

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ КАФЕДРА
«ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методический комплекс

**ПО ПРЕДМЕТУ
«ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

**ДЛЯ 3-КУРСА СТОМАТОГИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА**

Бухара-2019г.

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА «ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ»

Область образования: 700000 – здравоохранение и социальное
обеспечение

Область знаний: 720000 «Здравоохранение»

Направление: 5140900 – профессиональное образование
(лечебное дело)

Направление: 5720100 – лечебное дело

Дисциплина: **ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ**

Составители:

Кучкоров У.И. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии
и медицинской психологии БухГМИ

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Ходжаева Д.Т. - д.м.н., зав. кафедры «Неврология» БухГМИ

Рахимов З.К. -к.м.н. зав. кафедры “Хирургическая
стоматология” БухГМИ

Бухара-2019г.

Оглавление

Введение

Учебная программа предмета.....	3
Рабочая программа предмета.....	4
Устав рейтинга.....	5
Глоссарий	8

Основная часть

Лекционные занятия

1-тема Предмет и задачи психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Общая психопатология (познавательная сфера: ощущение, восприятие, память, интеллект, мышление, внимание). Норма и патология.	16
2- тема: Эмоционально-волевая сфера и её патология. Сознание, нарушения сознания. Синдромы психических расстройств. Классификация психических заболеваний.	12
3- тема: Шизофрения, клиника, динамика, прогноз. Эпилепсия, клиника, динамика, прогноз.	12
4- тема: Психогении: (невроты, реактивные состояния). Психопатии. Алкоголизм, наркомания и токсикомания.	12

Практические занятия

1-тема: Предмет и задачи психиатрии, наркологии и мед.психологии. Общая психопатология. Процессы познания: нарушение ощущения и восприятия. Мышление, норма и патология, синдромы.....	28
2-тема: Память, внимание, интеллект, норма и патология. Эмоционально-волевая сфера и её патология. Сознание, нарушение сознания Синдромы психических расстройств. Классификация психических заболеваний.	36
3- тема: Понятие личности. Характер. Темперамент. Психопатии. Психогении: невроты и реактивные психозы. Хронический алкоголизм. Наркомания и токсикомания.	45
4-тема: Шизофрения клиника, течение, прогноз. Современные методы лечения шизофрении. Психология лиц с нервно-психическими заболеваниями.	50
5-тема: Эпилептическая болезнь клиника, изменения личности, лечение Психические нарушения при травме черепа.	54
6-тема: Психические нарушения у лиц с соматической патологией. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях. Сенильные и пресенильные психозы	62
Практические навыки.....	72
Вопросы промежуточного контроля.....	75
Вопросы итогового контроля.....	76
Список мультимедий.....	77
Тестовые вопросы итогового контроля.....	78
Используемая литература.....	99

Учебная программа предмета

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Принято на учет

№ _____
специального
2018_год " ____ " _____

Утверждена приказом за № _____

От _____ 2018 г.
Министерства высшего и средне-
образования РУз

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Область образования:	700000 – здравоохранение и социальное обеспечение
Область знаний:	720000 «Здравоохранение»
Направление:	5140900 – профессиональное образование (лечебное дело)
Направление:	5720400 – стоматология

Бухара-2019г.

Типовая программа разработана в Ташкенской медицинской академии

Программа составлена и обсуждена на межтематической комиссии по психиатрии, наркологии и мед.психологии и рекомендована для утверждения на Координационном Совете Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан.

Протокол №1 от 2018 г.

Программа просмотрена и утверждена на Координационном Совете Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан.

Протокол №28 от 2018 г. 10. 07.

Составители:

Ашуров З.Ш,
Ходжаева Н.И.
Шадманова Л.Ш.

– д.м.н., профессор зав. кафедры психиатрии ТМА
– д.м.н., профессор кафедры психиатрии ТМА
– к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии
ТМА

Рецензенты:

Рахимбаева Г.С.
Алимов У.Х.

- д.м.н., профессор кафедры «Неврология» ТМА
д.м.н. профессор зав. кафедры “Психиатрия” ТашиУВ

АННОТАЦИЯ

Этот учебно-методический комплекс рассчитан на студентов 3 курса стоматологического факультета, который является, важным ресурсом для студентов, чтобы овладеть предметом самостоятельно.

Учебно-методический комплекс - подготовлен на основе требований, установленных государственным образовательным стандартом и предметной программой, на основе формирования знаний, навыков и умений, которыми должен обладать врач стоматолог в практике при лечении психических больных.

Это источник знаний, который обеспечивает гарантированные результаты, независимое обучение и учебу, а также контроль и направлен на развитие творческих способностей учащихся. Представлены современные методы тестирования и интерактивные методы. Даны способы профилактики и лечения больных с психическими расстройствами.

Рейтинговая система

Общие правила оценивания

Цель оценивания по рейтингу контроль качество образования, подготовка кадров , определение пробелов в знании студентов и убрать препятствия.

2. Основные задачи рейтинговой системы:

- а) дать знания и навыки по учебным Государственным стандартам и контролировать это;
- б) основные примечание при оценивание знаний и навыков студентов: обеспечение основанность, ясность и правдивость по учебным стандартам Государства;
- в) обеспечение обучения в системном порядке;
- г) развитие практических навыков и использование литератур
- д) справедливо оценивать студентов и во время сообщать;

Этапы контроля и уставы

По каждому предмету в течение семестра осваимость оценивается по 100 балльной системе.

Эти 100 баллов разделяются по следующим видам контроля:

Для студентов лечебного и медико-педагогического факультета следующее:

Текущий контроль - 45 балл;

самостоятельные работы- 5 балл;

итоговый контроль – 50 балл

Всего - 100 балл

№	Вид оценивания	Максимальный балл	Отборочный балл	Коэффициент
1	Текущий контроль	45	24.75	0.45
2	Самостоятельные работы	5	2.75	0.05
4	Итоговый контроль	50	27.5	0.5
	Всего	100	55.0	1

а) для 86-100баллов студент должен знать следующее:

принятие итогов и решений ;

мышление;

вести дискуссию самостоятельно;

применять навыки в практике;

осознавание смысла;

знать и пересказывать;

иметь общее понятия.

б) для 71-85 баллов должен соответствовать следующим:

самостоятельно вести дискуссию;

применять свои знания в практике;

понимать смысл;

знать и пересказывать;

иметь понятия.

в) для 55-70 баллов должен соответствовать следующим:

понимать смысл;

знать и пересказывать;

иметь понятия.

г) в следующих случаях студент оценивается с 0-54 баллами:

не иметь представлений ни о чём;

незнание.

Рейтинг студента по предмету определяется следующим:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

здесь:

V – часы отведённые для предмета по семестру(циклу)

O' – степень осваиваемости по предмету (балл);

Устав составления, контроля и оценивания самостоятельных работ студентов

1. Общие правила

1.1. Данный Устав составлен для составления, контроля и порядка оценивания самостоятельных работ студента.

1.2. Самостоятельная работа студента является неотъемлемой частью учебных работ по изучению данного предмета, она оснащается практическими и информационными ресурсами, а также выполнение контролируется по требованиям рейтинговой системы.

1.3. По окончании семестра баллы студента по самостоятельным работам и общее собранные рейтинговые баллы фиксируются на рейтинговом журнале группы и на зачётке студента.

2. Цели и задачи самостоятельных работ студента

2.1. Основная цель самостоятельной работы студента – развитие учений и навыков по выполнению определённых учебных работ самостоятельно под руководством и наблюдением преподавателя.

2.2. Задачи самостоятельной работы студента состоит из следующих пунктов:

- полностью освоить новые навыки и овладение навыками

- определение удобных методов для нахождения нужной информации

- благополучное использование источников и адресов информации
- работа с традиционными учебными и научными литературами
- работа с электронными литературами и информациями
- целеустремлённое использование интернета
- определение рациональное решение данной задачи
- рецензирование информационной базы
- подготовить итоги работ к экспертизе по решению эксперта
- обосновать проект или речь, защищать присутствие специалиста.

3.Организационные формы самостоятельной работы студента

3.1.При составление самостоятельной работы студента на кафедре неврологии учитываются особенности предмета, а также степень академического усваивания каждого студента и способности для предмета неврологии используются следующие формы:

- самостоятельное усваивание некоторых теоритических тем с помощью литератур
- подготовка информации (реферата) по данной теме
- подготовка к семинарному и практическому занятию
- использование теоритических навик в практике
- подготовка научной статьи, лекции и тезисов на конференции
- составлять кроссворды и тесты, подготовка мультимедиа

Исходя из особенностей обучающегося предмета для составления самостоятельной работы студента можно использовать и другие формы составления.

3.2.Для самостоятельных работ студента по предмету «неврология» выделено 54 учебных часов. Разработаны темы, формы и варианты задач и подтверждены учебно-методическим заседанием факультета.

3.3.Для выполнения самостоятельных работ по предмету разработаны методические пособия, указатели (показания) и

4.Информационное обеспечение самостоятельной работы студента

4.1.Для выполнения самостоятельной работы источником информации является учебные литературы и пособия, методические пособия и показания, сборники и банк информации, научные, данные интернета, ранее выполненные работы по данной теме.

4.2.Для своевременного выполнения самостоятельных работ студенту предоставляется удобные условия компьютерной техник и интернета.

5.Контроль и оценка самостоятельных работ студента

5.1.Консультационные часы самостоятельных работ студента регистрируются в журнале группы

5.2.Самостоятельные работы студента контролируются непосредственно преподавателем

5.3.Рейтинговые баллы и оценки самостоятельных работ регистрируются на журнале группы

5.4.Студент набравший 54% от общего балла по самостоятельным работам не допускается на итоговый контроль

5.5.Усваивания самостоятельных работ будут обсуждаться в группах студентов, на собраниях кафедры и заседаниях факультета

5.6.Самостоятельные работы студента регистрируются на архиве кафедры и сохраняется в течение года.

ГЛОССАРИЙ

Абулия (*a* + *греч. bile* — воля). Нарушение воли, частичное или полное отсутствие желаний и побуждений к деятельности. А. может быть врожденной (при глубоких степенях олигофрении) или вследствие волевого снижения при некоторых психических заболеваниях (при депрессиях, ступорозных состояниях, органических поражениях головного мозга, особенно конвекситатно-лобной локализации, при шизофрении, некоторых формах наркомании). При сочетании А. с апатией говорят об апатико-абулическом синдроме, с обездвиженностью — об абулически-акинетическом синдроме.

Авиафобия (*лат. avis* — птица, *греч. phobos* — страх). 1. Навязчивый страх перед птицами. 2. Невротический страх перед путешествием в самолете.

Син.: самолетофобия.

Автоматизм (*греч. automatos* — самопроизвольный). Осуществление функций отдельных органов и систем вне видимой связи с побудительными импульсами извне, самопроизвольно, аутохтонно, без контроля воли, сознания.

Агглютинация (*лат. agglutinatio* — склеивание). Сплавление в одно целое фрагментов различных мыслей, слов. Наблюдается при шизофрении (в частности, является одним из механизмов образования неологизмов) и при очаговых корковых нарушениях речи (приводит к образованию парафазии типа контаминации).

Син.: контаминация.

Аггравация (*лат. aggravare* — ухудшать, отягощать). Преувеличение больным реально существующей болезни. А. может быть активной, умышленной, сознательной и пассивной, когда усиливаются лишь отдельные проявления болезни, но больной не препятствует проведению лечения. Об А. подсознательной говорят в тех случаях, когда больной стремится вызвать сочувствие окружающих, привлечь их внимание. А. патологическая наблюдается у психически больных (чаще всего при истероидной психопатии), стремящихся воспроизвести картину серьезного соматического заболевания.

Агипногнозия (*a* + *греч. hypnos* — сон, *gnosis* — познание). Нарушение осознания сна. Больные жалуются на тяжелую бессонницу, хотя объективно, по наблюдениям окружающих, у них отмечаются периоды сна. Крайне тягостно переживается и плохо корригируется. Чаще всего наблюдается при поверхностном сне, во время которого больной не отключается полностью от происходящего вокруг.

Син.: гипнагнозия [Эпштейн А.Л., 1928].

Агнозия (*a* + *греч. gnosis* — познание). Нарушение узнавания предметов и явлений в состоянии ясного сознания и сохранности функций самих органов восприятия. Иногда при этом сохраняется правильное восприятие отдельных элементов опознаваемого объекта. А. может быть полной и частичной. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, захватывающих корковые зоны соответствующих анализаторов, зоны их представительства в головном мозге.

А. акустическая — проявляется нарушениями узнавания звуков, фонем и предметов по характерным для них звукам. Полная А. акустическая носит название душевной глухоты.

Син.: А. слуховая.

А. болевая — характеризуется нарушением восприятия болевых раздражений.

А. зрительная (оптическая) — характеризуется нарушением узнавания зрительных образов предметов и явлений [Lissauer Н., 1889]. Различают следующие формы: 1) апперцептивную, в основе которой лежит нарушение зрительного синтеза отдельных признаков — больной не может различить изображение и объединить его элементы в одно осмысленное целое; 2) ассоциативную, при которой больной хорошо различает зрительную структуру изображения, но не может назвать соответствующий предмет. Полная А. зрительная носит название душевной слепоты.

А. на лица [Bodamer J., 1947] — утрата способности узнавания знакомых лиц при непосредственном общении и на фотографии.

Син.: прозопагнозия, симптом Бодамера.

А. обонятельная — характеризуется нарушением узнавания предметов или веществ по типичному для них запаху.

А. односторонняя пространственная [Holme G., 1919; Brain W., 1941] — нарушение восприятия невербальных раздражителей (зрительных, тактильных, слуховых), исходящих из левой половины пространства.

Наблюдается при поражении задних отделов правого полушария — теменно-затылочных отделов коры и подкорковых образований [Корчажинская В.И., Попова Л.Т., 1977].

Входит в структуру Зангвилла и Гекена апрактакногностических синдромов.

А. пространственная [Paterson A., Zangwill O., 1945] — форма оптической агнозии, характеризующаяся потерей способности ориентироваться в пространстве, в расположении предметов и определять расстояние между ними. Наблюдается при очаговом органическом поражении головного мозга теменнозатылочной локализации.

Син.: геометрически-оптическая агнозия [Potzl O., 1928], слепота пространства [Kleist K., 1922].

А. симультанная [Poppelreiter W., 1923; Wolpert J., 1924] — характеризуется нарушением узнавания группы объектов как целого в их совокупности или ситуации в целом, в то время как отдельные объекты узнаются верно. Наблюдается при поражении передней части затылочной доли доминантного полушария.

Агорафобия (*греч. agore* — рыночная площадь, *phobos* — страх). Разновидность навязчивых страхов. 1. Боязнь пространства, открытых мест, площадей, приводящая к тому, что больной не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь [Westphal C., 1871]. 2. Боязнь скопления людей [Cordes E., 1871].

Син.: топофобия.

Аграфия (*a* + *греч. grapho* — писать). Нарушение способности писать при очаговых поражениях коры головного мозга. А. афатическая входит в структуру синдромов афазии и в соответствии с формой афазии отличается

специфическими чертами [Лурия А.Р., 1950]. А. апрактическая наблюдается при идеаторной апраксии, А. конструктивная — при конструктивной апраксии [Kleist K., 1934]. А. моторная возникает в связи с параличами и нарушением способности писать. Выделяют также чистую А., возникающую вне связи с другими асемическими синдромами и обусловленную поражением задних отделов второй лобной извилины доминантного полушария [Exner S., 1881].

Агрессивность (*лат. aggressio* — нападение). Склонность некоторых психически больных к нападению на окружающих и нанесению им телесных повреждений, к разрушительным действиям. Объектом агрессии могут оказаться и неодушевленные предметы. Чаще всего возникает в результате галлюцинаторных и бредовых переживаний, импульсивных поступков кататоников. Наблюдается и при состояниях нарушенного сознания.

Агрессия. Один из механизмов психологической защиты. Понятие, введенное К. Horney для обозначения защиты от фрустрации агрессией, направленной не на фрустрирующий фактор, а на некий вторичный объект, ошибочно принимаемый за источник фрустрации. Примером этого является А. перемещения, наблюдающаяся в тех случаях, когда А. на реальный фрустратор нежеланна, может привести к тяжелым последствиям. К механизму А. перемещения относят негативизм, критиканство, отказ в сотрудничестве, если они направлены не на истинный источник фрустрации.

Агрипния (*греч. агрипния* — бессонница). Нарушение сна, характеризующееся его поверхностностью, кратковременностью, частыми пробуждениями. Наблюдается при многих психических заболеваниях — шизофрении, эндогенных депрессиях, неврозах, неврозоподобных состояниях.

По А.М. Эпштейну [1928], агрипнический синдром — обозначение состояния похмелья, в клинической картине которого расстройства сна играют важную роль (бессонница, кошмарные сновидения, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации).

Син.: асомния, инсомния, диссомния.

Адипсия (*а + греч. dipsa* — жажда). Отсутствие потребности в питье, утрата чувства жажды. Адипсию следует отличать от состояний, при которых отказ от употребления воды обусловлен бредовыми переживаниями, то есть от псевдоадипсии [Стоименов И., Рачев И., 1988].

Азафия (*а + греч. saphes* — ясный). Неясная, неотчетливая речь. Нечеткое произношение.

Акнефобия (*греч. acne* — вид кожного заболевания, *phobos* — страх). Навязчивый страх перед появлением на коже угрей. Наблюдается главным образом в подростковом и юношеском возрасте. Иногда достигает степени дисморфобии.

Акоазмы (*греч. akusma* — слышимое). Элементарные слуховые галлюцинации (шум, выстрелы, звон, стуки и т.п.). Наблюдается при шизофрении, симптоматических психозах, ауре эпилептической.

Акрибофобия (*греч. akribo* — точно знаю, *phobos* — страх). Навязчивый страх, опасение не понять смысл прочитанного.

Акцентуация (*лат. accentus* — ударение). Усиление, заострение определенных психических свойств. К. Leonhard [1964, 1968] разработана концепция акцентуированных личностей. Выделяются отдельные черты личности (акцентуированные), которые сами по себе еще не являются патологическими, однако при определенных условиях могут претерпевать развитие в положительном или отрицательном направлении, достигая особой выраженности у психопатов и невротиков. Черты эти как бы являются заострением некоторых присущих каждому человеку неповторимых индивидуальных свойств. А. личности — промежуточное явление между нормой и психопатией. Выделяют десять типов А. характера и темперамента: гипертимность, склонность к застреванию аффекта, эмотивность, педантичность, тревожность, циклотимность, демонстративность, возбудимость, дистимичность (субдепрессивность), склонность к аффективной экзальтации. В патологии демонстративности соответствует истерическая психопатия, педантичности — ананкастическая психопатия, склонности к застреванию — паранойяльная психопатия, возбудимости — эпилептоидная психопатия. Отмечены сочетанные А. различных личностных свойств, в том числе интро- и экстраверсии.

Алалия (*а + греч. lalia* — речь) [Delius, 1757]. Отсутствие речи или ее дефект при сохранности слуха и интеллекта. В зависимости от того, какая речь страдает — экспрессивная или импрессивная, различают А. моторную и сенсорную. Наблюдается в детском возрасте и обусловлена недоразвитием речевых областей коры больших полушарий головного мозга или их поражением во внутриутробном или раннем постнатальном периоде. При А. моторной дефектна или полностью отсутствует активная речь, понимание обращенной к больному речи не нарушено. В случаях А. сенсорной нарушено понимание речи при своевременном появлении речевой активности.

Син.: эфемия.

Аллогаллюциноз (*греч. algos* — боль, *лат. hallucinatio* — бред, видения) [van Bogaert L., 1934]. Непрерывно продолжающиеся фантомные боли в ампутированной конечности (см. *Фантом ампутированных*).

Син.: фантомные боли.

Альцгеймера болезнь [Alzheimer A., 1906]. Заболевание из группы пресенильных деменций. Атипичная, относительно рано (в предстарческом возрасте) наступающая форма старческого слабоумия. Возможно и более позднее начало, в старческом возрасте [Жислин С.Г., 1956]. От клиники старческого слабоумия отличается более выраженной очаговостью психопатологической симптоматики. Вначале характерны изменения личности по сенильному типу, прогрессирующее ослабление памяти. Деменция глобальная, однако длительное время сохраняется чувство своей несостоятельности. Очаговые расстройства речи, гнозиса, праксиса, счета, письма. Типична динамика афатических расстройств: амнестическая, затем сенсорная афазия с последующим присоединением моторной. Наблюдается логоклония. Рассеянная неврологическая симптоматика, эпилептиформные припадки. Экстрапирамидные (акинетико-ригидные) явления наблюдаются главным образом в исходной стадии, завершающейся состоянием психического и соматического маразма, хакексией, контрактурами. Патологоанатомически — диффузная атрофия коры большого мозга, особенно выраженная в височных и лобных долях. Гистологически — атрофия клеток коры, большое количество

сенильных бляшек, альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл. Относится к наследственным заболеваниям с аутосомно-доминантным фенотипом. Имеются данные о мультифакториальном характере наследования [Sjogren T., Sjogren H., Lindren A., 1962].

