др. галлюцинации. По степени сложности галлюцинации разделяются на элементарные - мнимое восприятие отдельных звуков, шумов, стука (акоазмы) или вспышек света (фотопсии).

Простые галлюцинации - те, которые можно локализовать в пределах одного анализатора (только обонятельные или только слуховые и т.п.).

Сложные (комплексные, комбинированные) - это галлюцинации, одновременно возникающие в двух и более анализаторах.

Выделяют также гипногогические (возникающие в состоянии перехода от бодрствования ко сну) галлюцинации и гипнопомпические (возникающие при пробуждении).

Функциональные галлюцинации - возникновение образов, на фоне действия внешнего раздражителя, который, не воспринимаясь в иллюзорном смысле, создает условия для проявления галлюцинаций. Например, в шуме дождя больной начинает слышать голоса людей. Отличие функциональных галлюцинаций от иллюзий в том, что они не сливаются с внешним раздражителем и даже не искажают его, а воспринимаются одновременно с ним. Очень важным для диагностики является деление галлюцинаций на истинные и ложные или псевдогаллюцинации.

От истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации отличаются следующими критериями:

1.Критерий неполноты компонентов реальности. Псевдогаллюцинации не имеют внешней проекции, а проецируются внутри тела больного, либо за пределами внешнего горизонта. Образы могут быть лишены цвета, формы, звучности и других свойств, что создают у больного впечатление необычности воспринимаемого предмета или явления.

2.Критерий чувственной яркости. Псевдогаллюцинации лишены реальности и чувственной живости. Например «голоса», которые слышит больной слишком громкие или слишком тихие, лишены тембра или акустичности, «плоские, как по радио». Больные характеризуют псевдогаллюцинаторные образы, как «нематериальные», «прозрачные», «лишенные объемности».

3.Критерий «сделанности», «навязанности извне». Неполнота и необычность восприятия при отсутствии критики к болезненному происхождению воспринимаемого образа порождает чувство искусственности, навязанности этих образов. Больные связывают эти образы с действиями определенных лиц, которые заставляют их воспринимать слуховые или зрительные образы. Это отражает неразрывную связь псевдогаллюцинаций с бредом воздействия.

4. Критерий актуальности поведения. Истинные галлюцинации, как правило, отражаются в поведении больного. Так, он старается закрыть уши руками, «чтобы не слышать голоса», старается «не наступить на видимую змею» и т.п. В то же время больной, испытывающий псевдогаллюцинации, продолжает безучастно лежать в постели, хотя в ряде случаев, особенно при императивных (приказы) псевдогаллюцинациях, больной может подчиняться псевдогаллюцинаторным «приказам».

5. Критерий социальной уверенности. Больные с истинными галлюцинациями уверены, что и окружающие испытывают те же переживания, в то время как больные с псевдогаллюцинациями считают свои переживания сугубо личным делом. Этот критерий во многом сходен с чувством навязанности и «сделанности».

Псевдогаллюцинации, являясь составной частью синдрома Кандинского – Клерамбо, указывают на хроническое, затяжное течение болезненного процесса и наблюдаются, как правило, при эндогенных психозах, чаще в рамках параноидной шизофрении. Нарушения восприятия, сопровождающие органическое психическое расстройство, наблюдаются обычно в форме зрительных иллюзий и галлюцинаций. Иллюзии и ложные толкования образов в поле зрения могут принимать форму искажения очертаний и положения объектов в пространстве или даже положения собственного тела индивида. Зрительные галлюцинации могут быть простыми (вспышки света, геометрические узоры, цвета) или полностью оформленными галлюцинациями сцен, животных или людей.

Галлюцинации достаточно часто встречаются при психозах у детей всех возрастов, но выявление их представляет значительные трудности т.к. во-первых, дети часто отождествляют их со сновидениями, а во-вторых, галлюцинации у детей трудноотличимы от эйдетических образных представлений. Чем младше ребенок, тем чаще у него преобладают зрительные и тактильные галлюцинации. Все галлюцинации у младших детей носят нестойкий характер, возникают или усиливаются на фоне тревоги и страха, расстройств сознания, при ослаблении которых могут исчезнуть. У подростков уже может возникнуть синдром галлюциноза - обильные, чаще однотипные галлюцинации на фоне ясного сознания, не подвергающиеся постоянной бредовой интерпретации.

1.3 **Расстройства памяти**

Виды амнезий. Корсаковский амнестический синдром.

ПАМЯТЬ - комплекс представления, который накапливается в течение жизни и составляет наше информационное богатство. Процесс запоминания состоит из следующих этапов:

ПЕРЦЕПЦИЯ (схватывание)- основные свойства предметов и явлений «схватываются» нашим представлением.

ФИКСАЦИЯ (удержание)- осуществляется благодаря наличию ассоциативных связей, сопоставлением с имеющимся объектом.

РЕПРОДУКЦИЯ- воспроизведение. Грубые и стойкие нарушения памяти, встречающиеся у взрослых, в детском возрасте наблюдаются сравнительно редко. Расстройства памяти подразделяются на гипермнезии, гипомнезии и амнезии, к которым могут присоединяться парамнезии, включающие в себя псевдореминисценции, конфабуляции и криптомнезии.

ГИПЕРМНЕЗИИ - усиление памяти в болезненном состоянии на события прошлого (например, в гипоманиакальном состоянии человек может вспоминать события, казалось бы давно забытые). Это временное усиление памяти, как компенсаторное явление, наблюдается при плохом развитии смысловой памяти у детей-олигофренов.

АМНЕЗИИ - выпадение из памяти более или менее значительного количества воспоминаний. Если амнезия распространяется на события, относящиеся к периоду болезни, ставшей причиной нарушения памяти, она называется антероградной. Если амнезия распространяется на события, предшествовавшие болезни, которые в свое время были хорошо усвоены, она называется ретроградной. Сочетание носит название антероретроградной амнезии. Наблюдается чаще, как следствие органического поражения головного мозга (последствия черепно-мозговой травмы, энцефалита и др.). У детей и подростков эти разновидности амнезий охватывают короткий отрезок времени. Нарушение памяти преимущественно на текущие события носит название фиксационной амнезии. Замещение провалов памяти при различных видах амнезии событиями, которые могли иметь место, но в других временных промежутках или просто переставленными по времени называется псевдореминесценциями. Замещение провалов памяти событиями фантастическими, явно выдуманными, называется конфабуляциями. В отличие от псевдореминесценций, конфабуляции наблюдаются в случаях выраженного слабоумия, когда у больного утрачена критика относительно отношения окружающих к его высказываниям.

Криптомнезии - нарушение памяти, при котором человек, прочитав, или услышав что-либо интересное, забывает о происхождении и источнике этих сведений и по прошествии времени выдает данные сведения, как исходящие от него лично. Такие нарушения могут стать предметом конфликтов, либо причиной обвинения в плагиате.

Сочетание фиксационной амнезии с парамнезиями, нарушением концентрации внимания носит название КОРСАКОВСКОГО амнестического симптомокомплекса. Такие нарушения могут наблюдаться при церебральном атеросклерозе, последствиях травмы, либо, как ведущий синдром в рамках Корсаковского психоза (алкогольная энцефалопатия, при которой нарушения памяти и интеллекта сочетаются с периферическим полиневритом). Корсаковский синдром, крайне редко и в рудиментарной форме, встречается у детей старше 10 лет и подростков после тяжелых менингитов, энцефалитов, эпилептического статуса. Он характеризуется непродолжительностью, меньшей выраженностью дезориентировки и благоприятным прогнозом - почти полным восстановлением памяти и интеллекта. Нарушения памяти при хронических заболеваниях, сопровождающихся нарушениями психики, а также в процессе естественного старения происходят по закономерности описанной в 19 веке французским психиатром Рибо и названной его именем. Так, по закону Рибо в первую очередь забываются события недавнего прошлого, а события, относящиеся к отдаленному времени остаются в памяти относительно сохранными. У детей и подростков прогрессирующее снижение памяти с развитием деменции отмечается при энцефалитах.

* 1. **Патология мышления**

Нарушения ассоциативного процесса. Патология суждения. Навязчивые, сверхценные идеи. Определение бреда, этапы формирования бредовой идей, классификация бредовых идей по содержанию. Этапы формирования параноидного бреда. Основные бредовые синдромы: Кандинского-Клерамбо, Котара, Капгра, Фреголи.

МЫШЛЕНИЕ - процесс познания общих свойств предметов и явлений, связей и отношений между ними. Мышление способствует познанию действительности в обобщенном виде, в движении и изменчивости. Симптомы нарушения ассоциативного процесса: нарушение темпа мышления, нарушение стройности мышления, нарушение целенаправленности мышления. Нарушения темпа ассоциативного процесса. Ускорение мышления. Речевая продукция конспективно отражает содержание мышления, логические построения минуют промежуточные звенья, повествование отклоняется по боковой цепи. Проявлением резкого ускорения темпа мышления является скачка идей (Fuqa idearum). Такие расстройства характерны для маниакальных состояний. Другим вариантом ускоренного темпа мышления является мантизм (или ментизм), который представляет собой, возникающий помимо воли больного наплыв мыслей (характерный симптом шизофрении). Замедление темпа мышления характерно для депрессивных, апатических, астенических состояний и легких степеней помрачнения сознания. Нарушение ассоциативного процесса по стройности проявляется в следующих формах.