Амбивалентность (*лат. ambi* — вокруг, с обеих сторон, *valens* — сильный) [Bleuler E., 1911]. Понятие, введенное для обозначения одного из существенных признаков шизофрении — склонности отвечать на внешние раздражители двойкой, противоположной, антагонистической реакцией. Различают три вида А.: 1) в аффективной сфере — одно и то же представление сопровождается и приятными и неприятными чувствами; 2) области воли — амбитенденция, двойственность поступков, действий, движений; 3) в области интеллектуальной деятельности — одновременное возникновение и сосуществование мыслей противоположного характера. К. Spett [1949] как проявления А. в мышлении и двигательной экспрессии различал амбитенденцию и амбисентенцию. У больного обнаруживаются одновременно проявляющиеся противоречивые или противопоставляемые суждения, амбитендентные проявления в движениях, мимике, жестах. Эти расстройства типичны для больных шизофренией, но могут наблюдаться и при некоторых интоксикациях, например мекскалином.

Астазия (*а + греч. stasis* — стояние). Утрата способности стоять без поддержки. Наблюдается при органических поражениях ЦНС.

Астазия-абазия [Block P., 1888]. Невозможность стоять и ходить при сохранении силы и объема движений конечностей в постели. Рассматривается как проявление акинезии, в отличие от варианта А.-а., описанного Шарко. Симптом истерии. Необходимо дифференцировать с лобной атаксией при органических поражениях головного мозга.

При атактической форме А.-а. [Charcot J.M., 1888] координации движений мешают хореоформные подергивания и дрожания мышц ног.

Астения (*греч. astheneia* — бессилие, слабость). Психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна.

Бихевиоризм (*англ. behaviour* — поведение). Направление в американской психологии начала XX в. [Watson J., 1913, 1919], разрабатывающее ее как науку о поведении. Отрицается роль сознания как предмета научного исследования. В отличие от субъективной психологии на первый план выдвигается изучение психики как совокупности стимулов-реакций и обусловленных ими поведенческих актов. По стимулу предсказывается реакция, а по реакции определяется стимул. Основная задача — установление связи между стимулами и реакциями. Различаются наследственные и условные реакции, в происхождении которых Б. исходит из крайне упрощенного, механистического понимания безусловных и условных рефлексов. Б. присуще отрицание роли психического в поведении, сведение сознания к скрытым двигательным реакциям, биологизм, отрицание роли социальных факторов в поведении человека. Материализм Б. не носит диалектического характера, является упрощенно-механистическим [Выготский Л.С., 1928].

Бред (*лат. delirium, нем. Wahn*). Расстройство мышления. Совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне. По А.В. Снежневскому [1983], Б. — некорректируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных оснований.

Влечение. Психологическое состояние, неосознаваемый этап формирования потребности. Представленная в нем потребность либо не развивается, угасает, либо, становясь осознаваемой, реализуется в форме конкретного желания, мечты и т.п. В. соответствует стадии зарождения потребности, оно стимулирует деятельность человека, придает ей определенную направленность. Патология В. («жизни влечений») характерна, в первую очередь, для аномальных, психопатических личностей. Различают импульсивные В., направленные на достижение объективно неприемлемых целей (дипсомания, дромомания, пиромания, клептомания, мифомания, копролалия, нимфомания, сатириазис), и расстройства на уровне инстинктов, выражающиеся извращениями врожденных В., в первую очередь сексуального влечения (гомосексуализм, садизм, мазохизм, фетишизм, пигмалионизм, нарциссизм, трансвестизм). Импульсивные В. носят непреодолимый характер, они реализуются без попытки внутреннего сопротивления. К расстройствам В. на инстинктивном уровне относятся и нарушения пищевого влечения (булимия, анорексия, полифагия, полидипсия). В. может носить контрастный характер, в этих случаях оно противоречит конкретной реальной ситуации и морально-этическим установкам личности. Патология В. может носить навязчивый характер — стремление совершать ненужные и даже опасные для больного поступки; такие В. характерны для навязчивых состояний, в рамках которых могут наблюдаться и контрастные В.

Внимание. Направленность психической деятельности в данный момент времени на какой-нибудь объект. Различают В. активное, то есть способность сознательно, целенаправленно сосредоточиваться на определенном объекте, и пассивное, являющееся автоматической, рефлекторной реакцией на раздражитель. При патопсихологическом и психопатологическом исследовании придают значение таким характеристикам В., как его избирательность, объем, устойчивость, возможность распределения и переключаемость.

Воля. Способность к целенаправленной и сознательной деятельности, нередко вопреки непосредственным побуждениям (желаниям, стремлениям), не детерминированным целью. Эти непосредственные побуждения играют роль внутреннего препятствия, и волевая деятельность должна их преодолевать. Примерами нарушений волевой деятельности могут быть импульсивные поступки, аффективно обусловленные действия, совершаемые без участия волевых задержек. О недостаточности волевой деятельности свидетельствуют амбивалентность, абулия, парабулия. Затруднения В. характерны для навязчивостей с присущей им борьбой мотивов.

Восковая гибкость — (*лат. flexibilitas cerea* от *flexibilitas* — гибкость, *cera* — воск). См. *Каталепсия*.
Син.: восковидная гибкость.

Восковидная гибкость. См. *Каталепсия*.

Воспоминания. Воспроизведение в сознании сохранившихся в памяти представлений, мыслей, чувств.

Син.: реминисценции (*лат. reminiscentia* — воспоминание).

В. ассоциированные — вид криптомнезии, при котором прочитанное, увиденное во сне или кинофильме, услышанное от собеседника воспринимается больным как реальное событие, участником и свидетелем которого он был.

В. иллюзорные — В. о действительно существующих или существовавших объектах, искаженные под влиянием аффективных расстройств, бредовых переживаний, изменения личностной позиции вспоминающего, ослабления у него функции памяти.

В. ложные. См. *Псевдореминисценции*.

В. навязчивые — возникающие часто вопреки воле человека и неприятные для него В., иногда материалом их являются поступки субъекта, которым он сам дает отрицательную оценку. Попытки их вытеснения, нивелирования крайне затруднены и требуют психотерапевтического вмешательства. Характерны для психастеников, особенно при возникновении невроза навязчивых состояний.

В. насильственные — возникающие как бы аутохтонно В., иногда в виде образных представлений, которые воспринимаются как чуждые больному психические акты, являющиеся следствием воздействия извне, «деланности», насильственности. Симптом психического (идеаторного) автоматизма.

В. отчужденные — В., в которых реальные события воспринимаются как услышанное, увиденное во сне или кинофильме, прочитанное.

В. псевдогаллюцинаторные (*греч. pseudos* — ложь, *hallucinatio* — бред) — яркие зрительные псевдогаллюцинации, при которых в качестве псевдогаллюцинаторного образа предстают ложные В. Проявление психического автоматизма.

Син.: псевдовоспоминания псевдогаллюцинаторные.

Восприятие. Психический процесс, одна из стадий познавательной деятельности, приводящая к созданию образа объекта на основе анализа и синтеза отдельных его качеств, выделения при этом существенных признаков предмета или явления и отвлечений от несущественных и неактуальных. К расстройствам восприятия относятся иллюзии и галлюцинации.

Воспроизведение. Возникновение в сознании зафиксировавшихся в памяти в процессе жизненного опыта объектов, мыслей, чувств. В. является одним из компонентов структуры памяти и может быть активным, то есть целенаправленно вызываемым, и пассивным, возникающим нецеленаправленно. При ослаблении памяти вследствие постепенно развивающихся органических заболеваний (церебральный атеросклероз, эпилепсия) затруднения активного В. предшествуют недостаточности удержания в памяти и запоминания.

Вспоминание. Психический процесс воспроизведения в памяти объектов (событий, явлений, предметов, мыслей, чувств), воспринимавшихся раньше, но в настоящее время отсутствующих. Это же относится к узнаванию увиденного объекта как уже знакомого по прежнему опыту.

Депрессия. Синдром, характеризующийся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами (см. *Протопопова триада*). По А.В. Снежневскому [1983], Д. присущи такие когнитивные свойства, как отрицательная, уничтожающая оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью. Схематически выделяют девять основных клинических вариантов Д., объединяемых в три группы [Kielholz P., 1970]:

1) *соматогенные Д.* — органическая и симптоматическая;

2) *эндогенные* — шизофреническая, циркулярная, периодическая, инволюционная;

3) *психогенные* — невротическая, истощения, реактивная.

Это деление в известной мере условно, так как существуют Д., промежуточные между эндогенными и психогенными или психогенными и соматогенными. Нередко Д., начинаясь психогенно или соматогенно, в дальнейшем витализируется, то есть приобретает свойства эндогенной.

Заикание. Нарушение речи, основой которого является преходящее выключение голосообразования [Куршев В.А., 1973]. В связи с этим феноменом возникают судорогоподобные симптомы, непроизвольные запинки, повторение отдельных звуков и слогов. Нередки фобические явления, способствующие фиксации механизмов З. по механизмам невроза ожидания. По В.А. Куршеву, основным фактором в патогенезе З. является психическая травма, другие вредные факторы действуют опосредованно, через нее.

Различают З. невротическое (логоневроз) и неврозоподобное, возникающее в связи с резидуальной органической патологией головного мозга.

Катамнез (*греч. kata* — движение сверху вниз, полное завершение действия, *mnesis* — память). Комплекс сведений о состоянии больного и динамике у него болезни после установления диагноза, проведения лечения и выписки из стационара. Позволяет уточнить правомерность диагностики, эффективность лечения в стационаре и последующего амбулаторного, вопросы социально-трудовой адаптации.

Катаплексия (*греч. kataplexis* — поражение) [Gelineau J.V.E., 1880]. Приступообразные состояния, характеризующиеся внезапной потерей мышечного тонуса, захватывающего всю поперечнополосатую мускулатуру либо отдельные группы мышц. При генерализованных приступах наступает полная обездвиженность, больные падают, лишаются речи, при парциальных — наступает слабость отдельных мышц или групп мышц (подгибаются колени, выпадают из рук предметы). Пароксизмы наступают обычно при сильных эмоциях, сознание не нарушается. Симптом нарколепсии. Различают К. засыпания (прегипноплегия, по Л.Я. Немлихеру) и

Конфабуляции (*лат. confabulari* — болтать, рассказывать) [Kahlbaum K.L., 1866]. Разновидность ложных воспоминаний, «галлюцинации воспоминания». Больные сообщают о вымышленных событиях, в действительности не

имевших места в период, о котором идет речь.

Логорея (*лого* + *греч. rhoia* — течение, истечение). Симптом патологии речи — речевое возбуждение, многословие, ускорение темпа и безудержность речевой продукции. Наблюдается при сенсорной афазии (сочетание с литеральными и вербальными парафазиями), маниакальных состояниях, прогрессирующем параличе, шизофрении.

Син.: полифазия, речевое недержание, «речевой понос».

Маньяна симптомы [Magnan V., 1883, 1885]: 1. Аритмомания, склонность к навязчивому счету. 2. Неприятные ощущения, носящие характер сенестопатий или тактильных галлюцинаций. Больные испытывают неприятные ощущения ползания под кожей насекомых и передвижения разного рода мелких предметов. Характерен для кокаинизма. 3. Ситиомания — периодически возникающая булимия. Отсутствует чувство насыщения. Рассматривается как проявление латентно протекающей маниакальной фазы циркулярного психоза. Наблюдается и при грубых органических изменениях в головном мозге.

Маразм (*греч. marasmos* — истощение, угасание). Истощение, увядание организма с постепенным угасанием всех его функций и атрофией органов и систем. Понятие близкое к кахексии. Наиболее частые формы — М. алиментарный (См. *Дистрофия алиментарная*), психический и старческий. М. психический характеризуется полным распадом психики, утратой речи, навыков самообслуживания. М. старческий является следствием старения организма. При некоторых заболеваниях это разграничение носит условный характер (старческое слабоумие, далеко зашедший церебральный атеросклероз).

Навязчивые действия. Труднопреодолимое стремление совершать определенные действия или движения. Отличаются большим разнообразием (стремлением часто мыть руки, читать все подряд вывески на улице на своем пути, произносить бранные слова). Нередко они сочетаются с навязчивыми мыслями и страхами (обсессивно-компульсивный синдром). На почве навязчивых страхов в ряде случаев возникают своеобразные навязчивые обрядности, назначение которых — предотвратить грозящее несчастье, уничтожить страх (навязчивый ритуал). Понимая нелепость ритуальных действий, больной с их помощью стремится добиться разрядки присущего фобиям мучительного аффекта. Ритуалы могут отрываться от реальной картины страхов и носить символический характер. Есть основания рассматривать их как своеобразный механизм психологической защиты [Блейхер В.М., Завилянская Л.И., Завилянский И.Я., 1978]. Навязчивые ритуалы могут быть достаточно сложными: так, при навязчивом стремлении к педантичности больной превращает свою жизнь в расписанную от утреннего вставания и завершая вечерним туалетом («ритуал спальни»). Такие ритуалы утрачивают свое защитное значение и становятся самостоятельными навязчивыми состояниями, еще более тягостными для больных, чем породившие их фобии.

Навязчивые представления. Непреодолимо возникающие и очень яркие представления, воспоминания, настолько овладевающие сознанием больного, что принимаются им вопреки сознанию за реальные. Несмотря на понимание болезненного происхождения Н.п. больные нередко прибегают к разного рода проверкам. Так, больной во власти Н.п. о том, что покидая работу, он не выключил электрокипятильник и возник пожар, будучи в отпуске, ищет указаний об этом событии в газетах, и, наконец, прерывая лечение в санатории, возвращается в свой город, прямо с вокзала, устремляясь на работу. Отличаются большим постоянством, часто в них находят отражение психотравмирующие факторы.

Навязчивые припоминания. Разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся непреодолимым влечением вспоминать, часто без надобности, чьи-то имена, даты, названия городов и т.д. Нередко это воспоминания о каком-либо неприятном для больного или порочащем его событии из прошлого; в этих случаях Н.п. окрашены в отрицательный аффективный тон, крайне тягостны.

Навязчивые сомнения. См. *Сомнения патологические*.

Навязчивые состояния. Психопатологические явления, характеризующиеся тем, что определенные содержания многократно возникают в сознании больного, сопровождаясь тягостным чувством принудительности [Зиновьев П.М., 1931]. Для Н.с. характерно непроизвольное, даже вопреки воле, возникновение навязчивостей при ясном сознании. Хотя навязчивости чужды, посторонни по отношению к психике больного, но освободиться от них больной не в состоянии. Они тесно связаны с эмоциональной сферой, сопровождаются депрессивными эмоциями, чувством тревоги. Будучи симптомообразованиями, по С.Л. Суханову [1912], «паразитическими», они не влияют на течение интеллектуальной деятельности в целом, остаются чуждыми мышлению, не приводят к снижению его уровня, хотя ухудшают работоспособность и продуктивность умственной деятельности больного. На всем протяжении болезни к навязчивостям сохраняется критическое отношение.

Н.с. условно делятся на навязчивости в интеллектуально-аффективной (фобии) и двигательной (компульсии) сферах, но чаще всего в структуре навязчивостей соединяются несколько их видов. Выделение навязчивостей отвлеченных, аффективно индифферентных, безразличных по своему содержанию, например, аритмомании, редко бывает оправданным; анализ психогенеза невроза нередко позволяет увидеть в основе навязчивого счета выраженную аффективную подоплеку. Наряду с навязчивостями элементарными, связь которых с психогенной очевидна, существуют криптогенные, когда причина возникновения болезненных переживаний скрыта [Святош А.М., 1959].

Н.с. наблюдаются, главным образом, при непрозе навязчивых состояний и психастении. Для последней характерны навязчивые патологические опасения. Кроме того, Н.с. встречаются в рамках неврозоподобных состояний при вялотекущей шизофрении, эндогенных депрессиях (См. *Ананкастическая депрессия*), эпилепсии, последствиях черепно-мозговой травмы, соматических заболеваниях, главным образом, ипохондрически-фобический или нозофобический синдром.

Навязчивые страхи. Разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся интенсивными и непреодолимыми страхами. В структуре навязчивости преобладает аффект тревоги. Н.с. всегда сопровождаются выраженной вегетодистонической симптоматикой (бледность лица, дрожание тела и конечностей, потливость, тахикардия).

Содержанием Н.с. может быть любое явление повседневной жизни, даже такое, о котором больной знает понаслышке. Чаще всего наблюдается при неврозе навязчивых состояний и неврозоподобных состояниях, например, при шизофрении. Возникновению Н.с. и их фиксации способствуют тревожно-мнительные черты характера. Выделяют Н.с. элементарные, ограниченные отдельным конкретным событием или явлением, и сложные, примером которых может служить всеохватывающая панфобия.

Н.с. исключительно разнообразны. По G. Langfeldt [1951], они делятся на 4 группы: 1. Н.с. особых ситуаций и общения (акрофобия, агорафобия, антропофобия и др.); 2. Н.с. опасности окружающего мира (аихмофобия, нозофобия, зоофобия); 3. Н.с. дисфункции того или иного внутреннего органа или системы (эритрофобия, дефекацифобия); 4. Н.с. совершения насилия по отношению к самому себе или кому-нибудь другому (суицидофобия, гомицидофобия).

Син.: фобии (*греч. phobos* — страх).

Наплыв мыслей. См. *Ментизм*.

Обнубиляция сознания (*лат. obnubilatio* — закрывать облаками, затуманивать). Легкая степень оглушения. Характерны колебания в степени выраженности помрачения сознания — легкое помрачение сознания на время сменяется его прояснением, затем вновь наступает затемнение.

Обсессия (*лат. obsessio* — обложение, осада, блокада). См. *Навязчивые состояния*.

Объем внимания. Одно из свойств внимания, характеризующееся количеством элементов, которые человек может одновременно воспринять. Упражняемость О.в. на разрозненные элементы незначительная, тогда как на ассоциируемые по смыслу может быть чрезвычайно высокой. В значительной мере это обстоятельство играет роль при тренировке лиц, обладающих феноменальной памятью и демонстрирующих на эстраде «чудеса запоминания».

Психастения (*псих + астения*). 1. Син. невроза навязчивых состояний (устар. и нерекомендуемый). 2. Форма психопатий, основными чертами которой, по П.Б. Ганнушкину [1933], являются «крайняя нерешительность, боязливость и постоянная склонность к сомнениям» (см. *Патологические сомнения*). Характер психастеника определяется тревожной мнительностью, неуверенностью в себе, однако нередко у психастеников проявляются компенсаторные черты личности в виде эпилептоидных компонентов (торпидность, ригидность, застревание эмоций и мыслительной деятельности, педантичность) [Janet P., 1908]. Такая «сверхточность» при психастенической акцентуации личности и психопатии, по К. Leonhard [1964, 1968], вместо компенсации личностной дезадаптации приводит к усугублению, заострению выраженности аномальных черт, невротическим срывам. У психастеников особенно легко развивается и принимает затяжное течение невроз навязчивых состояний.

Психиатрия (*псих + греч. iatreia* — врачевание, лечение). Клиническая дисциплина, изучающая этиологию, патогенез, клинику, распространенность психических заболеваний, разрабатывающая методы их клинической и лабораторной диагностики, вопросы диагностики, прогноза, профилактики, критерии экспертизы, порядок проведения социально-трудовой реабилитации. В П. выделяют такие разделы как П. организационная, "возрастная (детская, подростковая, геронтологическая), военная, реабилитационная, социальная (изучает роль социальных факторов в происхождении психических заболеваний и в проведении реабилитационной работы), судебная, эндокринологическая.

Ступор (*лат. stupor* — оцепенение). Состояние обездвиженности, оцепенения с частичным или полным мутизмом и отсутствием или снижением реакции на внешние раздражители, в том числе и на болевые.

Субделирий (*лат. sub* — под + *делирий*). Начальная стадия или облегченное и непродолжительное (абортное) течение делирия.

Субдепрессия. Неглубокая депрессия. Либо начальная стадия углубляющейся эндогенной депрессии, либо — депрессивное состояние невротического или циклотимического генеза.

Син.: субдепрессивное состояние.

Субступорозное состояние. Неполный ступор. Обездвиженность не достигает той степени выраженности, что при кататоническом ступоре. Мутизм также может быть неполным. Большой длительное время сохраняет неестественные, вычурные, часто неудобные позы. Возможен все же частичный контакт.

Сублимация (*лат. sublime* — наверх, вверх). Один из Фрейда механизмов психологической защиты, при котором происходит превращение социально неприемлемого импульса в приемлемый, переадресовка энергии из одного канала в другой. Чаще всего это относится к переключению энергии с примитивных и низменных потребностей на высоко ценимые в обществе проявления деятельности. С. рассматривается как один из наиболее положительных механизмов адаптации личности, индивидуума.