Разорванность - выражается в нарушении смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматического построения фразы. На более ранних этапах заболевания она может проявляться в нарушении смысловых связей не внутри предложения, а в процессе повествования между фразами, которые в отдельности имеют законченное смысловое содержание. Симптом остановки, блокирования мыслей или Sperrunq (от немецкого -закупоривать) заключается во внезапном обрыве мыслей (эти симптомы характерны для шизофренического процесса).

Инкогерентное мышление - расстройство речи и мышления, при котором главными чертами являются нарушение грамматики, необъяснимые переходы от темы к теме и потеря логической связи между частями речи.

Бессвязность - проявляется не только в нарушении смысловой стороны речи, но и в распаде синтаксического строя предложения (наблюдается при расстройствах сознания в структуре синдрома аменции).

Вербигирация - своеобразные стереотипии в речи, доходящие в некоторых случаях до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов. Паралогическое мышление. При паралогическом мышлении не просто нарушается нормальная логическая сущность умозаключений, а возникает иная, свойственная только больному система логических построений. Сочетается с неологизмами - словами, отсутствующие в обычном словаре, созданные самим больным и не обладающие общепринятым смыслом. Нарушение целенаправленности мышления. Патологическая обстоятельность - излагая события, больной застревает в деталях, которые занимают все большее место в основной линии повествования, отвлекая больного от последовательной цепи изложения, делая его рассказ чрезмерно длинным.

Персеверация - болезненное повторение одного слова или группы слов, несмотря на стремление больного перейти к другой теме и попытки врача ввести новые стимулы.

Резонерство - склонность к бесплодному рассуждательству. Больной в своем повествовании пользуется декларативными заявлениями, приводит необоснованные доказательства.

Символизм - имеется общепринятая система символов, которая находит широкое использование в повседневной жизни (знаки дорожного движения). Символизм психически больного принципиально отличается тем, что он вкладывает в те или иные знаки, рисунки, цвета особый смысл, понятный только ему.

Аутистическое мышление - характеризуется отрывом от окружающей реальности, погружением в мир воображения, фантастических переживаний. К патологии суждения относятся навязчивые, сверхценные, доминирующие, бредоподобные и бредовые идеи.

Навязчивые идеи. К категории навязчивых состояний относятся навязчивые мысли, сомнения, воспоминания, представления, желания, страхи, действия. Они возникают в сознании человека непроизвольно и препятствуют нормальному течению мыслительного процесса. Больные понимают их ненужность, болезненность и пытаются избавиться от них.

Навязчивые явления разделяются на три группы:

1 - отвлеченные, т.е. не вызывающие яркой эмоциональной окраски навязчивые идеи,

2 - образные, с тягостными, эмоционально отрицательно окрашенными переживаниями и

3 - фобические, навязчивые страхи.

Сверхценные идеи - представляют собой аффективно насыщенные стойкие убеждения и представления. Они захватывают сознание целиком и надолго. Тесно связаны с реальностью и отражают личностные оценки больного и его устремления. Сверхценные идеи по своему содержанию не являются нелепыми, они не носят характера чуждости в отношении личности. Патологичность сверхценных идей заключается не в их содержании, а в том непомерно большом месте, которое они занимают в психической жизни, чрезмерном значении, которое им придается.

Доминирующие идеи - это мысли связанные с реальной ситуацией, преобладающие в сознании человека на определенном промежутке времени и мешающие сосредоточиться на текущей деятельности.

Бредоподобные идеи - являются ложными умозаключениями, связанными с расстройствами воли, влечений, эмоциональными нарушениями. Они характеризуются отсутствием тенденции к систематизации, кратковременностью существования и возможностью частичной коррекции путем разубеждения.

Бред – ложное, непоколебимое убеждение, касающееся себя и/или окружения, которое не отвечает реальности и не разделяется другими людьми сходного социокультурального происхождения. Больной стойко убежден в этом, вопреки очевидности, этому противоречащей. Эта патологическая убежденность может выражаться в идеях преследования, отношения, слежки, ревности, в сознании собственной важности и превосходства, либо эти идеи касаются собственной идентичности или внешнего вида.