Суггестия (*лат. suggestio* — внушение, намек). См. *Внушение*.

Экстрамуральный (*экстра + лат. murus* — стена). Расположенный вне какого-то ограниченного пространства. Например, Э. психиатрия — внебольничная психиатрия.

Экцентризм (*экс + лат. centrum* — центр). Странность, необычность поведения, поступков. Проявляется в чудаковатости манер, искусственности поз, утрированных жестах и мимике, своеобразной манере речи и письма, стремлении к экстравагантности в одежде. Наблюдается при истероидной психопатии.

Ятрогения (*греч. iatros* — врач, *-genes* — порождающий, вызывающий) [Bumke O., 1925]. Один из вариантов психогении. Причиной болезненных расстройств является неправильное поведение врача (неосторожное высказывание врача о тяжести и плохом прогнозе болезни, предоставление больному возможности ознакомиться с медицинской документацией, научно-популярная лекция, построенная в пессимистическом плане, рассказ о плохом исходе аналогичного заболевания у другого больного и т.п.). Ятрогенные заболевания были почти одновременно описаны Н.В. Gruhle, E. Bleuler, E. Kretschmer. Наиболее четко патогенез Я. был охарактеризован О. Bumke, который подчеркивал, что часто сам врач не замечает своей роли в психогенезе заболевания. Наиболее характерны для Я. депрессивные и ипохондрические состояния (см. *Ипохондрия ятрогенная*).

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

1-тема: Предмет и задачи психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Общая психопатология (познавательная сфера: ощущение, восприятие, память, интеллект, мышление, внимание). Норма и патология.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
План лекции: 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Краткая аннотация лекционного материала Предмет и задачи медицинской психологии. История и основные направления развития. Структура психической деятельности. Основные методы медицинской психологии. Ощущение и восприятие. Основные свойства. Границы нормы и патологии. Физиологические основы ощущения и восприятия. Пороги чувствительности. Избирательность, целостность, константность. Индивидуальные и возрастные особенности. Патологии: иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, сенестопатии, парестезии. Мышление, определение, понятие, суждения, умозаключения. Мыслительные операции, мышление врача. Индивидуальные и возрастные особенности. Особенности мышления и соматически и психически больных. Нарушения мышления и методы его исследования (методики: сравнения понятий, «4-ый лишний», простые и сложные аналогии, пиктограмма, классификация предметов и др.) Границы нормы и патологии. Нарушения мотивационной и операционной стороны мышления, нарушения критичности. Связь мышления с процессами памяти, восприятия, интеллекта, эмоций.
Цель учебного занятия:	Выработка навыков выявления ведущих симптомов и синдромов сферы восприятия и ощущений
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

2-тема: Эмоционально-волевая сфера и её патология. Сознание, нарушения сознания. Синдромы психических расстройств.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
<p>План лекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть 	<p>1-краткая аннотация лекционного материала</p> <p>Память. Внимание. Определение. Основные свойства. Классификация видов. Условия оптимального запоминания. Границы нормы и патологии. Нарушения памяти и внимания и их связь с нарушениями умственной работоспособности. Методы исследования нарушений памяти и внимания (таблицы Шульце, счет по Крепелину, корректурная проба, запоминание 10 слов, пиктограмма и др.). Индивидуальные и возрастные особенности. Связь памяти и внимания с другими функциями психической деятельности.</p> <p>Интеллект. Определение. Основные свойства. Связь интеллекта с мышлением и другими функциями психической деятельности. Индивидуальные и возрастные особенности. Границы нормы и патологии. Нарушения интеллекта и методики их исследования. Снижения интеллектуальных возможностей, недоразвитие интеллекта. Методика Векслера, коэффициент интеллекта IQ, опосредованная оценка интеллекта при исследовании процессов мышления</p>
Цель учебного занятия:	Цель. Современные представления о физиологических психологических, биохимических основах памяти. Основные количественные и качественные нарушения памяти.
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

3-тема: Шизофрения, клиника, динамика, прогноз. Эпилепсия, клиника, динамика, прогноз.**1.1. Модель технологии преподавания**

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
План лекции: 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	1-краткая аннотация лекционного материала Сознание. Общественное и индивидуальное сознание. Определение, основные характеристики. Уровни сознания. Сознательная, подсознательная и бессознательная деятельность. Учение Фрейда. Теории психоанализа. 3 уровня личности -"ид" "эго" "супер-эго". Техника психоанализа (анализ сновидений, «свободных ассоциаций», оговорок и т.д.). "Защитные" психологические механизмы - вытеснения, рационализации, сублимации, регрессии, идентификации и т.д. Бессознательная мотивация, внутренние конфликты, "катарсис". Границы нормы и патологии. Исследование психической деятельности в психологии. Патопсихология. <u>Определение задачи. Основы патопсихологического эксперимента.</u>
Цель учебного занятия:	Цель. Исторический медицинский и психологический подход к научному определению «сознание». Изучить клинические варианты нарушения сознания. Синдромы выключение сознания. Критерии их различий.
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

4-тема: Психогении: (неврозы, реактивные состояния). Психопатии.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
План лекции: 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	1-краткая аннотация лекционного материала Личность, индивидуальность. Определение, структура личности. Темперамент, характер, направленность, отношения личности к людям, труду, к самому себе. Биологически и социально-детерминированные компоненты личности. Факторы, обуславливающие аномальное развитие личности - неправильное воспитание, социальные и микросоциальные условия. Патохарактерологическое развитие личности, как результат влияния биологических и социальных факторов на становление личности. Взаимоотношение врач-больной с учетом психологических особенностей личности больного. Психотерапия. Определение. История развития и основные направления: рациональная, суггестивная, гипнотерапия, психоанализ, индивидуальная, групповая психотерапия и аутотренинг.
Цель учебного занятия:	Определение понятия. Общие признаки (критерии Ясперса)
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

1.2. 1-тема: Предмет и задачи психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Общая психопатология (познавательная сфера: ощущение, восприятие, память, интеллект, мышление, внимание). Норма и патология.

Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3-заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

2-тема: Эмоционально-волевая сфера и её патология. Сознание, нарушения сознания. Синдромы психических расстройств.

Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3-заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

3-тема: Шизофрения, клиника, динамика, прогноз. Эпилепсия, клиника, динамика, прогноз.

Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3-заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

4-тема: Психогении: (неврозы, реактивные состояния). Психопатии. Алкоголизм, наркомания и токсикомания

1.2 Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3-заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

1-тема: Предмет и задачи психиатрии, наркологии и мед.психологии. Общая психопатология. Процессы познания: нарушение ощущения и восприятия. Мышление, норма и патология, синдромы

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 6 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Краткая аннотация темы Вклад Ибн Сины в психиатрию. Принципы организации больничной и внебольничной психиатрической помощи. Основные показания для стационарного лечения. Динамический учет психически больных. Проблема патронажа. Вопросы поддерживающей терапии. Роль наркологической службы в деле профилактики алкоголизма и наркомании. Ощущения и их расстройства: Гипер и гипестезия, анестезия, парестезия, сенестопатия. Восприятия и их расстройства: иллюзии, галлюцинации, расстройства сенсорного синтеза
Цель занятия:	Изучить основные расстройства сферы ощущения и восприятия
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

2-тема: Память, внимание, интеллект, норма и патология. Эмоционально-волевая сфера и её патология. Сознание, нарушение сознания Синдромы психических расстройств. Классификация психических заболеваний

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 6 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Краткая аннотация темы Основные количественные и качественные нарушения памяти. Гипомнезия. Гипермнезия. амнезия (ретроградная, антероградная, фиксационная, прогрессирующая). Закон Рибо. Парамнезии. Псевдореминисценции. Конфабуляции. Криптомнезии. Корсаковский амнезический синдром. Особенности расстройства памяти при различных заболеваниях. Патологии интеллекта: слабоумие или деменция - как проявление органического поражения головного мозга (лакунарная и тотальная деменция). Своеобразие при различных клинических формах. Психоорганический синдром. Триада Вальтера Бюэлля.
Цель занятия:	Изучить расстройства памяти, интеллекта, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), демонстрация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

3- тема: Понятие личности. Характер. Темперамент. Психопатии. Психогении: неврозы и реактивные психозы. Хронический алкоголизм. Наркомания и токсикомания

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 6 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
<p>План:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть 	<p>Краткая аннотация темы</p> <p>Сознание. Общественное и индивидуальное сознание. Определение, основные характеристики. Уровни сознания. Сознательная, подсознательная и бессознательная деятельность.</p> <p>Исследование психической деятельности в психологии. Патопсихология. Определение задачи. Основы патопсихологического эксперимента. Требования к технике проведения. Основные клинические патопсихологические методики.</p> <p>Использование результатов патопсихологического заключения в лечебно-диагностическом процессе.</p>
Цель занятия:	Изучить расстройства сознания, обосновать предварительный синдромальный диагноз.
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

4- тема: Шизофрения клиника, течение, прогноз. Современные методы лечения шизофрения.
Психология лиц с нервно-психическими заболеваниями

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 6 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Краткая аннотация темы Психопатия, определение. Критерии психопатии П.Б. Ганнушкина. Психотерапия. Определение. История развития и основные направления: рациональная, суггестивная, гипнотерапия, психоанализ, индивидуальная, групповая психотерапия и аутотренинг. Техника основных распространенных методов: рациональная психотерапия и аутотренинг. Показания и противопоказания. Ожидаемые результаты. Заболевания, при которых психотерапия является основным лечебным методом. Личность врача. Профессионализм, эмпатия, способность сохранять дистанцию и экспозицию, оставаться независимым как в материальном, так и в эмоциональном плане, постоянное самосовершенствование, объективность и широта взглядов.
Цель занятия:	Изучить расстройства личности, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

5- тема: Эпилептическая болезнь клиника, изменения личности, лечение Психические нарушения при травме черепа.

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 5 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
<p>План:</p> <ol style="list-style-type: none"> ознакомление с целью и задачами тематики разъяснение тематики с точки зрения современной медицины Презентация тематических слайдов, мультимедии заключительная часть 	<p>Краткая аннотация темы</p> <p>Психические нарушения при интракраниальных инфекциях (первичные и вторичные энцефалиты, менингоэнцефалиты, сифилис мозга, абсцессы мозга и т.д.): 1.неврозоподобная симптоматика - вегето-сосудистые кризы, дизэнцефальные приступы, пароксизмы фобических расстройств, повышенная тревожность, мнительность, ригидность с определенным укладом жизни (не переносят одиночества, постоянно обследуются у врачей и т.д.).</p> <p>2. психотические расстройства: на высоте интоксикации, лихорадки - острые состояния помрачения сознания: делирий, аменция, сумеречное расстройство, реже омейроид; аффективно- бредовые расстройства.</p> <p>В отдаленном периоде после тяжелых поражений головного мозга инфекционного генеза развиваются: психоорганический синдром, психопатизация личности, деменция. Личность больных изменяется, появляются либо черты торпидности, ригидности, либо повышенная эксплозивность, нетерпимость к замечаниям, снижается критика с развитием деменции, личность распадается при прогрессивном параличе до уровня маразма. Сочетанное ведение больных невропатологом и психоневрологом. Социальные меры помощи.</p> <p>Взаимоотношения "врач-больной", "врач - родственники больного</p>
Цель занятия:	Изучить особенности шизофрении, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

6- тема: Психические нарушения у лиц с соматической патологией. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях.

Сенильные и пресенильные психозы

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 5 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
<p>План:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть 	<p>Краткая аннотация темы</p> <p>В старческом возрасте изменение структуры личности идет в плане утрирования личностных черт, доводя их до гротескности. Степень выраженности личностных изменений соотносится с интенсивностью интеллектуально-мнестических расстройств и распадом ядра личности. Низкий уровень адаптационных возможностей формирует у лиц старческого возраста особые шадящий образ жизни среди привычных вещей, отношений и других жизненных стереотипов. Снижение памяти. Рассеянность внимания, чувство собственной несостоятельности, зависимость от окружающих и в исходе - развивающаяся деменция - требуют от окружающих терпения, заботы, постоянного ухода для поддержания достойного уровня качества жизни престарелых людей. Взаимоотношения "врач-больной", "врач - родственники больного старческого возраста".</p>
Цель занятия:	Изучить основные методы лечения, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

1-тема Предмет и задачи психиатрии, наркологии и мед.психологии. Общая психопатология. Процессы познания: нарушение ощущения и восприятия. Мышление, норма и патология, синдромы

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Что изучает предмет мед.психологии? - задачи и направления предмета - перечислите методы психологического исследования 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами, мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3-заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: История развития и направления мед.психологии. 3. Домашнее задание: Память, внимание. Основные свойства. Эмоции, свойства и функции. Эмоциональная реакция, состояние. Отношение.	Слушают Записывают Записывают

По направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больного) можно выделить **общую** и **частную** медицинскую психологию.

Общая медицинская психология изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.
2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.
3. Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.
4. Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.
5. Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.
6. Общую психотерапию.

Частная медицинская психология изучает конкретного больного, а именно:

- 1) особенности психических процессов у психических больных;
- 2) психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;
- 3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);
- 4) психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);
- 5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;
- 6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;
- 7) частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии: в психиатрической клинике – **патопсихология**; в неврологической – **нейропсихология**; в соматической – **психосоматика**.

Патопсихология изучает, по определению Б.В.Зейгарник, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. При этом патопсихология использует психологические методы, оперирует понятиями современной психологии. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических

больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

Психосоматика изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

Из всего объема медицинской психологии в данном пособии основное внимание будет уделено **патопсихологии**. Патопсихологию следует отличать от психопатологии. Последняя 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.

Ощущением называется тот простейший психический процесс, который возникает в результате воздействия на органы чувств вещей или явлений материального мира и заключается в отражении отдельных свойств этих вещей или явлений.

При помощи ощущений мы узнаём свойства окружающих нас вещей: их твёрдость или мягкость, шероховатость или гладкость, их тяжесть, температуру, запах и вкус, цвета этих вещей, звуки, которые они издают. Кроме того, ощущения дают нам сведения об изменениях в нашем собственном теле: мы ощущаем движение и положение отдельных частей нашего тела, нарушения в работе внутренних органов и т.д.

Ощущения – источник всех наших знаний о мире. Они дают материал для других, более сложных, познавательных процессов: восприятий, представлений, воспоминаний, процессов мышления. Человек, слепой от рождения, никогда не сможет представить или вообразить себе ни цветов, ни вообще видимых свойств вещей. «Иначе, как через ощущения, - писал Ленин, - мы ни о каких формах вещества и ни о каких формах движения ничего узнать не можем».

Материальные вещи и процессы, которые оказывают воздействие на органы чувств, называются *раздражителями*, а самый процесс этого воздействия – *раздражением*. Тот процесс, который в результате раздражения возникает в нервной ткани, называется *возбуждением*. Когда возбуждение по центrostремительным нервам приходит в кору больших полушарий, возникает *ощущение*. Таким образом, раздражение – это процесс физический, возбуждение – физиологический, а ощущение – психический процесс.

Весь анатомо-физиологический аппарат, необходимый для получения ощущений, И.П. Павлов предложил называть *анализатором*. Всякий анализатор состоит из трех частей: органа чувств, центrostремительных нервов и соответственных участков мозга. Если разрушается любая из частей анализатора, возникновение соответствующих ощущений становится невозможным. Так, например, зрительные ощущения прекращаются и при повреждении глаз, и при перерезке зрительных нервов, и при разрушении затылочных долей обоих полушарий.

ВИДЫ ОЩУЩЕНИЙ. Все ощущения можно разделить на две группы.

- 1) Ощущения, которые вызываются органами чувств, расположенными на поверхности тела или близко к ней, и отражают свойства вещей, находящихся вне нас.
- 2) Ощущения, которые вызываются органами чувств, расположенными в глубине тканей (например, мышц) или на поверхности внутренних органов (например, в стенках желудка, кишок). Они дают сведения о движениях отдельных частей нашего тела и о состоянии отдельных органов.

К первой группе относятся ощущения зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и кожные.

1. **Зрительные ощущения.** Раздражителем для органа зрения является свет, т.е. электромагнитные волны, имеющие длину от 390 до 800 миллимикрон (миллимикрон – миллионная часть миллиметра).

Всё, что мы видим, имеет какой-либо цвет. Бесцветным может быть только предмет совершенно прозрачный, и, значит, невидимый. Поэтому мы можем сказать, что зрительные ощущения – это ощущения цветов.

Все цвета делятся на две большие группы: *цвета ахроматические* и *цвета хроматические*. К ахроматическим цветам относятся белый, черный и все серые, к хроматическим – все остальные, т.е. красные, желтые, зелёные, синие со всевозможными оттенками.

2. **Слуховые ощущения.** Раздражителем для органа слуха являются звуковые волны, т.е. продольные колебания воздуха с частотой колебаний от 16 до 20000 колебаний в секунду.

Слуховые ощущения разделяются на ощущения *музыкальных звуков* (звуки пения, музыкальных инструментов, камертона) и ощущения *шумов* (всевозможные скрипы, шорохи, стуки, треск, грохот и т.п.). Речь состоит как из музыкальных звуков (главным образом в гласных), так и из шумов (главным образом в согласных). Слуховые ощущения имеют три главных свойства: *громкость, высоту и тембр*.

3. **Обонятельные ощущения.** Органами обоняния являются обонятельные клетки, расположенные в верхней части носовой полости. Раздражителем для органа обоняния служат частицы пахучих веществ, проникающие в нос вместе с воздухом.

4. **Вкусовые ощущения.** Раздражителем для органа вкуса – вкусовых почек – служат растворенные (в воде или слюне) вкусовые вещества.

Вкусовые ощущения имеют четыре различных качества: сладкое, кислое, солёное и горькое. Разнообразие вкусов различных кушаний в значительной мере зависит от присоединения к вкусовым ощущениям обонятельных. Если совершенно исключить обоняние, вкус чая, кофе и хинина в соответствующих растворах становится одинаковым.

5. **Кожные ощущения.** Кожа, а также слизистая оболочка рта и носа могут давать ощущения четырех видов:

а) ощущения прикосновения, или *тактильные ощущения*, б) *ощущения холода*, в) *ощущения тепла* и г) *ощущения боли*. Одни точки кожи дают только тактильные ощущения (точки прикосновения), другие – только ощущения холода (точки

холода), третьи – только ощущения тепла (точки тепла), четвертые – только ощущения боли (точки боли). Легко простым опытом убедиться в существовании точек холода. Для этого нужно кончиком карандаша, слегка прикасаясь к коже, медленно провести по закрытым векам; время от времени будет получаться мгновенное ощущение холода.

Ко второй группе относятся двигательные ощущения, ощущения равновесия и органические ощущения.

1. Двигательные, или кинестетические, ощущения. Органы их находятся в мышцах, сухожилиях и на суставных поверхностях. Двигательные ощущения доставляют сигналы о степени сокращения мышц и о положении наших членов, о том, например, насколько согнута рука в плечевом, локтевом или луче-запястном суставе.

Сочетание кожных и двигательных ощущений, получающихся при ощупывании предметов, т.е. при прикосновении к ним движущейся руки, называется осязанием. Органом осязания является рука со всеми её кожными, мышечными и суставными органами чувств. Рука как орган осязания впервые появляется у обезьян, но полного развития достигает лишь у человека, став у него орудием труда.

Кожные ощущения сами по себе сигнализируют только о факте прикосновения предмета к телу и о месте этого прикосновения. Когда муха садится нам на лоб, мы легко замечаем это, но так же легко можем быть введены в заблуждение и принять за муху прикосновение соломинкой, кисточкой, травинкой или бумажкой. Чтобы точнее определить свойства прикасающегося к коже предмета, его твёрдость, мягкость, шероховатость, гладкость, форму, очертания и т.д., нужно его ощупать. Ощущения твердости и мягкости, например, зависят главным образом от того, какое сопротивление оказывает тело при давлении на него; поэтому нельзя определить степень твердости или мягкости предметов без участия двигательных ощущений.

2. Ощущения равновесия. Органы их находятся во внутреннем ухе и дают сигналы о движении и положении головы. Эти ощущения играют чрезвычайно большую роль в летном деле, поэтому при определении пригодности к работе лётчика всегда испытывается деятельность этих органов.

3. Органические ощущения. Органы их находятся в стенках большинства внутренних органов: пищевода, желудка, кишечника, кровеносных сосудов, лёгких и т.д. К числу органических относятся ощущения, которые мы имеем при голоде, жажде, насыщении, тошноте, внутренних болях и т.п. Пока мы вполне здоровы, сыты, вообще когда работа внутренних органических ощущений; они главным образом дают сигналы о нарушениях в работе внутренних органов.

Если на органы чувств в течение некоторого времени действуют достаточно сильные раздражители, то чувствительность к этим раздражителям постепенно уменьшается. Если же раздражители очень слабы или отсутствуют вовсе, чувствительность увеличивается. Такое *изменение чувствительности, происходящее вследствие приспособления органа чувств к действующим на него раздражителям, называется адаптацией.*

В некоторых видах ощущений адаптация очень сильна, в других – совсем незначительна. *Сильная адаптация наблюдается в тактильных, температурных, обонятельных и зрительных ощущениях, слабая – в слуховых и болевых ощущениях.*

Психология восприятия и образов представления

Восприятие — вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения в восприятии разнородные впечатления интегрируются в дискретные структурные единицы— образы восприятия; познавательная деятельность переживается как факт личной активности, направляемая определенной задачей, а не акт пассивной регистрации впечатлений.

Образы восприятия складываются из внешних и внутренних (прежде всего кинестетических) ощущений. «Вклад» разных видов чувствительности при этом не одинаков. Очевидно, что образы восприятия слепого и зрячего, глухого и слышащего, дальтоника и индивидуума с «нормальной» цветовой чувствительностью различны. Эта относительность не означает, что внешний мир это не более чем субъективное построение. Тот факт, что некто не воспринимает мелодии, еще не говорит о том, что этой мелодии не существует. Как, впрочем, и то, что, правдоподобие обмана восприятия не доказывает реальности кажущегося объекта.

Восприятие — это процесс «создания» образа из «чувственного» материала. Различают следующие его фазы:

— перцепция — первичное выделение комплекса стимулов из массы прочих, как относящихся к одному определенному объекту. Иными словами, это фаза разграничения фигуры и фона;

— апперцепция — сравнение первичного образа с аналогичным или подобным ему, хранящимся в памяти. Если первичный образ идентифицируется как уже известный, это соответствует узнаванию. Если же информация является новой и неоднозначной, идентификация происходит путем выдвижения и проверки гипотез в поисках наиболее правдоподобной либо приемлемой. Объект при этом расценивается как ранее незнакомый;

— категоризация — отнесение образа восприятия к определенному классу объектов. С этой целью объект дополнительно исследуется в поисках типичных признаков данного класса объектов;

— проекция — дополнение образа воспринимаемого объекта деталями, присущими установленному классу, но в силу разных причин оказавшимися «за кадром». Образ восприятия тем самым «доводится» до определенного стандарта.

В образах восприятия отражаются такие качества объектов, для которых не существует специальных рецепторов: форма, размеры, ритм, тяжесть, положение в пространстве, скорость, время. В этом смысле образ восприятия является как бы надчувственным феноменом, промежуточным между чувственным и рациональным познанием.

В психологическом плане восприятие характеризуют:

— константность — стабильность образов предметов в разных условиях восприятия. Например, руки расположены на

разном расстоянии от глаз, но величина их кажется одинаковой;

— целостность — объединение разных впечатлений в связанное единство. Законы целостного восприятия изучены в гештальтпсихологии («психологии образов»);

— объёмность — восприятие в трех измерениях. Это достигается благодаря бинокулярному зрению и бинаурикулярному слуху. На расстоянии свыше 15 м восприятие пространства осуществляется благодаря линейной, воздушной перспективе, эффектам параллакса и интерпозиции;

— объективизация образов восприятия — связана с состоянием сознания и поисковой исследовательской активностью. Важное значение имеет здесь ранний сенсорный опыт.

В восприятии выражается активность сознания, внимания, памяти, других психических структур. Это важно учесть для анализа и оценки расстройств восприятия. В последних, относимых по традиции к сенсорным нарушениям, обнаруживаются разнообразные нарушения всех психических функций, а также личности в целом.

К моменту рождения ребёнок имеет эффективно работающие органы чувств. К году острота зрения младенца достигает уровня взрослых. Лучше всего он воспринимает объекты на расстоянии 19 см от своего лица.

Возможно потому, чтобы видеть лицо матери во время кормления. С четвертого дня младенец проявляет врожденное предпочтение к восприятию человеческого лица. К двум месяцам узнаёт лицо матери, а в четыре месяца различает синий, красный, желтый и зелёный цвета. Восприятие глубины пространства формируется уже к двум месяцам. В раннем младенчестве внимание привлекается также движущимися объектами, криволинейностью, контрастами. С первых часов после рождения дети способны различать звуки разной интенсивности, узнавать голос матери. Они различают также запахи. Вкусовые восприятия развиваются позднее. Категориальность восприятия формируется к концу первого года, а константным оно становится к 12—13 годам.

Существует гипотеза, согласно которой восприятие развивается на основе врождённых «когнитивных схем». Последние позволяют ребенку выделять наиболее важные впечатления и структурировать их определенным образом.

Необходимыми условиями развития восприятия являются:

— активное движение. Наблюдения показали, что ограничение свободного движения нарушает развитие пространственного восприятия;

— обратная связь. Необходима для коррекции ошибок восприятия;

— поддержание оптимального количества поступающей сенсорной информации. «Сенсорный «голод» препятствует развитию восприятия, а в условиях эксперимента приводит к психотическим расстройствам;

— структурирование внешних впечатлений. Монотонность последних (пустыни, снежные равнины и др.) не способствует формированию перцептивных схем, а у взрослых является одной из причин появления миражей.

Образ представления — наиболее сложный вид образной памяти (Лурия, 1975). Когда мы говорим, что имеем представление о дереве, лимоне, или собаке, это значит, что предыдущий опыт восприятия и практической деятельности с этими объектами оставил в нас их следы.

Образы представления напоминают наглядные образы, отличаясь от последних меньшей детализацией, яркостью и четкостью, но не только этим. Образ представления отражает итоги интеллектуальной переработки впечатления о предмете, выделяет в нем наиболее существенные признаки. Так, мы представляем не какое-то определенное дерево, но имеем дело с обобщенным образом, в который может войти наглядный образ и березы, и сосны, и другого дерева. Размытость и бледность образа представления свидетельствует о его обобщенности, потенциальном богатстве стоящих за ним связей, является признаком того, что он может быть включен в любые отношения.

Образ представления — это не простое воспоминание. Он не хранится в памяти в неизменном виде, но постоянно преобразуется, в нем выделяются, подчеркиваются наиболее актуальные признаки, стираются индивидуальные особенности. Образы представления имеют субъективный характер, они не проецируются вовне. Они возникают в сознании опосредованно, сближаясь тем самым с образным мышлением. Ассоциации образов могут выходить за рамки обыденных впечатлений, благодаря воображению становятся доступными творчеству.

Наблюдаются следующие виды патологии восприятия и образов представления: нарушение константности восприятия, расщепление восприятия, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды, явления эйдетизма, нарушения сенсорного синтеза.

Проснувшись утром человек подходит к окну и видит, крыши дома мокрые. «Значит, ночью был дождь», — думает он.

Этот случай дает нам типичный пример мыслительного процесса. Человек *непосредственно* не воспринимал дождь. Он узнал о нём косвенно путём, через посредством других факторов, т.е. *опосредственно*. Первый признак мышления и заключается в том, что оно есть процесс *опосредственного* познания вещей и явлений действительности.

Возможность такого *опосредственного* познания основано прежде всего на осознании связей и отношений между вещами и явлениями. О том что ночью шёл дождь, человек мог заключить только потому, что ему известна причинная связь между дождём и влажностью крыш.

Второй, не менее важный признак мышления заключается в том, что оно представляет собой обобщённое познание действительности.

Недостаточно заметить, что однажды дождь вызвал влажность крыш. Из этого ещё никакого вывода сделать нельзя. Нужно прийти к общему положению: после всякого дождя достаточной силы крыши бывают мокрые. Чтобы человек обобщил результаты своих наблюдений. Мало заметить связь между двумя фактами; необходимо осознать, что эта связь имеет общий характер, что она определяется общими свойствами вещей. В данном случае причинная связь между дождем и влажностью крыш определяется не частыми особенностями какого-нибудь отдельного дождя, а свойствами, общими всякому дождю достаточной силы.

Во всяком процессе мышления мы имеем дело с отражением *общих свойств вещей, т.е. свойств, относящихся к целой группе сходных предметов или явлений.*

Мышление дает человеку возможность знать то, чего он непосредственно не наблюдает. Мало того, оно дает возможность предвидеть ход событий и результаты собственных действий.

Познание начинается с ощущений и восприятий. Но воспринимаем всегда единичные факты, лишь на основе обобщения их, т.е. обобщая результаты прошлых наблюдений мы выявляем общее.

Итак, мышление – это процесс отражения общих свойств вещей и нахождение закономерных связей и отношений между ними. Другими словами Мышление – это процесс обобщённого и опосредственного познания действительности.

Мышление протекает в трёх формах. Эти формы – **понятие, суждение и умозаключение.**

Понятие - это форма мышления, в которой отражаются общие и притом существенные свойства предметов и явлений.

Например в геометрическом понятии «треугольник» отражаются свойства, общие всем треугольникам и притом существенные с геометрической точки зрения. Такие признаки, как цвет бумаги, на которой изображен треугольник или толщина линий, несущественны с геометрической точки зрения.

В понятиях кристаллируются наши знания о предметах и явлениях действительности (Б.М.Теплов).

Понятие отличается от представлений своим более обобщенным и отвлеченным, не наглядным характером. Представление - образ предмета, а понятие – мысль о предмете.

В основе образования понятий лежит процесс обобщения, т.е.мысленного объединения предметов и явлений действительности, имеющих те или другие общие свойства.

В качестве существенных признаков предмета выделяются те признаки, от которых зависит, «что с этим предметом можно делать».

Процесс обобщения охватывает целые группы сходных объектов и может идти двумя различными путями. Первый путь ведет к типическому образу, при котором можно говорить о воображении, а второй путь – к понятию.

Типический образ сохраняет всю все индивидуальные черты и признаки отдельного объекта, а обобщение выражается в том, что среди этих черт выдвигаются на первый план, выделяются те, которые характеризуют эту группу. Иначе обстоит дело в понятии. Чтобы овладеть каким либо понятием, мы отвлекаемся от случайных признаков и свойств отдельных объектов и сохраняем только свойства, существенные для данной группы в целом. *Этот процесс отвлечения от несущественных признаков и мысленного выделения одних лишь существенных особенностей данной группы объектов называется абстракцией.* В результате обобщения, которое осуществляется с помощью абстракции, мы получаем уже не образ, а отвлечённую мысль.

СУЖДЕНИЕ И УМОЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше мышление отражает связи и отношения между отдельными свойствами предметов или между отдельными предметами и явлениями. Это отражение осуществляется в форме суждений.

Суждение – это акт мысли, содержащий в себе утверждение или отрицание чего-либо о чём-либо. В речи суждение выражается в форме предложений. В состав суждения всегда входят понятия, образующие значение слов, которыми выражено суждение. Суждения возможны в случаях если человек владеет соответствующим понятием. Владеть понятием – это значит иметь возможность высказывать правильные и содержательные суждения о нём, «уметь судить о нём».

Умозаключением называется процесс мышления, в котором из одного или нескольких суждений выводится новое суждение. Любое рассуждение, в котором мы приходим к определённому выводу, может сужить примером умозаключения.

Посредством умозаключения мы даем обоснование или доказательство истинности суждения. То суждение, которое выводится в результате умозаключения, называется заключением, а те суждения, из которых делается вывод, называются посылками.

АНАЛИЗ И СИНТЕЗ

Анализ и синтез являются важными процессами в мыслительной деятельности.

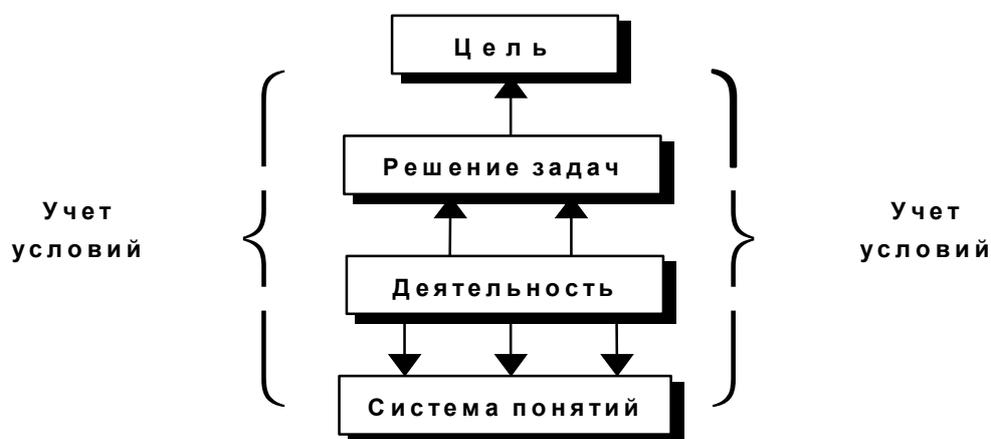
Анализ – это мысленное расчленение предмета или явления, выделение отдельных его частей, признаков, свойств; синтез – это мысленное соединение отдельных элементов, частей, признаков в некоторое целое. Анализ лежит в основе абстракции, сущность которой заключается в выделении отдельных свойств предметов и в отвлечении от остальных. Синтез лежит в основе обобщения, сущность которого составляет мысленное объединение предметов и явлений.

В течении мыслительных процессов огромное значение также имеет такая операция как сравнение, которое устанавливает сходство и различие между предметами и явлениями.

"Мышление – это деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых эта задача осуществляется"¹.

Схематично это можно представить так:

¹ Зейгарник Б. В. Патология мышления. – М., 1962.



На основе этой схемы можно рассмотреть нарушения операциональной стороны мышления, которые проявляются в актуализации случайных, слабых или конкретно-ситуационных связей. В то же время неучет испытуемым условий и содержания инструкций к тестам может свидетельствовать о нарушениях мотивационной сферы (нецеленаправленность ассоциаций, разноплановость суждений, снижение критичности, резонерство).

Виды патологии мышления

Выделяется три вида патологии мышления:

1. Нарушение операциональной стороны мышления.
2. Нарушение динамики мышления.
3. Нарушение личностного компонента мышления.

Нарушение операциональной стороны мышления

К основным мыслительным операциям относятся обобщение, отвлечение (абстрагирование), анализ, синтез.

Обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Существует несколько уровней процесса обобщения:

- ◆ категориальный – отношение к классу на основании главных, существенных признаков;
- ◆ функциональный – отношение к классу на основании функциональных признаков;
- ◆ конкретный – отношение к классу на основании конкретных признаков;
- ◆ нулевой (нет операции) – перечисление предметов либо их функций без попытки обобщить.

При всем многообразии нарушения операциональной стороны мышления можно свести к двум крайним вариантам:

- 1) снижение уровня обобщения;
- 2) искажение процесса обобщения.

При снижении уровня обобщения в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Вместо выделения обобщенных признаков больные используют конкретно-ситуационные сочетания, у них отмечаются трудности абстрагирования от конкретных деталей (например, общее между диваном и книгой в том, что *"на диване можно читать"*). Подобные нарушения могут быть в легкой, умеренно выраженной и выраженной степенях. Эти нарушения встречаются при олигофрении, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга другого генеза с деменцией.

Однако говорить о снижении уровня обобщения можно в том случае, если этот уровень был у человека ранее, а затем снизился, что и происходит с больными эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. У больных же олигофренией отмечается недоразвитие понятийного, абстрактного мышления, а именно процессов обобщения и отвлечения.

При искажении процесса обобщения больные руководствуются чрезмерно обобщенными признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Отмечается преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задачи. Эти больные устанавливают чисто формальные, словесные связи, реальное же различие и сходство не служит для них контролем и проверкой их суждений. Например, сходство между ботинком и карандашом для них в том, что *"они оставляют следы"*. Подобные нарушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Методики мышления для исследования операциональной стороны

Для исследования операциональной стороны мышления используются следующие методики:

1. **Классификация.** Методика представляет собой набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ. Изображения могут быть заменены надписями (словесная классификация). Испытуемый

раскладывает предметы на группы так, чтобы предметы, находящиеся в одной группе, имели общие свойства (одежда, мебель, животные, измерительные приборы, люди). Затем испытуемый укрупняет группы. Способность выделить две или три группы на последнем этапе свидетельствует о высоком уровне обобщения.

2. **Исключение.** Также существует два варианта этой методики: словесный и предметный. Последний представляет из себя набор карточек с изображением четырех предметов, три из которых имеют между собой общее и их можно объединить в одну группу, а один из них существенно отличается, он должен быть исключен. Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация "слабых", чрезмерно обобщенных признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения.

3. **Образование аналогий.** В методике "Простые аналогии" представлены пары слов (образцы), между которыми существуют определенные смысловые отношения. Испытуемому следует выделить пару слов по аналогии. Помимо словесного варианта можно использовать невербальный – таблицы Равена. Лицам со средним и высшим образованием можно предложить методику "сложные аналогии".

4. **Сравнение и определение понятий.** Для определения понятий нужно проанализировать множество признаков предмета или явления и выделить наиболее точное определение, то, в котором отмечается родовое и видовое различие. При сравнении предметов испытуемый использует анализ и синтез для разделения существенных признаков на общие для нескольких объектов и на различающие их. В качестве стимульного материала используются однородные понятия (танк-трактор, человек-животное) и разнородные (телега – ложка, ботинок – карандаш). Последние используются для диагностики искажения процессов обобщения.

5. **Понимание переносного смысла пословиц и метафор.** Можно просто предлагать испытуемому распространенные пословицы и метафоры для объяснения их переносного смысла. Есть вариант этой методики, когда для данной пословицы нужно найти соответствующую ей по значению фразу или другую пословицу. Этот вариант помогает тем испытуемым, которые понимают значение переносного смысла, но затрудняются вербализовать понимаемое. Еще одна модификация: серию табличек, на которых написаны пословицы или метафоры, соотнести по смыслу с фразами, которых по количеству гораздо больше пословиц. Последняя модификация чаще используется для выявления нарушений мышления по шизофреническому типу, а также при трудностях вербализации понимаемого переносного смысла, когда фраза облегчает объяснение.

6. **Пиктограммы.** Испытуемому предлагают нарисовать несложный рисунок для запоминания названных ему 15 слов и словосочетаний. Среди них обязательно должны быть эмоционально окрашенные, абстрактные и конкретные. После выполнения задания анализируется характер смысловых связей между стимульным словом и рисунком. Смысловые связи могут быть содержательные или слабые. Способность выполнять пиктограмму свидетельствует о доступности для испытуемого обобщенной символизации слова и др.

Существует множество других методик для исследования операциональной стороны мышления, описанных в литературе, но перечисленные выше методики являются основными для исследования патологии мышления.



2-тема: Память, внимание, интеллект, норма и патология. Эмоционально-волевая сфера и её патология. Сознание, нарушение сознания Синдромы психических расстройств. Классификация психических заболеваний

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Какие процессы составляют память? - перечислите основные свойства и виды памяти - методы исследования памяти и эмоции 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3-заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Врач, сестра, больной. Понятие о деонтологии. Ятрогения. Этика врача. 3. Домашнее задание: Сознание. Уровни сознания. Общественное и индивидуальное сознание. Патопсихологическое исследование психической деятельности.	Слушают Записывают Записывают

Изучая восприятие, мы много раз отмечали роль прошлого опыта. Она выражается, во-первых, в узнавании, которое, как мы знаем, имеется во всяком осмысленном восприятии, а во-вторых, в воспроизведении представлений, всегда присоединяющихся к ощущениям в процессе восприятия.

Это отражение прошлого опыта, проявляющееся в узнавании и воспроизведении, называется памятью

Узнавание – это то проявление памяти, которое обычно связано с восприятием. Что же касается воспроизведения, то оно может происходить и вне процесса восприятия. Я закрываю глаза и воспроизвожу представление знакомого лица. Я могу сказать наизусть стихотворение; пианист может сыграть наизусть знакомую ему пьесу. Я могу кратко рассказать содержание предшествующей главы этого учебника. Всё это разные случаи воспроизведения.

Необходимым условием узнавания и воспроизведения является *запоминание* и последующее *сохранение* того, что я воспринял, думал, чувствовал или делал. Если я узнаю на улице знакомого человека, значит я запомнил его лицо и оно сохранилось у меня в памяти. Если я могу сказать наизусть стихотворение, значит я запомнил его дословно. Если я могу рассказать главу из учебника, значит я запомнил её содержание.

Запоминание, сохранение, воспроизведение и узнавание – это основные процессы памяти. Запоминание является условием или предпосылкой сохранения в памяти, а воспроизведение и узнавание – результатом или обнаружением того, что данный объект сохранился в памяти.

Итак, память заключается в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении или узнавании того, что мы раньше воспринимали, переживали или делали.

АССОЦИАЦИИ И СМЫСЛОВЫЕ СВЯЗИ

Запоминая какие-либо представления, мысли, слова, чувства, движения, мы всегда запоминаяем их в определенной связи друг с другом. Без установления тех или других связей невозможно ни запоминание, ни узнавание, ни воспроизведение.