Бредовые идеи. Они характеризуются следующими критериями (по которым можно их дифференцировать со сверхценными, доминирующими и навязчивыми идеями): - это ложные суждения или умозаключения, находящиеся в противоречии с действительностью, - возникают на патологически измененной почве (то есть наблюдаются только в болезненном состоянии), - в своем развитии подчинены законам «кривой логики», - не поддаются психологической коррекции, - при полном отсутствии критики к ним у больного.

Бредовое восприятие - правильное сенсорное восприятие, внезапно приобретающее совершенно новый смысл или особое значение, обычно апокалептическое, мистического или угрожающего характера. По содержанию бредовые идеи классифицируются следующим образом: идеи величия; идеи депрессивного характера; персекуторная группа бреда; примитивные бредовые идеи. Начальной стадией формирования бредового синдрома является бредовое настроение, которое выражается в чувстве неопределенного внутреннего беспокойства, в тревожном предчувствии беды, появляется настороженность, подозрительность, уверенность, что вокруг происходят опасные изменения.

Бредовое восприятие – такое восприятие окружающего, когда, наряду с обычным восприятием реально существующего объекта, появляется необычная, странная, не связанная логически с реальной действительностью идея с характером особого отношения к больному. Приобретая более очерченную форму, бредовое восприятие превращается в бредовое толкование, которое проявляется в том, что больной начинает толковать события, факты, слова окружающих в бредовом плане, но еще не связывает свои болезненные умозаключения в единую систему. В дальнейшем происходит оформление бредовых соображений в систему бредовых идей. Этот этап называется «кристаллизацией бреда». Система бредовых идей формируется в закономерной последовательности и проходит через три этапа: паранояльный, параноидный, парафренный.

Паранояльный этап - монотематический, систематизированный бред толкования, при отсутствии нелепых суждений и галлюцинаций, положительно эмоционально окрашенный. Паранояльный бред может быть представлен бредовыми идеями сутяжничества, изобретательства, реформаторства, высокого происхождения, реже идеями отношения, ревности, ипохондрическими и пр. Параноидный этап - характеризуется наличием бредовых идей преследования, воздействия, отравления, которые сочетаются с галлюцинаторными расстройствами. Бредовые переживания эмоционально отрицательно окрашены, политематичны, по мере течения заболевания становятся все более нелепыми и отрывочными, теряется их конкретная направленность. Парафренный этап отличается нелепым, фантастическим, глобального масштаба бредом величия, сочетающегося с нарушением ассоциативного процесса. По механизму возникновения выделяют первичный бред, обусловленный нарушением умозаключений и суждений и вторичный, чувственный бред, возникающий на основе галлюцинаторных, аффективных и др. переживаний.

Синдром Кандинского-Клерамбо характеризуется совокупностью взаимосвязанных симптомов: псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия, психические и физические автоматизмы. Выделяют идеаторные автоматизмы: насильственно возникающий наплыв мыслей; возникновение чужих, сделанных мыслей; симптомы открытости и отнятия мыслей; звучания мыслей или повторения собственных или сделанных мыслей. Сюда включаются следующие феномены.

Эхо мыслей - ощущение, что собственные мысли повторяются или отдаются эхом (но не произносятся вслух) с интервалом в несколько секунд между мыслью и ее эхом. Повторяемая мысль, несмотря на идентичность содержания, может быть изменена качественно. Это явление должно быть отдифференцировано от вербальных слуховых галлюцинаций, повторяющих мысль больного. При «эхо – мыслей» сами повторы воспринимаются как мысль.

Вкладывание мыслей - переживаемые собственные мысли осознаются как чужие или внедренные в мозг извне. Вопреки убеждению, что мысли не его/ее собственные, индивид не может понять, откуда пришли чужие мысли. Убеждение в том, что мысль чужого происхождения, часто возникает одновременно с ощущением вкладывания мыслей.

Отнятие мыслей - ощущение, что собственные мысли отбираются или присваиваются внешней силой, так что индивид не имеет мыслей. Как и при вкладывании мыслей, индивид убежден в чужеродном происхождении вмешательства, и это убеждение часто возникает одновременно с ощущением отнятия мыслей.

Передача (открытость) мыслей - ощущение, что собственные мысли истекают из мозга, так что ими можно поделиться с другими людьми или сделать публичным достоянием.

Сенестопатический автоматизм выражается в разнообразных, крайне неприятных тягостных ощущениях, которые возникают с чувством, что они специально кем-то вызваны с целью воздействия.