В самом деле. Что значит запомнить какое-нибудь стихотворение? Это значит ряд слов в определённой связи, в определенной последовательности. Когда человек учит наизусть стихотворение Лермонтова «На смерть поэта», он старается запомнить вовсе не отдельные слова сами по себе: «погиб», «поэт», «невольник» и т.д., - эти слова он знает и без того; он старается запомнить последовательность этих слов, стремится образовать между ними такую связь, чтобы слова «погиб поэт» вызвали в сознании следующие за ними слова «невольник чести».

Что значит запомнить какое-нибудь иностранное слово, например французское слово «la table»? Это значит установить прочную связь между этим словом и тем предметом, который оно обозначает, или русским словом «стол». Если я знаю

слово «la table», то, слыша его или видя его напечатанным, я думаю о столе, и наоборот: при виде стола или русского слова «стол» у меня в сознании появляется французское слово «la table».

Что значит, наконец, когда кто-нибудь говорит: «Я прекрасно запомнил лицо такого-то человека и всегда могу его узнать»? Это значит, что образовалась прочная связь между лицом этого человека и его именем (или другими признаками, характеризующими его), так что при виде этого человека вспоминается его имя.

Таким образом, *в основе деятельности памяти всегда лежат те или другие связи*. Запоминание есть связывание. Запомнить какой-нибудь объект – значит связать его с какими-либо другими объектами.

Связи эти бывают двух родов: внешние связи, или ассоциации, и внутренние, или смысловые, связи.

Если какие-нибудь объекты воспринимаются, представляются или мыслятся одновременно или непосредственно друг за другом, то между ними образуется связь и впоследствии восприятие или представление одного из них может вызвать в сознании и другие. Эта закономерность называется законом ассоциации.

Образование ассоциаций определяется не содержанием тех объектов, между которыми они образуются, не смыслом их, а только тем фактом, что они находились в сознании одновременно или непосредственно друг за другом. Ассоциация – это связь не по смыслу, а, как говорят, « по смежности». Поэтому ассоциации можно назвать внешними связями.

Мой знакомый, по фамилии Григорьев, сообщает мне номер своего телефона: 3- 72 -15. Совершенно очевидно, что никакого смысла в этой последовательности цифр нет и что нельзя найти осмысленные связи между моим знакомым и данным номером. Чтобы запомнить этот телефонный номер, я должен несколько раз повторить мысленно: «Телефон Григорьева 3-72-15», с тем чтобы у меня образовались соответствующие ассоциации.

От ассоциаций надо отличать *внутренние, или смысловые, связи*. Это такие связи в основе которых лежит *осознание* нами того, что соответствующие объекты связаны друг с другом по существу, по содержанию. Если я осознаю, что одно событие явилось причиной другого, то они объединяются между собой в моей памяти смысловой связью. Если я знаю, что два признака являются симптомами одной болезни (например, боль в горле и сыпь – симптомы скарлатины), то между ними может образоваться смысловая связь.

Смысловые связи являются главной опорой для нашей памяти; их мы запоминаем лучше всего. В этом заключается одна из важнейших закономерностей памяти.

МЕХАНИЧЕСКАЯ И СМЫСЛОВАЯ ПАМЯТЬ

Если запоминание и воспроизведение основываются главным образом на *ассоциациях*, то говорят о *механической памяти*; если же в основе их лежат главным образом *смысловые связи*, говорят о *смысловой памяти*.

Основное условие механического запоминания – повторение; чем больше число повторений, тем крепче ассоциации. Основное условие смыслового запоминания – понимание; чем лучше я понял какой-нибудь текст, тем больше, значит, я осознал в нем смысловых связей.

И механическая и смысловая память имеют огромное значение в психической жизни человека. При рассказах о случайно замеченных и непроизвольно запомнившихся событиях – на первый план выступает смысловая память, а механическая не играет почти никакой роли. В других случаях, например при запоминании номера телефона, номера дома, квартиры и т.п., основная роль принадлежит механической памяти, а смысловая отступает на задний план. Но в большинстве тех случаев, когда перед нашей памятью стоят ответственные и более или менее трудные задачи, она должна опираться и на смысловые связи и на ассоциации. Особенно ярко это сказывается в учебной работе.

Возьмем в качестве примера заучивание наизусть стихотворения. Совершенно очевидно, что одними смысловыми связями обойтись при этом нельзя. Чисто смысловая память дала бы возможность воспроизвести содержание стихотворения, его основные мысли и образы, но не обеспечила бы знания его наизусть. Последние требуют прочных ассоциаций между словами стихотворений, требуют того, чтобы каждое слово в стихотворении немедленно вызывало в сознании следующее слово и чтобы это происходило «само собой», без всяких размышлений, соображений и обдумывания.

Но, с другой стороны, было бы очень неразумно пытаться заучить стихотворение с помощью одной лишь механической памяти. Специальные опыты показали, что стихотворение заучивается гораздо скорее и запоминается гораздо прочнее, чем одинаково длинный ряд бессмысленных слов: если для заучивания стихотворения, состоящего из 80 слов, требуется 8 повторений, то для заучивания 80 бессмысленных слогов – около 80 повторений, т.е. в 10 раз больше. В чем причина этого различия? В том, что заучивание бессмысленных слогов осуществляется с помощью одной лишь механической памяти, тогда как при заучивании стихотворения большую роль играет также и смысловая память. И чем больше участие этой последней, тем легче выучиваются стихотворение и тем прочнее оно удерживается в памяти.

Запоминание собственных имен и всякого рода числовых данных является прежде всего делом механической памяти. Но и здесь следует стараться всякий раз, когда это возможно, привлекать на помощь смысловые связи.

ЗАПОМИНАНИЕ

Запоминание может быть *непроизвольным и произвольным*.

При *непроизвольном* запоминании мы не ставим себе специальной цели запомнить и не производим для этого никаких усилий. Запоминание происходит независимо от нашего намерения, как бы « само собой». Так запоминается главным образом то, что нас живо интересует или вызывает в нас сильное и глубокое чувство. «Я никогда этого не забуду», - говорим мы по поводу какого-нибудь события, произведшего на нас исключительно большое впечатление.

Значительная часть ярких жизненных воспоминаний, имеющих у каждого человека, является результатом непроизвольного запоминания. Такие воспоминания могут быть очень прочными; некоторые непроизвольно запечатлевшиеся воспоминания детства сохраняются в течение всей жизни.

Но как бы ни были ярки и прочны такие воспоминания, они все же имеют эпизодический и случайный характер. Они не могут образовать систематических знаний в какой бы то ни было области. Всякая деятельность требует, чтобы человек запомнил множество таких вещей, которые сами собой не запоминаются. Необходимо *произвольное, преднамеренное, сознательное* запоминание. Если произвольное запоминание имеет характер специально организованной работы, связанной с применением определенных приемов для наилучшего усвоения знаний, оно называется *заучиванием*.

Сейчас мы должны познакомиться с теми условиями, от которых зависит успешность заучивания, с теми приемами, которыми мы пользуемся, чтобы добиться возможно лучшего запоминания.

Первое условие успешности заучивания – *установка на запоминание*: надо *ставить перед собой задачу запомнить* и этой задаче подчинять всю организацию работы. Доказано разнообразными опытами, что, если человек не ставит себе цели запомнить, он может много раз прочесть какой-нибудь текст, не удержав почти ничего в памяти. Но как только он узнает, что «надо запомнить», он более или менее быстро выучивает этот текст.

Доказано также, что *прочность запоминания зависит от того, ставит ли себе человек задачу запомнить надолго или запомнить на короткий срок*. В одном исследовании учащимся предложили заучить два одинаковых по трудности отрывка и при этом сказали, что первый отрывок надо будет ответить на следующий день, а второй через неделю. На самом деле проверку знания обоих отрывков произвели через две недели. Оказалось, что второй отрывок учащиеся воспроизвели значительно лучше; сознание, что его надо запомнить на более долгий срок, обеспечило более прочное запоминание.

Если человек ставит себе цель запомнить что-нибудь «до завтра», прочность запоминания будет совсем другой, чем в том случае, когда он стремится запомнить «навсегда».

Другое важнейшее условие успешности запоминания – *активное отношение* к процессу заучивания, которое невозможно без *напряженного внимания*. Для запоминания полезнее два раза прочесть текст с полным сосредоточением внимания, чем десять раз перечитывать его невнимательно. Именно поэтому попытки заучить что-нибудь в состоянии сильного утомления, когда не удается как следует сосредоточить внимание, являются напрасной тратой времени.

Самый плохой и неэкономный способ заучивания – механически перечитывать текст, который надо заучить, в ожидании, пока он сам запомнится. В противоположность этому разумное и экономное заучивание является *активной работой над текстом*, при которой используется целый ряд приемов, ведущих к лучшему запоминанию.

Первым этапом этой работы является *изучение текста* с целью возможно лучше понять его и найти в нем возможно больше опор для смысловой памяти. Для этого надо подвергнуть текст специальной обработке: мысленно разбить его на «смысловые куски» и в каждом таком куске найти «смысловые опорные точки» или «вехи», т.е. отдельные слова, предложения, образы, которые выражают «суть» данного куска, являются как бы его заголовками. Далее нужно установить связи между этими кусками, осознать, почему они располагаются именно в таком, а не в каком-нибудь другом порядке. Результат этой мысленной обработки текста полезно бывает оформить письменно, в виде плана или конспекта.

Очень важно, чтобы план этот и с внешней стороны был максимально четким, ясным и упорядоченным и даже при беглом взгляде на него давал отчетливую схему содержания. Хаотический и беспорядочный вид плана может внести хаос и беспорядок в запоминаемый материал, а это самое вредное для работы памяти.

Результатом такой обработки текста должно быть не только составление (мысленно или на бумаге) плана его, но и *выделение* в нем *наиболее существенного*, того, что надо запомнить в первую очередь; остальное должно временно отодвигаться на задний план и заучиваться лишь после того, как прочно усвоен основной смысловой каркас текста.

Таким образом, первый этап заучивания – не простое чтение текста, а специальная обработка его. Этим объясняется, что огромное большинство людей лучше запоминают, когда имеют возможность сами читать текст, чем когда слушают чужое чтение: при слушании невозможно производить эту обработку, и человек вынужден ограничиваться пассивным восприятием.

Когда произведено изучение текста, надо переходить ко второму этапу, который должен состоять в *попытках воспроизводить текст, чередующихся с повторными чтениями* этого текста. Учим ли мы наизусть стихотворение, или перед нами стоит задача, не требующая дословного запоминания (как бывает обычно при работе с учебниками), всё равно *надо как можно раньше начинать попытки воспроизводить текст*. Непроизводительный способ заучивания – ограничиваться только чтением до тех пор, пока не возникнет уверенность в том, что текст выучен.

После каждой попытки воспроизведения нужно сейчас же обращаться к тексту и снова перечитывать его, устанавливая, удалось воспроизвести правильно. Такое перечитывание, преследующие цели активного самоконтроля, сильно отличается от простого повторного чтения, не связанного с попытками воспроизведения.

После того как материал выучен, т.е. когда удастся правильно и полно воспроизвести его, начинается *третий этап* – *закрепление путем повторений*.

Исследования памяти показывают, что *запоминание осуществляется скорее и бывает более прочным, когда повторения не следуют друг за другом непосредственно, а разделяются более или менее значительными промежутками времени*. В одном из исследований оказалось, например, что для выучивания стихотворения потребовалось 16 повторений, если все эти повторения следовали непосредственно одно за другим в один прием, и всего лишь 8 повторений, когда делалось по два повторения в день.

Эту закономерность можно сформулировать так: *распределение повторений во времени повышает эффективность запоминания*.

Отсюда следует, что с точки зрения легкости и прочности заучивания очень невыгодна спешная подготовка к экзаменам или выучивание уроков «в последнюю минуту», так как в этих случаях никакое распределение повторений невозможно.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ

Воспроизведение, так же как и запоминание, бывает *непроизвольным и произвольным*.

При непроизвольном воспроизведении те или другие представления, мысли, слова вспоминаются сами собой, без всякого сознательного намерения с нашей стороны.

Причиной непроизвольного воспроизведения могут быть *ассоциации*. Встретив в газете название малоизвестного города, я неожиданно для себя вспоминаю одного своего знакомого. Дело в том, что знакомый этот проживал одно время в данном городе, и название последнего тесно связалось для меня с именем этого знакомого.

Нередко причиной непроизвольного воспоминания о каком-нибудь предмете является его внешнее или внутреннее сходство с тем, что мы в данный момент воспринимаем. В таких случаях говорят о воспроизведении на основе *связей по сходству*. Случайная встреча на улице с незнакомым человеком заставляет меня вспомнить о старом товарище, которого я не вспоминал уже много лет; причиной этого является бросившееся мне в глаза сходство между этим товарищем и встретившимся человеком.

Яркий пример воспоминания на основе *внутреннего сходства* дает начало «Хаджи Мурата»: изображение сломанного куста репейника, называемого «татаринном», который по внутреннему сходству (огромная сила жизни, энергия, упорство) напомнил Толстому знаменитого в своё время вождя горцев. Этот образ не является только художественным приёмом. В дневнике Толстого имеется запись, говорящая о том, что именно так зародилась у него мысль написать повесть о Хаджи Мурате. 18 июля 1896 года, проходя по полю, он, действительно, увидел сломанный куст «татарина». «Напомнил Хаджи Мурата, - записывает Толстой в дневнике, - хочется написать. Отстаивает свою жизнь до последнего и один среди всего поля, хотя как-нибудь, да отстоял её».

Особый случай непроизвольного воспроизведения – появление в сознании *персеверирующих образов*. Так называются те навязчивые образы, которые с чрезвычайной живостью всплывают в сознании после длительного восприятия однородных впечатлений или после восприятия, хотя и краткого, но оказавшего сильное эмоциональное действие. Всякий человек, ходивший когда-либо за грибами, знает, что когда ложишься спать после нескольких часов собирания грибов, то, как только закроешь глаза, представляешь себе с необыкновенной живостью лесную траву, сухие листья, гриб, высывающийся из-под листьев, и т.д.

В отличие от всех этих случаев, при *произвольном воспроизведении* мы вспоминаем что-либо в результате сознательного намерения.

Иногда такое воспроизведение осуществляется совершенно легко и не требует с нашей стороны никаких усилий. Чтение наизусть хорошо известного стихотворения или рассказа о только что наблюдавшемся нами происшествии – примеры произвольного воспроизведения, осуществляющегося без всяких усилий. В других случаях воспроизведение связано с большими или меньшими затруднениями. Нам не удастся сразу назвать нужную фамилию, вспомнить хронологическую дату или произнести «высочившую из памяти» строчку стихотворения. Мы должны *припомнить* их.

Припоминанием называется сознательное воспроизведение, связанное с преодолением известных затруднений и требующее усилий и старания.

Было бы ошибкой думать, что трудность представляет только запоминание, а припоминание однажды выученного осуществляется само собой. Это совсем не так. Уметь припоминать едва ли многим легче, чем уметь запоминать. И оба эти умения одинаково важны. Какую пользу извлечёт человек из богатого запаса знаний, если он не умеет в нужную минуту припомнить того немногого из этого запаса знаний, что в данный момент требуется?

Припоминая, мы пользуемся очень разнообразными приёмами. Укажем на некоторые из них.

Большую пользу в процессе припоминания оказывает намеренное использование *ассоциаций*: мы воспроизводим разного рода обстоятельства, непосредственно связанные с тем, что надо припомнить, в расчёте на то, что они по ассоциации вызовут в сознании забытое. Припоминая, куда мы положили пропавший ключ, мы стараемся возможно отчётливее представить себе, где мы стояли и что делали в тот момент, когда, по нашим предположениям, в последний раз держали его в руках. Припоминая имя и отчество писателя, стараемся представить себе обложку книги с его инициалами. Урок в школе, на котором говорилось о нем, и т.д.

Другой приём припоминания опирается на *узнавание*. Стараясь, например, припомнить забытое отчество человека, мы быстро произносим его имя в соединении с различными отчествами – «Петр Александрович», «Петр Алексеевич», «Петр Андреевич», «Петр Антонович», рассчитывая на то, что, попав случайно на правильное отчество, мы сразу узнаем его, испытав «чувство знакомости».

ВИДЫ И ТИПЫ ПАМЯТИ

Чтобы охарактеризовать память какого-нибудь человека, недостаточно сказать, что она плохая или хорошая. Всякому известно, что память может быть хорошей по отношению к одним объектам и плохой по отношению к другим. Некоторые лица имеют прекрасную память на числа, но всю жизнь страдают от плохой памяти на лица. Другие, обладая хорошей памятью на лица, испытывают постоянные затруднения с припоминанием имен и фамилий. Третьи с чрезвычайной лёгкостью запоминают стихи, но должны тратить массу усилий для запоминания математических формул.

Принимая во внимание, что именно запоминается и воспроизводится, говорят о разных *видах памяти*. Одним из видов памяти можно, например, назвать *двигательную память*, выражающуюся в запоминании двигательных навыков (катанье на коньках, езда на велосипеде, плаванье и т.д.). Другим примером может служить *слуховая память*, выражающаяся в воспроизведении слуховых представлений; она имеет важнейшее значение при занятиях музыкой; немалую роль играет она при изучении иностранных языков.

У всякого нормального человека имеются, конечно, все виды памяти, но роль их обычно бывает различной. Если у человека двигательная память особенно высоко развита и преобладает над всеми другими видами. То мы говорим, что память этого человека принадлежит к *двигательному типу*. Если главную роль играет у него слуховая память, то мы относим его память к *слуховому типу*.

Таким образом, *видами памяти* мы называем отдельные стороны или проявления памяти, имеющиеся - хотя и в разной степени у каждого человека. О *типах же памяти* мы говорим, имея в виду индивидуальные особенности памяти людей, зависящие от преобладания определенных видов.

Мы не будем давать полного перечня всех возможных видов и типов памяти, а ограничимся рассмотрением некоторых наиболее важных.

а) Образная и словесно-логическая память

Некоторые люди склонны запоминать главным образом наглядные образы предметов и событий (*образная память*), другие же запоминают по преимуществу мысли, выраженные в словах (*словесно-логическая память*). Вспоминая содержание прочитанной книги, люди первого типа мысленно видят перед собой действующих лиц, картины природы, отдельные сцены рассказа, люди же второго типа прежде всего вспоминают основные мысли книги, внутреннюю связь событий, наиболее интересные словесные формулировки.

Образная память теснейшим образом связана с воображением, тогда как словесно-логическая память – с мышлением. Самых ярких представителей образного типа памяти можно найти среди деятелей искусства: художников, писателей, актеров, тогда как словесно-логическую память чаще можно встретить среди учёных, мыслителей, философов.

б) Зрительная, слуховая и двигательная память

При запоминании и воспроизведении одного и того же материала одни люди опираются главным образом на зрительные представления (*зрительная память*), другие – на слуховые представления (*слуховая память*), третьи – на движения (*двигательная память*).

Эти различия сказываются при запоминании самого различного материала. Желая запомнить номер телефона, человек зрительного типа старается представить его себе написанным или напечатанным, человек слухового типа произносит его вслух и старается представить себе, «как он звучит», человек двигательного типа произносит его, безразлично вслух или про себя (запоминание речевых движения), или пишет его на бумажке, или хотя бы в воздухе (запоминание движения письма).

Представитель чистых типов встречаются не часто. Очень многие люди пользуются по преимуществу двумя из указанных видов памяти, например слуховым и двигательным (слухо-двигательный тип), другие – всеми тремя в равной степени (смешанный тип).

в) Эмоциональная память

Эмоциональная память выражается в запоминании и воспроизведении чувств.

Вспоминая прошлые события нашей жизни, мы не только воспроизводим зрительные образы людей и обстановки, слова, произносившиеся нашими собеседниками, мысли, вызванные в нас этими словами; иногда при таких воспоминаниях в нас оживают и пережитые раньше чувства. Встреча с человеком, который сам по себе безразличен для нас, но с которым связано воспоминание об очень радостном событии нашей жизни, может окрасить весь день в радостное настроение. Мы можем бледнеть при одном воспоминании о давно пережитом страхе или краснеть при простом упоминании о поступке, который в своё время вызвал острое чувство стыда.

Хаджи Мурат, бесстрашный воин, герой, знаменитый своими подвигами, один раз в жизни испугался и бежал от грозившей ему смертельной опасности. Рассказывая историю своей жизни и дойдя до этого эпизода, он перед тем, как произнести слова «На меня нашёл страх, и я убежал», «остановился, загорелое лицо его бурно покраснело, и глаза налились кровью».

Это место из «Хаджи Мурата» (конец главы XI) интересно не только как пример эмоциональной памяти. Оно очень ярко показывает также и то, какое значение имеет эмоциональная память в душевной жизни человека. Слушающий рассказ Хаджи Мурата Лорис-Меликов удивился, услышав только что приведённые слова. «Вот как?» - сказал он. – Я думал, что ты никогда ничего не боялся». На это Хаджи Мурат ответил следующим образом: «Потом никогда. *С тех пор я всегда вспоминал этот стыд и когда вспоминал, то уже ничего не боялся*».

Эмоциональная память является важным условием душевного роста человека. Тот, кто бесследно забывал бы чувство радости и удовлетворения, сопровождавшее совершение благородного поступка, так же как и чувство стыда, вызванное дурным поступком, тот человек имел бы слабое побуждение к новому совершению благородных дел и к воздержанию от дурных.

Значение эмоциональной памяти заключается, кроме того, и в том, что она увеличивает богатство и разнообразие эмоциональной жизни: источником чувств становится не только настоящее, но и прошедшее.

КАЧЕСТВА ПАМЯТИ

В предыдущем параграфе мы говорили о том, что нельзя характеризовать память человека просто как плохую или хорошую, потому что она может быть различной по отношению к разным объектам. Теперь мы должны внести дальнейшее уточнение в этот вопрос. Даже имея в виду определённые объекты, недостаточно ещё сказать про память, что она хорошая или плохая. Она может быть хорошей в одном отношении и плохой в другом. По отношению, например, к историческим фактам память какого-нибудь человека может отличаться большой прочностью сохранения и в то же время быть недостаточно точной.

Характеризуя память человека, надо различать отдельные качества её. Наиболее важны из них следующие:

1. **Быстрота запоминания.** Одному человеку, чтобы запомнить какой-нибудь материал, нужно долго и прилежно работать, тогда как другой запоминает этот же материал очень быстро. Это качество памяти больше всего бросается в глаза, и поэтому многие склонны оценивать память главным образом с точки зрения быстроты запоминания. Такая оценка, однако, несправедлива. Быстрота запоминания сама по себе не имеет решающего значения; она приобретает ценность лишь в соединении с другими качествами памяти.

2. **Прочность сохранения.** Запомнив что-либо, одни люди надолго удерживают это в памяти, другие – быстро забывают («короткая память»). Различия между людьми в этом отношении не меньше, чем в отношении быстроты запоминания.

Возможны различные взаимоотношения между этими двумя качествами памяти взаимоотношения между этими двумя качествами памяти. Экспериментальные исследования показывают, что большая быстрота запоминания чаще бывает связана с прочным сохранением: кто скоро запоминает, тот и помнит долго. Наблюдаются, однако, и обратные случаи: некоторые из быстро запоминающих людей столь же быстро и забывают, тогда как некоторые медленно заучивающие надолго удерживают в памяти то, что они однажды заучили.

3. **Точность памяти.** Она характеризуется отсутствием искажений, пропусков чего-либо существенного и субъективных дополнений. Точность – одно из важнейших качеств памяти, требующее к себе особенного внимания.

Если отдать себе ясный отчет в том, какое значение имеет точность воспроизведения во многих областях жизни, например в боевой обстановке, становится ясным, насколько необходимо каждому человеку работать над повышением точности своей памяти. Основное средство для этого – воспитать в себе критическое отношение к собственным воспоминаниям. Надо уметь отличать то, что я помню достоверно, от того, что мне только кажется, отличать подлинное воспроизведение виденного и слышанного от субъективных дополнений, догадок и истолкований.

4. **Готовность памяти.** Под этим названием разумеется умение быстро извлекать из запасов памяти то, что необходимо в данный момент. Некоторые люди, обладая обширными знаниями, не могут, однако, быстро находить ответы на те запросы, которые предъявляет жизнь. Про таких людей говорят: «У них много знаний, но они не умеют ими пользоваться». Без готовности памяти невозможна та черта ума, которую обычно называют «находчивостью».

В некоторых профессиях находчивость, умение быстро извлекать нужный материал из своего запаса знаний имеет решающее значение; сюда относится деятельность военачальника, лечащего врача, учителя и т.п.

Готовность памяти зависит, во-первых от того умения припоминать, о котором мы говорили на стр. 100-101, а во-вторых, от систематичности знаний. Только в том случае, если в «запасах памяти» господствует полный порядок и строжайшая система, можно быстро находить в них необходимый материал. Недаром крупные военачальники – люди с исключительно высокой готовностью памяти – особенно подчеркивали необходимость упорядоченности знаний. «Память есть кладовая ума, - говорит Суворов, - но в этой кладовой много перегородок, а потому надобно скорее всё укладывать, куда следует».

"Внимание – сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте (предмете, событии, образе, рассуждении и т.д.)"².

Внимание характеризуется избирательностью, объемом, устойчивостью, переключаемостью.

Избирательность (концентрация) связана с возможностью успешной настройки на восприятие определенной информации.

Объем внимания – количество одновременно воспринимаемых объектов.

Переключаемость – возможность выполнения действий во времени, при смене целей или одновременном учитывании нескольких факторов при выполнении одной работы. Например, проследить две последовательности чисел разной окраски: одну в порядке возрастания, другую в порядке убывания ("модифицированная таблица" Горбова).

До человека доходит огромное число раздражений, однако он отбирает самые важные из них и игнорирует остальные. Из большого числа возможных движений он совершает лишь некоторые, входящие в состав его действий, и тормозит остальные. Возникает большое число ассоциаций, но он сохраняет немногие и абстрагируется от посторонних, мешающих целенаправленному потоку мышления. Осуществление отбора нужной информации, обеспечение избирательных программ действий и сохранение постоянного контроля над их осуществлением называется вниманием (Лурия, 1975).

Различают следующие основные свойства внимания: объем, распределяемость, устойчивость, концентрированность, переключаемость (Рубинштейн, 1946). Под объемом внимания понимают то число поступающих сигналов или ассоциаций, которые одновременно удерживаются в поле ясного сознания. Считается, что объем внимания равен емкости короткой памяти и составляет 7 ± 2 единиц информации. Концентрация или избирательность внимания характеризуется интенсивностью его сосредоточения на объекте деятельности. Избирательность внимания — это степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности. Чрезмерная концентрация внимания (гиперпрозексия) проявляется рассеянностью, излишней поглощенностью чем-либо, когда не замечаются иные важные стимулы, как внешние, так и внутренние. Распределяемость внимания тесно связана с его объемом, однако речь в данном случае идет о возможности не одного, а, по крайней мере, двухфокального внимания, концентрации его не в одном, а в двух или большем числе разнородных фокусов. Под устойчивостью внимания принято понимать ту длительность, с которой выделенные вниманием процессы сохраняют доминирующий характер. Переключаемость внимания состоит в способности быстро выключиться из одних установок и включиться в новые, соответствующие изменившимся условиям.

Существует по меньшей мере две группы факторов, которые обеспечивают избирательный характер психических процессов: структура внешних раздражителей (структура внешнего поля) и различные внутренние факторы, относящиеся к деятельности самого субъекта (структура внутреннего поля). К первой группе факторов, определяющих направление, объем и устойчивость внимания, относятся интенсивность раздражителя, его новизна, и структурная организация внешних раздражителей. Ко второй группе факторов, определяющих направление внимания, относится то влияние,

² Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990. С. 54.

которое потребности, интересы и установки субъекта оказывают на его восприятие и деятельность. Различают два основных вида внимания — произвольное, пассивное и произвольное, активное. О произвольном внимании говорят в тех случаях, когда око привлекается сильным, новым либо интересным (соответствующим потребности) раздражителем. Механизмы произвольного внимания у человека и животных являются общими, их основу составляет ориентировочный рефлекс. Произвольное внимание свойственно лишь человеку. Оно обнаруживается в том, что субъект может намеренно сосредоточивать свое внимание то на одном, то на другом объекте. Механизмы произвольного внимания социальны по своему происхождению и опосредованы внутренними речевыми процессами. Нарушение внимания является одним из самых важных симптомов патологического состояния и его исследование может внести важные данные в диагностику мозговых поражений (Лурия, 1975). При массивном поражении глубоких отделов мозга (верхнего ствола, стенок третьего желудочка, лимбической системы) могут наблюдаться явления выпадения или угасания ориентировочного рефлекса, а также его инертности. Клинически это проявляется в том, что больные обнаруживают резкие признаки вялости, апатичности, вообще не реагируют на происходящее либо проявляют признаки повышенной возбудимости и чрезмерной отвлекаемости на любые раздражители. Наиболее типичные примеры нарушения высших форм внимания дают больные с поражением лобных долей мозга (особенно медиальных его отделов). Выпадения ориентировочного рефлекса у больных часто не наблюдается, однако сосредоточить их на выполнении какого-либо задания речевой инструкцией оказывается невозможно, речевая регуляция ориентировочного рефлекса грубо нарушается.

Методики, используемые для исследования памяти

1. **Десять слов.** Испытуемому зачитывают десять одно-двухсложных слов, затем он их повторяет в любом порядке 5 раз. Данные вносят в таблицу. Спустя 20-30 минут просят воспроизвести слова для проверки ретенции. (Например: *лес, хлеб, стол, окно, вода, брат, гриб, конь, игла, мед*. Или: *гора, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила*).

2. **Пиктограммы.** Этот метод предложен А. Р. Лурией. Испытуемый должен запомнить 15 слов. Для облегчения воспроизведения он должен сделать карандашом рисунок, имеющий смысловую связь со стимульным словом. Никаких записей, пометок делать не разрешается. После окончания работы можно попросить повторить слова, затем повторить их через 20-30 минут. При анализе запоминания важно обратить внимание на то, сколько слов воспроизведено точно, близко по смыслу, неверно, никак. Модификацией этого же задания может служить тест А. Н. Леонтьева, который предлагает не рисование, а выбор предмета, сюжета из предложенных готовых картинок. Эта методика имеет несколько серий, которые отличаются по степени сложности. Использовать методику можно для исследования памяти у детей, а также лиц с невысоким интеллектом.

3. **Воспроизведение рассказов.** Испытуемому читают рассказ, он воспринимает его на слух или читает рассказ сам. Затем он воспроизводит рассказ устно или записывает. Психолог при анализе учитывает, все ли смысловые звенья воспроизведены, что опущено, не отмечается ли конфабуляций, интерферирующего эффекта. Для запоминания наиболее предпочтительны рассказы: "Галка и голуби", "Муравей и голубка", "Логика", "Колумбово яйцо", "Вечный король" и др.

4. **Исследование зрительной ретенции (тест А. Л. Бентона).** Используется пять серий рисунков. В трех сериях предлагается по 10 карточек равной сложности, в двух – по 15 карточек. Карточку в течение 10 секунд предъявляют испытуемому, затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Качественный анализ данных проводится в сравнении со специальными таблицами Бентона. с помощью этого теста можно получить дополнительные данные, свидетельствующие об органическом заболевании головного мозга.

Методики исследования внимания

1. **Корректирующая проба.** Данная методика впервые предложена Bourdon в 1895 г. Она используется для исследования устойчивости внимания и способности к его концентрации. Корректирующая проба очень проста и не требует специальных приспособлений, кроме бланков и секундомера. Бланки представляют собой ряды букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв по выбору исследуемого. Можно каждые 30-60 секунд отмечать положение карандаша большого. Исследующий обращает внимание на количество ошибок, темп выполнения, распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других букв и т.д.).

2. **Счет по Крепелину.** Методика предложена Крепелиным в 1895 г. Она применяется для исследования переключения внимания, а также работоспособности. На специальных бланках расположены столбцы цифр, которые испытуемый должен складывать или вычитать в уме, а на бланке записывать результат. После выполнения задания исследуемый обращает внимание на количество ошибок, их распределение, объем выполненного задания, темп, способность переключаться, то есть делает вывод о работоспособности (истощаемости, вработываемости), расстройствах внимания.

3. **Отыскивание чисел на таблицах Шульте.** Исследование проводят с помощью специальных таблиц, где хаотично расположены числа от 1 до 25. Испытуемый указкой показывает числа по порядку, называя их вслух, при этом фиксируется время выполнения задания. Таким образом исследуют темп сенсомоторных реакций, особенности переключения внимания, объем внимания, сосредоточенность (отвлекаемость), повышенную истощаемость по гиперстеническому или гипостеническому типу, вработываемость.

4. Для исследования переключения внимания, инертности психических процессов, истощаемости можно использовать **модифицированную таблицу Шульте** (Ф. Д. Горбов, 1959, 1964 гг.). Это красно-черная таблица содержит 49 чисел, из них 25 черных (1-25) и 24 красных (1-24). Испытуемый попеременно должен показывать черные и красные цифры. Причем черные в порядке возрастания, а красные в порядке убывания. Методика используется в первую очередь для исследования динамики мышления, способности переключать внимание.

5. **Отсчитывание.** Методика предложена Крепелиным. Испытуемый отсчитывает от ста одно и то же число (обычно 17, 13, 7, 3). Экспериментатором отмечаются паузы. Исследуется характер ошибок, следование инструкции, переключение, сосредоточенность, истощаемость внимания.

ПАМЯТЬ

Это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, последующем воспроизведении и узнавании того, что раньше было воспринято, пережито или сделано.

Физиологическая основа памяти - система условных рефлексов. Память является обще мозговой функцией; в ней участвуют все разделы головного мозга.



ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ



ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ



ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ



ВНИМАНИЕ

Определенная направленность психической деятельности, сознания человека на избирательное восприятие предметов и явлений.

ПАТОЛОГИЯ ВНИМАНИЯ



ИНТЕЛЛЕКТ

Интеллект включает в себя приобретенные знания, опыт и способность к их дальнейшему накоплению и использованию при умственной деятельности.

Интеллектуальные качества человека определяются кругом его интересов, объемом знаний.

ПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА



ПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Умственная отсталость (олигофрения) – врожденное или рано приобретенное (в первые 3 года жизни) слабоумие, выражается в недоразвитии всей психики, но преимущественно интеллекта

Деменция – приобретенное слабоумие с распадом психической деятельности

3-тема Понятие личности. Характер. Темперамент. Психопатии. Психогении: неврозы и реактивные психозы. Хронический алкоголизм. Наркомания и токсикомания.

Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Что такое сознание? - перечислите основные свойства сознания - укажите патопсихологические методы 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3-заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Виды эмоции. Методы исследования эмоциональных состояний. Аффективные состояния. Стресс. Виды и уровни стресса. Методы исследования стрессовых состояний. 3. Домашнее задание: Понятие, проблемы личности. Темперамент. Нормальные и аномальные варианты личности. Личность и индивидуальность. Психотерапия, основные направления и методы.	Слушают Записывают Записывают

Психопатия - патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада личности (эмоционально-волевой сферы) при общей сохранности интеллекта.

Личность - каждый отдельный человек с присущими ему индивидуальными особенностями характера, интеллекта, эмоциональной сферы. К психологическим свойствам личности относятся характер, темперамент, способности человека, а также особенности протекания психических процессов.

Патология личности возникает на основе взаимодействия двух факторов - врожденной или рано приобретенной биологической неполноценности нервной системы и влияния внешней среды (неправильное воспитание, психические травмы). Неполноценность нервной системы может возникнуть под влиянием наследственных факторов, внутриутробного воздействия на плод, родовых травм, патологии раннего постнатального периода.

Диагноз психопатии устанавливают на основании ряда критериев, разработанных П.Б.Ганнушкиным (1933 г.): 1. Во-первых, патологические особенности психопатической личности отличающиеся тотальностью, пронизывают всю личность.

2. Во-вторых, патологические изменения выражены столь значительно, что приводят к нарушениям межличностных отношений и препятствуют полноценному приспособлению личности к окружающей среде.

3. В-третьих, стабильность и малая обратимость патологических свойств психопатических личностей.

Большой вклад в развитие учения о психопатиях внес П.Б.Ганнушкин (1933 г.). Он сформулировал основные критерии диагностики психопатии, которыми мы пользуемся и в настоящее время. П.Б.Ганнушкин обосновал динамический подход к психопатиям. Он подчеркивал, что когда врачи встречаются с психопатией, то они имеют дело с уже сложившейся статикой. Эта статика есть результат динамики предшествующей и исходный пункт для динамики последующей. Таким образом, П.Б.Ганнушкин психопатию рассматривал как динамический процесс, свойственный всякому заболеванию. В последующие годы благодаря исследованиям С.К.Краснушкина, О.В.Кербикова, Н.И.Фелинской было подтверждено, что для психопатий наряду с известной стойкостью и стабильностью проявлений свойственна своеобразная специфическая динамика.

ЛИЧНОСТЬ



ЛИЧНОСТЬ

Нормальный характер – это целостность, органичность, гармоничность, связь всех черт личности, которые вытекают один из других и способны к формированию адекватных межличностных отношений, что способствует адаптации личности в социуме.

ЛИЧНОСТЬ

Акцентуация характера – не диагноз, это крайняя граница нормы, дезадаптация появляется только при определенной ситуации воздействия среды на слабое звено в личности, в которой есть сильные стороны, способные компенсировать и удержать личность в рамках адаптации

ЛИЧНОСТЬ

Психопатия – стойкая дисгармония личности, характеризующаяся дисгармонией эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным мышлением

ПСИХОПАТИИ

Критерии диагностики:

- ❶ приуроченность черт характера;
- ❶ тотальность - влияние на всю душевную конструкцию;
- ❶ дезадаптация в обществе.

ПСИХОПАТИИ

Критерии постановки диагноза:

- ❶ тотальность патологических черт характера;
- ❶ стабильность или малая обратимость их в течение всей жизни;
- ❶ вследствие первых двух критериев - дезадаптация в социуме.

ПСИХОПАТИИ

Возникают на основе взаимодействия врожденной или рано приобретенной биологической неполноценности нервной системы и влияния внешней среды

Не свойственна прогрессивность с развитием слабоумия или дефекта

ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Дифференциально-диагностическим критерием является то, что до проявления **психопатоподобных изменений** при тех или иных заболеваниях развитие личности было нормальным

СИСТЕМАТИКА ПСИХОПАТИЙ

- ❶ Органические
- ❶ Ядерные
- ❶ Краевые
- ❶ Социопатии

СИСТЕМАТИКА ПСИХОПАТИЙ

Тормозимые:

- Астенические
- Психастенические
- Шизоидные

СИСТЕМАТИКА ПСИХОПАТИЙ

Возбудимые:

- Эксплозивные
- Эпилептоидные
- Истерические
- Паранойяльные

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОПАТИЙ (МКБ-10)

- ❶ Параноидное расстройство личности
- ❶ Шизоидное расстройство личности
- ❶ Диссоциальное расстройство личности
- ❶ Эмоционально-неустойчивое расстройство личности
- ❶ Истерическое расстройство личности
- ❶ Ананкастное расстройство личности
- ❶ Тревожное расстройство личности
- ❶ Зависимое расстройство личности
- ❶ Смешанные и другие расстройства личности

К психогенным заболеваниям относят группу болезненных состояний, причиной которых является длительное воздействие психотравмирующих факторов или внезапные тяжелые переживания. Психогенные заболевания (психогении) подразделяются на неврозы и реактивные психозы.

НЕВРОЗЫ - психогенно обусловленные расстройства психической деятельности, характеризующиеся разнообразными психопатологическими проявлениями непсихотического уровня, сохранностью сознания болезни и отсутствием выраженных изменений поведения. В клинической картине неврозов большое место занимает разнообразная соматовегетативная симптоматика и астенические проявления. Невроз является обратимым заболеванием функционального характера. От психозов неврозы отличаются отсутствием психотических симптомов. При устранении психотравмирующей ситуации, а также при соответствующем лечении обычно неврозы заканчиваются выздоровлением.

Основной причиной неврозов является психическая травма. Невротические реакции возникают при длительно действующих психотравмирующих ситуациях, приводящих к постоянному эмоциональному напряжению. Возникновение невроза нередко обусловлено не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а длительной переработкой ею сложившейся ситуации и неспособностью адаптироваться к новым условиям. Другими словами, для развития невроза, кроме психической травмы, необходимо наличие своеобразной структуры личности. По И.П. Попову в патогенезе неврозов важная роль

принадлежит воздействию на центральную нервную систему чрезмерных по силе или длительности внешних факторов, вызывающих срыв высшей нервной деятельности. Он различал 2 формы неврастения: гиперстеническую и гипостеническую. Если при гиперстенической форме преобладает ослабление процессов внутреннего торможения с явлениями повышенной возбудимости, то при гипостенической - быстрая истощаемость, слабость процесса возбуждения. С позиций И.П. Павлова фобии при неврозе навязчивых состояний представляют собой очаг возбуждения. В основе истерии лежит нарушение взаимоотношений между корой и подкоркой с преобладанием деятельности подкорки и первой сигнальной системы над второй. Выделяют три классические формы неврозов: неврастению, невроз навязчивых состояний, истерический невроз.

Диагностика неврозов.

В диагностике неврозов важное значение имеет клинический метод. Диагностика должна включать:

1. отграничение от сходной симптоматики, патологии;
2. изучение динамики болезни должно предусматривать 3 критерия:
 - выраженность и своеобразие клинических проявлений;
 - структуру и особенности личности больного;
 - тип патогенной конфликтной ситуации.