Кинестетический (речедвигательный) автоматизм представляет собой отчуждение движений и действий, которые осуществляются не по собственной воле, а в результате воздействия со стороны.

Физический автоматизм – расстройство, при котором больной совершает действия, расцениваемые им самим, как насильственные, навязанные извне.

Синдром Котара - нигилистический бред громадного масштаба в сочетании с ипохондрическими бредовыми идеями и идеями собственной греховности.

Синдром Капгра - больные с этим синдромом утверждают, что они постоянно или периодически встречаются с двойником кого-то из близких людей. Близким к синдрому Капгра является синдром Фреголи - бред положительного и отрицательного двойника и бред метаморфозы. Для этого психического феномена характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах. Бред положительного двойника заключается в том, что больной ранее незнакомых ему людей считает своими родственниками или близкими знакомыми. При бреде отрицательного двойника больной начинает считать чужими ранее хорошо ему знакомых людей. Бред интерметаморфозы проявляется в высказываниях больного о том, что окружающие его люди подверглись каким-то значительным внешним или внутренним изменениям.

* 1. **Патология интеллекта**

Олигофрения, степени интеллектуальной недостаточности. Психоорганический синдром. Деменция.

ИНТЕЛЛЕКТ - сложное комплексное понятие, объединяющее способность человека к суждениям и умозаключениям, накоплению знаний и практическому их применению. В психиатрии различают две основные формы патологии интеллекта: 1). Врожденное малоумие - олигофрения, 2). Приобретенное слабоумие - деменция.

ОЛИГОФРЕНИЯ (малоумие), врожденное или рано приобретенное (в первые 3 года жизни) слабоумие, выражающееся в недоразвитии психики в целом, преимущественно интеллекта. Степени выраженности олигофрении: ИДИОТИЯ, ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ, ДЕБИЛЬНОСТЬ. Олигофрения - клинически однородная группа заболеваний, различных по этиологии, но объединенных двумя обязательными признаками: психическое недоразвитие, характеризуется преобладанием интеллектуальной недостаточности и отсутствует прогредиентность указывающая на наличие текущего патологического процесса.

Приобретенное слабоумие (ДЕМЕНЦИЯ) – является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, как правило, хронического или прогрессирующего характера, при котором имеются нарушения ряда высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Деменция приводит к отчетливому снижению интеллектуального функционирования и чаще всего также к нарушению повседневной деятельности, как например: одевания, умывания, навыков в еде, личной гигиены, самостоятельного отправления физиологических функций. Виды приобретенного слабоумия.

ТОТАЛЬНАЯ деменция (диффузная) - поражение всех видов психической деятельности, распад личности больного, отсутствие критического отношения к своему состоянию (сенильная деменция, прогрессивный паралич).

ЛАКУНАРНАЯ деменция (парциальная, очаговая) - грубые мнестические и эмоциональные расстройства сочетаются с относительной сохранностью личности больного, частично с критическим отношением к своему состоянию (сосудистая деменция). Таким образом, приобретенное слабоумие (деменция) характеризуется общей деградацией психической деятельности, приобретающей специфические черты в зависимости от характера патологического процесса, лежащего в основе ее формирования. При развитии деменции, прежде всего, страдает творческое мышление, затем нарушается способность к абстрактным суждениям и, в конце концов, оказывается невозможным выполнение простых задач. По степени тяжести выделяют деменцию с наличием критики к имеющимся расстройствам, деменция с отсутствием критики и деменция с распадом ядра личности.

**Список использованной литературы**

1. Психиатрический тезаурус. Ч.2 : Основные психопатологические синдромы: руководство для врачей/ Б.С. Фролов , В.Э. Пашковский. - СПб.: СПбМАПО, 2004. - 236 с.
2. Психиатрический тезаурус.. Ч.3: Психиатрический терминологический словарь / Б.С. Фролов , В.А. Дехерт, В.Э. Пашковский. - СПб.: СПбМАПО, 2004. - 130.00 с.
3. Психиатрия: справ. практ. врача/ под ред. А.Г. Гофмана. - М.: Медпресс-информ, 2006. - 591 с.: ил
4. Психиатрия. Нац. руководство/ гл. ред. Т.Б. Дмитриева,  В.Н. Краснов,  Н.Г. Незнанов и др.; отв. ред. Ю.А. Александровский. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 992 с. - (Нац. проект "Здоровье". Нац. руководства)
5. Цыганков Б.Д.Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учеб. для вузов/ Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. - М.: Медицина, 2007. - 335 с.: ил. - Библиогр.: с. 328-335