В диагностике наиболее важен клинико-психопатологический метод, дополнительным является пато-психологическое исследование, при котором общая цель - установление этиопатогенетической связи между клинической картиной болезни, ситуацией и личностью. Кроме этого, в задачи психологического исследования входит:

1. изучение особенностей личности больного и системы его жизненных отношений;
2. выявление зоны психотравмирующих переживаний и сущности невротического психологического конфликта;
3. характеристика основных психических процессов (мышления, памяти и др.) и состояний (тревоги, депрессии и др.);
4. оценка динамики невротических расстройств и учет эффективности лечения;
5. прогнозирование эффективности психотерапии и в целом лечения.

Наряду с вышесказанным при необходимости проводят параклинические методы исследования для исключения соматической, органической и другой патологии.

Дифференциальный диагноз.

Дифференциальная диагностика затруднительна, особенно в тех случаях, когда заболевание принимает затяжной характер. Надо знать, что затяжной невроз ставят при длительном течении невроза и при наличии полиморфизма в невротических расстройствах. Невротическое развитие, в отличие от невроза, имеет большую длительность заболевания (не менее 5 лет), значительную тяжесть психической травмы, отсутствие заметного улучшения в течение 1-2 лет после нормализации условий жизни, ослабление эмоциональных нарушений, связанных с ситуацией, появление хронических расстройств настроения, которое не определяется психической травмой, большую стабильность клинической картины. Следует отметить, что невротическое развитие занимает промежуточное положение между психогенным заболеванием и психопатиями. Выделяют следующие варианты невротического развития: истерический, обсессивный, астенический, эксплозивный, ипохондрический)

Дифференциальную диагностику необходимо также проводить с соматическими, органическими, сосудистыми и другими заболеваниями, при которых наблюдается невротическая симптоматика. Однако связь психической травмы с развитием заболевания, отсутствие соматической и органической патологии, специфичность клинической картины позволяет поставить диагноз - невроз. Надо помнить и о возможности развития невроза на фоне соматического, органического заболевания. Тщательно собранный анамнез, наличие выявленной соматической или органической патологии вне обострения, связь клинической картины с психической травмой позволяют поставить диагноз - невроз.

Трудна дифференциальная диагностика затяжных невротических состояний от малопрогрессирующей шизофрении с преобладанием неврозоподобной симптоматики. Для неврозов не характерен крайний полиморфизм психопатологических проявлений в виде сочетания обсессивно-компульсивных расстройств с фобиями и истерической симптоматикой, неврастенических проявлений с аффективными и ипохондрически-сенестопатическими. При неврозах фобии мономорфны, при шизофрении - многообразны, изменчивы с последующим расширением. В отличие от конкретных, "психологически понятных" страхов у больных неврозами, у больных шизофренией содержание фобий абстрактное, причудливое и часто нелепое. Важным признаком для предположения эндогенной природы заболевания является возникновение наряду с фобическими расстройствами приступов беспричинного, немотивированного страха, тревоги.

Невротическое развитие личности дифференцируют от психопатии, однако в отличие от последнего, при невротическом развитии пато-характерологические расстройства воспринимаются как чуждые личности, болезненные, отсутствует тотальность этих расстройств, проявляются в определенных ситуациях и нестабильны.

Невротическое развитие личности отличается от затяжного невроза тем, что появляются качественно новые черты характера, однотипность реагирования на различные ситуации, пониженное настроение, мало связанное с травмирующей ситуацией, утрата "формы невроза", резистентность к "обычным" методам лечения, снижение уровня социальной адаптации.

Лечение различных видов неврозов освещено при рассмотрении каждого вида невроза. Необходимо знать, что в лечении неврозов основное место занимает психотерапия: индивидуальные беседы, внушение в состоянии бодрствования, гипноза, групповая, коллективная, семейная психотерапия. В остром состоянии - психотерапия, направленное на уменьшение внутренней напряженности и тревожных опасений, а в последующем - внушение на перестройку нарушений отношений личности с социальной средой и микросоциальной средой, преодоление неадекватных претензий, активизация психотерапии, облегчающая ресоциализацию и включение в трудовую жизнь.

В легких случаях неврозов лечение проводит врач общей практики, при тяжелых неврозах - психиатр, который при необходимости проводит стационарное лечение в пограничных отделениях психиатрической больницы.

Таким образом, терапия неврозов должна включать следующие основные задачи:

1. устранение эмоциональных нарушений, типичных для невротического уровня поражения (эмоциональная лабильность, "раздражительная слабость", страхи, тревога, напряженность и др.);
2. лечение астенических расстройств, преодоление физической и умственной истощаемости;
3. регуляция вегетативных расстройств; лечение навязчивостей и фобий, если они имеются;
4. коррекция личностных особенностей;

5. устранение отрицательных внешних факторов;
6. выявление и устранение соматических нарушений;
7. использование в лечении транквилизаторов, психотерапии и при необходимости антидепрессантов.

4-тема Шизофрения клиника, течение, прогноз. Современные методы лечения шизофрении. Психология лиц с нервно-психическими заболеваниями.

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Что такое акцентуация? - укажите основные свойства личности - перечислите нормальные и аномальные варианты личности 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3-заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Рациональная психотерпия и аутотренинг 3. Домашнее задание: Особенности психологии лиц с органическим	Слушают Записывают Записывают

Личность—совокупность психических свойств, включающая динамические тенденции, особенности темперамента и аффективности, способности, характер и определяющая направление деятельности, индивидуальные возможности и поведение (Рубинштейн, 1946).

Динамические тенденции личности. Это ее потребности, интересы, склонности, идеалы и ценности, а также установки. Потребности—«нужда» организма в том, без чего нормальное его функционирование невозможно. У человека существует сложное и иерархически организованное единство различных потребностей, как врожденных (потребности в пище, безопасности и др.), так и приобретенных (потребность в труде, общении, интеллектуальные и эстетические потребности и др.). Момент зарождения или актуализации той или иной потребности субъективно определяется как неясное, смутное, беспредметное состояние внутреннего напряжения — влечение; с момента осознания объекта потребности оно становится стремлением. Интересы — состояние сосредоточенности на объекте потребности, желание ближе познакомиться с ним, глубже его понять. Склонность — направленность на определенный вид занятий, потребность в каком-либо определенном виде деятельности. Поведение человека во многом определяется имеющимися у него представлениями о долге, обязанностях, о нравственных нормах или, другими словами, идеалами личности. Личностные ценности — представления об объектах или видах деятельности, связанных с удовлетворением основных потребностей и смыслом жизни индивида. Установка — состояние мобилизованности, готовности к какому-либо виду деятельности, отражающее упрочившееся отношение человека к существующим проблемам и явлениям действительности. Весьма существенным компонентом личности являются способности. Различают общую способность и специализированные ее виды. Первая представляет собой ту степень продуктивности, которую субъект обнаруживает в процессе обучения и приобретения навыков в целом. Специальные виды одаренности являются формой выражения общей способности, получившей преимущественное развитие в том или ином направлении.

Темперамент. Характеристика силы и подвижности основных нервных процессов: возбуждения и торможения. Темперамент выражается такими психологическими свойствами, как впечатлительность и импульсивность. Впечатлительность — это глубина и прочность следов внешних воздействий на психику. Импульсивность характеризует ту степень легкости, с которой возникающие побуждения к деятельности реализуются в поведенческие акты. К числу важнейших сторон личности относятся также врожденные особенности аффективной сферы, влияющие на интенсивность, продолжительность и общую направленность эмоциональных реакций и колебаний настроения.

Характер. Сложившиеся и упрочившиеся навыки поведения, то, что определяет постоянство и конкретный характер поступков в той или иной ситуации («характер»—«чеканка»). В характере, таким образом, находят

внешнее, практическое выражение потребности, интересы, идеалы и другие стороны личности. Только что приведенный фрагмент текста характеризует, скорее, структуралистский подход к пониманию личности — один из многих ныне существующих. Коротко остановимся на других, но главное — попытаемся интегрировать важнейшие их положения. Все теории личности могут рассматриваться в контексте трех основных направлений. Глубинная психология (психоанализ З. Фрейда, аналитическая психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера, эпигенетическая теория Э. Эриксона, другие течения) в качестве важнейшего выдвигает тезис о том, что развитие личности детерминировано главным образом или даже исключительно биологическими факторами, врожденными динамическими тенденциями, влечениями.

Шизофрения - прогрессивное психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями

личности особого типа (снижение энергетического потенциала, эмоциональное оскудение) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами. От экзогенных и эндогенно-органических заболеваний шизофрения отличается особым дефектом психической деятельности. Его выраженность может быть различной от легких изменений личности до грубой и стойкой дезорганизации психики.

В зависимости от особенностей течения шизофрения может проявляться неврозоподобными, аффективными, психопатоподобными, бредовыми, галлюцинаторными, псевдогаллюцинаторными, гебефреническими, кататоническими расстройствами, помрачением сознания (обычно онейроидного типа). Шизофренически несвойственны пароксизмальные эпилептиформные синдромы, а также

признаки психоорганического синдрома.

Изучение распространенности шизофрении сопряжено со значительными трудностями, поскольку на выделение больных влияет ряд факторов - репрезентативность выборки, различия в диагностических подходах, качество работы психиатрической службы, однородность изучаемого контингента. В результате этого показатели болезненности шизофренией колеблются довольно широко: 6-10%; заболеваемость по данным зарубежных исследований варьирует 0,3-1,2 на 1000 населения. Самая высокая заболеваемость приходится на подростковый и юношеский возраст, а также на возраст 20-29 лет. Заболеваемость уменьшается по мере увеличения возраста.

Для шизофрении самым общим и типичным является схизис - расщепление психики. При этом свойственная здоровому человеку единая цельная психика распадается и отрывается от реальной действительности. Последнее прежде всего проявляется в поведении больного, которое при более или менее выраженных состояниях, свойственных шизофреникам, становится несоответствующим окружающей обстановке.

Симптомы шизофрении подразделяются на негативные и продуктивные. Негативные симптомы (минус симптом) отражают выпадение психических функций, являются наиболее характерными, значимыми расстройствами и слагаются из расстройств мышления, эмоций и психической активности.

КЛАССИФИКАЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ



ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

- ♻️ наследственная отягощенность
- ♻️ молодой возраст
- ♻️ наличие психотической симптоматики без указаний в анамнезе и наличие каких-либо соматических заболеваний, травм черепа,
- ♻️ воздействия стрессов
- ♻️ отсутствие соматической патологии

- наличие в клинической картине:
- ♻️ аутизма
 - ♻️ ассоциативных расстройств
 - ♻️ аффективных нарушений, эмоционального отчуждения
 - ♻️ снижения побуждений и воли
 - ♻️ амбивалентности
 - ♻️ астении
 - ♻️ псевдогаллюцинаций
 - ♻️ психопродуктивных синдромов
 - ♻️ специфических патопсихологических изменений

РЕКУРРЕНТНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Динамика приступа (стереотип):

- ♻️ Колебания аффекта
- ♻️ Тревога, страх, чувство измененности «Я» и окружающего, отрывочный острый паранойд, ложные узнавания, бред инсценировки
- ♻️ Фантастическое преобразование бреда
- ♻️ Кататонические расстройства – то внезапная общая заторможенность, то возбуждение с экзальтацией
- ♻️ Иллюзорно-фантастическая дереализация и деперсонализация
- ♻️ Онейроидный синдром с грезоподобным фантастическим бредом
- ♻️ Онейроидная кататония

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

В неотложной госпитализации нуждаются:

Больные, которые вследствие особенностей клинической картины –

- ♻️ бред
- ♻️ императивные галлюцинации
- ♻️ возбуждение различного типа
- ♻️ гебоидные состояния с асоциальным поведением
- ♻️ депрессии с суицидальными тенденциями и др.

представляют социальную опасность для окружающих и самих себя.

Шоковые методы лечения.

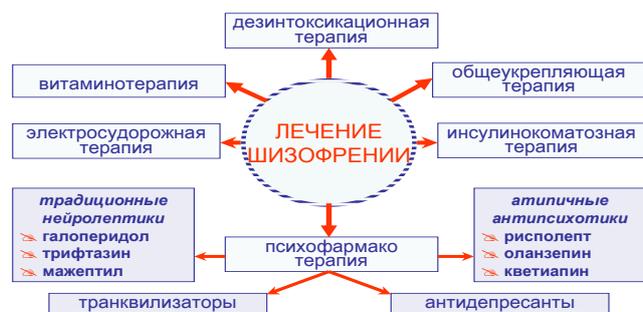
Судорожная терапия. Судорожную терапию в психиатрии стали применять с 1935 г. Автор метода венгерский психиатр Медуна исходил из убеждения, что шизофрения и эпилепсия несовместимы и что эпилептическое начало должно вытеснять шизофреническую симптоматику. В те времена эпилептиформные припадки с потерей сознания вызывали введением внутримышечно больших количеств камфоры (от 10 до 40 мл 20% раствора в масле), позже - внутривенным введением 3-5 мл 10% раствора коразола. Недостатком метода метикаментозной судорожной терапии является трудность определения необходимой дозы конвульсанта: судорожная готовность мозга довольно быстро меняется, доза препарата может оказаться недостаточной или могут возникнуть явления передозировки с развитием не одного, а нескольких припадков или даже эпилептического статуса; при плохом всасывании камфоры могут быть так называемые отставленные припадки. С 1937 г. стали применять электросудорожную терапию (ЭСТ). Этот метод предложен Черлети. Используют переменный ток напряжением от 60 до 130 Вт с экспозицией 0,3-0,9 с. Электроды накладывают на височную область, эпилептиформный припадок развивается сразу же после воздействия тока. Курс лечения может состоять от 1-3 до 12-15 судорожных припадков.

Показания к электросудорожной терапии являются затяжные (продолжительность более 1 года) депрессивные состояния, резистентные к психофармакотерапии, состояния ступора, приступов гипертонической шизофрении. ЭСТ назначают больным, не страдающим соматическими заболеваниями. Перед лечением больные должны быть тщательно обследованы терапевтом и, если необходимо, хирургом для исключения соматических и заболеваний опорно-двигательного аппарата. С помощью ЭСТ можно не только оборвать депрессивный приступ, но и изменить течение заболевания в благоприятном направлении.

Инсулиношоковая терапия. Это метод лечения инсулиновыми комами. Метод предложен австрийским психиатром М. Закелем в 1935 г. Лечебный эффект связывают с влиянием на психику не самого инсулина, состояний (гипогликемия, кома), которые препарат вызывает. Считают, что имеет значение эффект неспецифического стрессорного воздействия.

Соматическое обследование больных проводят столь тщательно, как и при судорожной терапии, поскольку в состоянии гипогликемии нередко бывают эпилептиформные приступы. Лечение проводят с учетом найденной индивидуальной для каждого больного коматозной дозы инсулина. Продолжительность первых ком - до 5-10 мин, в последующем - до 30-40 мин. Количество коматозных состояний на курс лечения - 15-40. Показаниями к терапии являются случаи шизофрении со сравнительно небольшой (до 3-5 лет) давностью заболевания и продуктивной психопатологической симптоматикой, с наличием тенденции к приступообразному течению болезни. Соматические и инфекционные заболевания, чрезмерная масса тела больных являются противопоказанием к терапии.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ



а тех

же

5-тема Эпилептическая болезнь клиника, изменения личности, лечение Психические нарушения при травме черепа.

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (205 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Определите психологические особенности лиц с органическим поражением г/м - укажите основные свойства психологии лиц с алкоголизмом - укажите основные свойства психологии лиц с наркоманией 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Невроз, классификация, клиника. Особенности психологии больного при различных видах невроза. Методы психологической поддержки. 3. Домашнее задание: Особенности психологии лиц с соматической патологией. Невротические, ипохондрические изменения личности при хронических соматических заболеваниях. Особенности психологии лиц в инволюционном, климактерическом периоде.	Слушают Записывают Записывают

В работе патопсихолога часто необходимо провести диагностику между органическим заболеванием головного мозга и шизофренией. В данном случае следует тщательно исследовать внимание, память, мышление, признаки истощаемости.

В области органической психопатологии для исследования психической деятельности больных заболеваниями головного мозга сосудистой, атрофической и опухолевой этиологии (опухоли, травмы, некоторые виды сосудистой патологии головного мозга, болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие и т.д.) требуются знания не только в области патопсихологии, но и в области нейропсихологии.

При заболеваниях головного мозга разного генеза отмечаются признаки повышенной истощаемости, снижения памяти, трудности в оперировании абстрактными понятиями, переносным смыслом, инертность мышления. Более точную информацию для дифференцирования двух органических заболеваний (например, болезнь Пика или болезнь Альцгеймера), установление очага поражения головного мозга получают при применении специальных тестов нейропсихологии.

В результате органических изменений в головном мозге отмечаются психопатоподобные нарушения личности, астенические расстройства. Возможно также снижение уровня интеллектуально-мнестических процессов. Психопатоподобные нарушения личности характеризуются сужением круга интересов, некоторой пассивностью, аффективной лабильностью, иногда, эксплозивностью, грубостью. Астенические расстройства выражаются в повышенной истощаемости, раздражительной слабости. Если отмечается интеллектуально-мнестическое снижение, то отмечается снижение критики, беспечность, эйфория, гневливость, слезливость.

Особенности патопсихологического исследования при органических заболеваниях

Патопсихологическое исследование памяти больных с этими видами патологии выявляет снижение объема непосредственного и опосредованного запоминания. Введение опосредования (пиктограмма) не способствует улучшению воспроизведения. Испытуемый фиксирован на массе второстепенных деталей рисунка, что затрудняет удержание в памяти стимульных слов. Трудности отвлечения от конкретных деталей, склонность к чрезмерной детализации ассоциаций приводят к невозможности выделения значимых признаков сходства и отличия в методиках "исключение предметов", "классификация предметов", "определение понятий", "сравнение понятий" и др. Сужение объема восприятия затрудняет установление причинно-следственных связей в сериях картин с единым сюжетом,

понимание контекста. В результате признаков повышенной истощаемости, выявляемых в методиках "корректирующая проба", "счет по Крепелину", "таблицы Шульце" и других, отмечается неравномерность уровня обобщения. Это свидетельствует о колебаниях умственной работоспособности.

Нарушения речи. Для получения более четкой картины органических изменений используют методы нейропсихологии: исследования речи больных, зрительного гнозиса, конструктивного праксиса. Вот наиболее распространенные нарушения, выявляемые с помощью специальных методов:

- 1) **контаминации** – сплавление частей отдельных слов;
- 2) **персеверации** – застревание на отдельных словах;
- 3) **парафазии** – искажение слов или замена одного слова другим, часто сходным по звучанию, но далеким по значению;
- 4) **аграфия** – нарушение письма, проявляющееся как утрата способности писать буквы в словах при сохранном интеллекте, часто в результате недоразвития фонематического слуха;
- 5) **алалия** – нарушение речи при сохранном слухе;
- 6) **дизартрия** – нарушение произношения;
- 7) **афазии** – расстройство речи, состоящее в утрате способности пользоваться словами, фразами как средством выражения мысли;
- 8) **паралексии** – возникающие при чтении нарушения, идентичные парафазии.
 1. Изучается устная, то есть разговорная речь: пересказ, повторения, автоматическая речь (числа, месяцы, стихи). При этом акцентируется внимание на желании говорить, на бедности или богатстве речи, на грамматическом строе, наличии парафазий, персевераций и т.д.
 2. Анализ письменной речи: списывание, диктант, пересказ-изложение.
 3. Понимание устной речи. Уделяют внимание пониманию слов, фраз, простых и сложных конструкций, заведомо нелепых фраз и инструкций.
 4. Исследуют чтение – возможность чтения и понимания прочитанного.

Нарушения восприятия. Наиболее распространенной при поражении затылочно-теменных и затылочных отделов коры головного мозга является зрительная агнозия, реже – слуховая агнозия и тактильная агнозия. Разные виды агнозии появляются вследствие нарушения мыслительного синтеза отдельных элементов в целые группы. То есть испытуемый акцентирует внимание на отдельных "ярких", но второстепенных раздражителях, не выделяя существенных признаков.

Нарушения праксиса. У больных с поражениями нижнетеменной области головного мозга обнаруживаются апрактические расстройства, которые характеризуются затруднениями произвольных движений, потерей сформированных ранее навыков. При этом испытуемый может совершать отдельные элементарные действия, но нарушается их последовательность (временная и пространственная). Также возможны трудности реализации определенной программы действий вследствие нарушения связи между отделами головного мозга и зрительным анализатором.

Исследование навыков. Для исследования праксиса больным предлагаются пробы в том случае, если есть уверенность, что больной раньше владел утраченными навыками. Для проведения этой методики используется набор разных предметов, например, детский ботинок со шнурками (зашнуровать ботинок), скрепленные в одном месте 3 полоски ленты или веревки (заплести косу для женщин), стакан, бутылка, лейка, ключ с замком, коробка с пуговицами, кубики Кооса, куб Линка и т.д. Эти пробы в основном используются для больных старческого возраста, а также испытуемых с органическими поражениями головного мозга. Для исследования зрительно-моторной координации можно использовать электрокинограф. Исследуется точность движения обеих рук, умение больных координировать движение в заданном темпе, корректировать их под контролем зрения.

Амнестический (Корсаковский) синдром проявляется потерей памяти на текущие события (фиксационная амнезия) при относительно лучшем воспроизведении событий и навыков прошлого. Страдает репродукция, возможно и фиксация впечатлений. Наблюдается амнестическая дезориентировка во времени и окружающем. Нередки замещающие конфабуляции обыденного содержания. Могут возникать наплывы конфабуляции в виде эпизодов конфабуляторной спутанности. Формальные процессы мышления поражаются в несколько меньшей степени. Так, пациент, после еды тут же о ней забывает, однако способен еще сносно играть в шахматы (правда, если доска с фигурами находится перед глазами). Ходы в игре носят ситуационный характер — о том, какими они были задуманы несколько минут назад, больной не помнит. Пробел памяти не осознается, жалоб на это нет. Но заметно, что пациенты стараются замаскировать дефект памяти обтекаемыми ответами. Очевидно, что они все-таки чувствуют недостаток памяти, но быстро забывают об этом также, как о внешних впечатлениях. Выявляются повышенная истощаемость, вялость, адинамия. Фон настроения может быть апатическим, подавленным, эйфорическим. Время от времени возникают отдельные галлюцинации, нестойкие бредовые идеи, о которых тут же забывается. Дефект памяти со временем может сглаживаться, быть неизменным, но в случае прогрессирования болезни к фиксационной амнезии присоединяется амнезия ретроградная. Выделяют непродуктивный вариант Корсаковского синдрома — фиксационная амнезия с благодушным настроением, но без конфабуляции. Корсаковский синдром наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах, инфекционных заболеваниях, сосудистых процессах (нарушения васкуляризации

в области гиппокампа, лимбических структур). В качестве самостоятельного выделяется не всеми.

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Психоорганический синдром характеризуется следующей триадой признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов (триада Вальтер-Бьюэля). Часто наблюдаются астенические явления. Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется гипомнезия, в частности, дисмнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Страдает качество восприятия, в ситуации улавливаются лишь частные детали. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, торпидность мышления сочетается со склонностью к детализации, персеверациям.

Эйфорическое либо повышено-дурашливое настроение (реже — субдепрессивное) сопровождаются аффективной лабильностью. Последняя может достигать степени недержания аффекта (аффективная инконтиненция). Настроение легко меняется по разным, внешне незначительным поводам, например, под влиянием тона беседы (аффективная индукция). Преобладают раздражительность, вспыльчивость, эксплозивность, гневливые реакции, аффективная вязкость. Падает общая активность. Снижается уровень и интенсивность побуждений к продуктивной деятельности, забываются прежние интересы, обедняется кругозор. Индивидуальные особенности характера в относительно легких случаях заостряются, остаются как бы без противовеса, и на первый план выступают психопатоподобные нарушения (характеропатический вариант психоорганического синдрома); при более тяжелой степени расстройств происходит стирание, нивелировка преморбидных особенностей личности (органическое снижение уровня личности) вплоть до полной их утраты и развития слабоумия — дементный вариант психоорганического синдрома. При болезни Пика, прогрессирующем параличе тенденция к нивелировке личности преобладает с самого начала. Астенические явления в структуре психоорганического синдрома выражены в разной степени. Они слабо представлены либо отсутствуют при атрофических процессах второй половины жизни (Болезнь Пика, Альцгеймера, старческая деменция). При сосудистых, травматических процессах, некоторых эндокринных заболеваниях, напротив, часто находятся на первом плане. У больных с последствиями черепно-мозговой травмы, сосудистой формой нейролеоза могут доминировать раздражительность, эксплозивность, дисфорические реакции.

Эпилепсия-хроническое заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмальными расстройствами, а также характерными изменениями личности, нередко достигающими слабоумия, на отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы. Название болезни "эпилепсия" происходит от греческого слова "эпилампо" - неожиданно быть охваченным.

Эпилепсия была известна за много веков до нашей эры. Наиболее раннее описание болезни принадлежит Гиппократу, который в своем трактате "О священной болезни" не только дал описание эпилептического припадка

о его предвестниках, но и высказал предположение о связи эпилепсии с поражением мозга, тем самым опроверг существовавшее в тот период мнение о роли таинственных сил в происхождении болезни.

В "Каноне врачебной науки" Абу Али ибн Сино в специальном разделе "Падучая" не только подробно описал проявления болезни, но и указал на возможность вслед за эпилептическим припадком кратковременных психотических состояний. Рассматривая эпилепсию как заболевание мозга, он писал, что она происходит вследствие общего спазма сосудов, обусловленного повреждением переднего желудочка мозга. Ученый подчеркивал, что эпилепсия протекает неодинаково: в легких случаях падучей к больному быстро возвращается сознание и, придя в себя, он смущается; в других случаях в нраве больного проявляется склонность к помрачению рассудка и к состоянию, подобному меланхолии; рассудок его не просветляется даже тогда, когда он очнется. Наблюдаются случаи, когда помрачение рассудка сопровождается буйством, болтливостью и криком. Определенный вклад в учение внес Э. Крепелин, рассматривающий изменения личности у больных эпилепсией как первичные симптомы, проявляющиеся еще до эпилептических припадков.

Распространенность эпилепсии по данным разных авторов в среднем составляет 0,5%. В стационарах страдающие эпилепсией составляют 3-10% общего числа всех больных, в психоневрологических диспансерах - 8-12%

от всех состоящих на учете. Считается, что на 1000 населения от 3 до 6 человек страдают эпилепсией, причем существенных различий в частоте заболевания у мужчин и женщин нет.

ЭПИЛЕПСИЯ

✎ **Эпилепсия** – хроническое полиэтиологическое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными судорожными и бессудорожными припадками, сопровождающееся изменением личности.

✎ **Эпилепсия** является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы и может встречаться в любом возрасте, но наиболее часто первый припадок возникает до 20 лет.

ПАРЦИАЛЬНЫЕ (ФОКАЛЬНЫЕ) ПРИПАДКИ

✎ **Результат охвата эпилептическим возбуждением ограниченного участка коры.**

✎ **Клиническое значение парциальных припадков состоит в том, что они указывают на очаговый процесс в головном мозге.**

ПРОСТЫЕ МОТОРНЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ ПРИПАДКИ

✎ **проявляются клоническими подергиваниями, изменением позы (постуральные припадки), вращательным движением головы и туловища (адверсинные), вокализацией или остановкой речи (фонаторные припадки)**

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ ПРИПАДКИ

✎ **Сопровождаются изменением окраски кожи, артериального давления, ритма сердца, зрачков, дискомфорта в эпигастральной области**

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

I. Парциальные (фокальные) припадки.

A. Простые парциальные припадки.

- ✎ Моторные.
- ✎ Сенсорные.
- ✎ Вегетативные.
- ✎ Психические.

Б. Сложные парциальные припадки.

В. Парциальные припадки с вторичной генерализацией.

II. Генерализованные припадки.

A. Абсансы.

- ✎ Типичные.
- ✎ Атипичные.
- Б. Миоклонические.
- В. Клонические.
- Г. Тонические.
- Д. Тонико-клонические.
- Е. Атонические.
- Ж. Неклассифицируемые.

ПАРЦИАЛЬНЫЕ ПРИПАДКИ

ДЕЛЯТ НА 3 ГРУППЫ:

- ✎ **Простые парциальные припадки**
- ✎ **Сложные парциальные припадки**
- ✎ **Парциальные припадки со вторичной генерализацией**

СЕНСОРНЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ ПРИПАДКИ

✎ **Проявляются покалыванием, ощущением ползания мурашек, неприятным вкусом или запахом, зрительными, слуховыми или вестибулярными ощущениями. Парестезии иногда последовательно вовлекают различные части конечности, «маршируя» по ней (джексоновские припадки).**

ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОСТОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ПРИПАДКА

- ✎ **дисмнестические феномены (ощущение уже виденного — *deja vu* или никогда эго - *jamaais vu*),**
- ✎ **когнитивные феномены (наплыв мыслей, ощущение дереализации или деперсонализации),**
- ✎ **аффективные феномены (страх, депрессия),**
- ✎ **иллюзорные феномены (иллюзии размера, формы, веса).**

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

- ♿ Первичная или генуиная
- ♿ Имеет наследственный характер
- ♿ Начинается в детском, подростковом возрасте и редко сопровождается другими неврологическими нарушениями
- ♿ На МРТ не выявляются какие – либо отклонения
- ♿ Имеет доброкачественное течение, поддается лечению

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

- ♿ Следствие первичного структурного и метаболического поражения мозга (врожденная аномалия, опухоль мозга или травма)
- ♿ Сопровождается наличием неврологических нарушений, связанных с основным заболеванием
- ♿ Чаще наблюдается у взрослых
- ♿ Чаще не имеет наследственной отягащенности

ПРИЧИНЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

18-40 лет:

- ♿ черепно-мозговая травма
- ♿ опухоли мозга
- ♿ хронический алкоголизм
- ♿ инфекция ЦНС
- ♿ артериовенозные мальформации

41- 60 лет:

- ♿ опухоли мозга
- ♿ хронический алкоголизм
- ♿ черепно-мозговая травма
- ♿ цереброваскулярные расстройства

старше 60 лет:

- ♿ церебральный атеросклероз
- ♿ первичные опухоли мозга
- ♿ метастатические опухоли мозга
- ♿ дегенеративные заболевания нервной системы

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЭПИЛЕПСИИ

- ✗ отягощенный перинатальный анамнез
- ✗ органические поражения мозга в постнатальном периоде (черепно-мозговая травма, менингит и т.д.),
- ✗ пароксизмальные состояния в детстве (фебрильные припадки, аффект-респираторные судороги, ночные страхи и кошмары),
- ✗ задержка развития,
- ✗ наличие очаговой неврологической симптоматики
- ✗ эпилептическая активность на ЭЭГ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ✗ При обращении больного с первым припадком следует прежде всего решить, о каком припадке идет речь – эпилептическом или неэпилептическом.
- ✗ Проблема дифференциального диагноза эпилептических припадков с неэпилептическими, в особенности демонстративными (так называемыми псевдоприпадками), а иногда и другими (пароксизмальные формы мышечной дистонии прежде всего), весьма непроста.

ДЖЕКСОНОВСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

- ✗ Это особая форма парциальных эпилептических припадков. Названа по имени выдающегося английского невропатолога Джексона, давшего в 1863 г. клинко-анатомический анализ парциальной эпилепсии.
- ✗ Джексоновская эпилепсия характеризуется появлением приступов клонических судорог при сохраненном сознании, которые начинаются с той или иной группы мышц и распространяются в определенной последовательности, постепенно захватывая все новые, рядом расположенные мышцы с вовлечением руки, ноги и половины туловища на одной стороне (моторный припадок).
- ✗ Припадок джексоновской эпилепсии может носить сенсорный характер, проявляясь приступом парестезии или болей, локализующихся в определенном участке тела и распространяющихся по типу последовательного вовлечения все новых кожных территорий. Это — сенсорный джексоновский припадок.

КОЖЕВНИКОВСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

- ✗ Впервые описана в 1894 г. А.Я.Кожевниковым, основоположником отечественной неврологии, обозначившим эту форму как *epilepsia corticalis sive partialis copilina* (ограниченная, постоянная эпилепсия).
- ✗ Эта форма отличается от обычных эпилептических припадков тем, что между припадками возникают постоянные клонические судороги в какой-либо мышечной группе. Колеблясь в своей интенсивности, они могут иногда генерализоваться и перейти в судорожный припадок с потерей сознания.
- ✗ Это — редкая форма эпилепсии. Чаще встречается в Сибири и на Урале.
- ✗ В большинстве случаев причиной кожевниковской эпилепсии являются хронические прогрессирующие формы клещевого энцефалита, реже сифилис, цистицеркоз и др.

ОСНОВНЫЕ РАЗЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ЭПИЛЕПСИИ И ПСЕВДОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ

Таблица 1

Признак	Псевдоэпилептические приступы	Эпилепсия
Провоцирующий фактор	Как правило	Может быть
Начало	Постепенное в течении минут	Внезапное
Частота	Очень высокая	Зависит от тяжести процесса
Продолжительность	Минуты и десятки минут	Менее 1 минуты
Аура	Дрожь, дурнота, шок	Характерная для локализации фокуса
Сознание	Может быть изменено, но не утрачено	Как правило утрачено
Судороги	Ассиметричные, аритмичные, не соответствуют топической нейрофизиологии	Ритмичные, симметричные, при фокальности соответствуют топической нейрофизиологии
Движения	Дикае, колочущие, беспорядочные, рвущие, разбрасывающие, вращения, раскачивающиеся, с признаками произвольности	Ритмичные, симметричные, тонические, судорожно-клонические миоклонические, произвольные
Дрожание	Типично	Не обычно

ОСНОВНЫЕ РАЗЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ЭПИЛЕПСИИ И ПСЕВДОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ

Таблица 2

глаза	Закрывают, при пассивном открывании смотрят по линии прямого взгляда. Главокающие движения – координированы	Открыты, заведены за надбровные дуги, главокающие движения дискоординированы
Реакция зрачков на свет	Сохранена	Отсутствует, ослаблена
Вокализация	Эмоциональная речевая более осмысленная, агрессивная ненормативная	Автоматизмы, невarticулированные крики, персеверирующие обрывки речи
Неврологическая органическая симптоматика	Нет	Есть
Травматизм	Редко, незначительный	Нередко, иногда тяжелый
Упущение мочи	Может быть	Нередко
Вегетативное сопровождение	Не типично	Всегда
Эмоциональное поведение	Обычно	Нетипично
Симптомы после припадка	Нет	Парезы, сопор, кома, непродолжительный сон.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБМОРОКА И ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА

Клинические признаки	Обморок	Эпилептический припадок
Связь с положением тела	Возникает из вертикального положения	Нет связи
Провоцирующие факторы	Страх, эмоциональный стресс, боль, длительный ортостаз, физическая нагрузка	Депривация сна, прием алкоголя, пропуск приема антиконвульсантов
Предприступные симптомы (аура)	Продолжительные	Отсутствуют или кратковременные
Принятие горизонтального положения	«Обрывает» приступ	Не влияет на течение приступа
Потеря сознания	Постепенная (градуированная)	Мгновенная (обрывистая)
Кожные покровы в момент приступа	Бледные	Цианотичные или нормальные
Застывание, стереотипные движения	Отсутствуют	Возможны
Прикус языка	Крайне редко	Возможен
Травмы в момент припадка	Крайне редко	Возможны
Восстановление сознания	Быстрое	Часто медленное
Постприпадочная спутанность или сон	Крайне редко	Часто

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОМ ПОРАЖЕНИИ

- ✓ Можно соотнести с тремя периодами болезни.
- ✓ В первом (начальном), наступающем непосредственно после травмы, в 94 — 95% случаев отмечается потеря сознания. Интенсивность расстройства может колебаться от глубокой комы до самой легкой и непродолжительной обнуляции.
- ✓ Во втором (остром) периоде восстанавливается сознание и появляются разнообразны нервно-психические расстройства, в частности астения, локальные симптомы органического поражения, припадки и транзиторные психозы.
- ✓ В третьем периоде упомянутые расстройства или подвергаются полной редукции с восстановлением здоровья, или только уменьшаются в интенсивности и объеме; последний исход свидетельствует о том, что третий период становится периодом отдаленных последствий.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Утрата сознания, амнезия, астения, локальные неврологические симптомы. В начальный период при коммациях и контузиях мозга почти всегда сопровождается помрачением сознания различной глубины и продолжительности. В наиболее легких случаях происходит мгновенное отключение сознания с последующей непродолжительной обнуляцией, в наиболее тяжелых — развивается кома. Полная потеря сознания, протрагированный переход к ясному сознанию со сменами различных степеней оглушения и продолжительным существованием легких его форм, а также появление на этом фоне периодического возбуждения обычно свидетельствуют о тяжелой травме. По восстановлении сознания и исчезновении других общемозговых симптомов на первый план выступают психические и неврологические нарушения.

ПАТОГЕНЕЗ

Значение имеют ликвородинамические нарушения, возникающие чаще при добавочных соматических вредностях, астенизации, психогениях. При эндорформных психозах приобретают значение множественные причины: пол (паранойяльные и галлюцинаторно-бредовые психозы возникают чаще у мужчин, аффективные — у женщин); особенности травматической болезни, в том числе посттравматические, предшествующие психозу изменения личности; возраст; алкоголизация, присоединяющийся сосудистый процесс.

ПАТОГЕНЕЗ

- ✗ Патогенез расстройств (в том числе и психозов), возникающих в начальном и остром периодах черепно-мозговой травмы, связан в первую очередь с невоспалительным диффузным или локальным отеком мозга и вследствие этого с явлениями мозговой гипоксии в первые дни после травмы. Факторы, вызывающие отек, многообразны, главный из них — повышенная проницаемость капилляров мозга.

ПСИХОЗЫ И ПРИПАДКИ.

Большая часть психозов развивается в первые дни острого периода закрытой черепно-мозговой травмы, реже спустя месяц и более после исчезновения первоначального помрачения сознания.

Общая особенность травматических психозов острого периода — полиморфизм симптомов, зависящий от последовательной смены одних расстройств другими или их сосуществования; характерна так же тесная связь психических нарушений с состояниями измененного сознания, расстройствами сна.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Травматическая астения (травматическая энцефалопатия с астеническими расстройствами) — самое частое психическое расстройство как острого, так и отдаленного периода черепно-мозговых травм. В этом смысле травматическую астению можно назвать «сквозным» нарушением. Раздражительность и истощаемость сочетания в различных соотношениях. Помимо повышенной физической и психической утомляемости, отмечается нерешительность, легко возникают тревожные опасения и реакции слабодушия. Постепенно, но в различной степени наблюдается гиперестезия. Многообразны вазовегетативные расстройства. Многочисленны церебрально-органические жалобы, в первую очередь на головные боли, головокружения, рассеянность, забывчивость, трудность сосредоточения.

6-тема Психические нарушения у лиц с соматической патологией. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях. Сенильные и пресенильные психозы

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - укажите особенности психологии с соматической патологией - основные методы психологических исследований 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3-заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Психогенная кардиалгия, психогенная абдоминалгия. Клиника, диагностика ва профилактика. Психологическая поддержка. 3. Домашнее задание:	Слушают Записывают Записывают

Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно, как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит и улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно, не случайно широко распространено известное выражение: "В здоровом теле — здоровый дух". Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. По-видимому, в ряде случаев даже можно говорить о "внутренней картине здоровья" и ее влиянии на психическую сферу человека (Николаева В.В., 1987).

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ

Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов" (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. И в настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (Лишук В. А., 1994). Благодаря позитивному определению здоровья в медицине, наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями), утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение).

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто — здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности, одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом

смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста — чувствования, действия, самоотношения — является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой (Каган В.Е., 1986). Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность (Петровский Б.В., 1973). Внутренняя картина здоровья — составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия "состояние здоровья" и "самочувствие". *Состояние здоровья* — истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. *Самочувствие* же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей (Исаев Д.Н., 1996), а также в силу своеобразия структуры личности — нестабильности самооценки, "Я-образа" в целом и физического "Я", зависимости собственной самооценки от оценок других людей.

Рядом отечественных авторов (Громбах А.М., 1988; Тхостов А.Ш., 1993; Лебединский В.В., 1994; Карвасарский Б.Д., 1982 и др.) представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1-я группа — совершенно здоровые, жалоб нет;

2-я группа — легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа — лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа — клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях "адаптация", "социализация" и "индивидуализация" (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Понятие "*адаптация*" включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в привычных для него геосоциальных условиях.

Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека. Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе ("другой такой же живой, как и Я"). Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им. Третий критерий — как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества — это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация, по К.Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других — один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако можно заметить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи (Маслоу А., Роджерс К. и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно — в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляют содержание внутренней

картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

ВЛИЯНИЕ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет **патогенное влияние** соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Соматогенное влияние болезни на психику. Связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь комплекс нарушений в нервно-психической сфере при этом часто именуют термином **"соматогения"**. По своей структуре соматогенные характеризуются полиморфизмом проявлений — от невротизированных нарушений до психотических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.



Психогенное влияние болезни на психику. Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на *сам факт заболевания и его последствия*, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием **"внутренняя (или аутопластическая) картина болезни"**. Последняя характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе положений нервизма (Сеченов И.М., Павлов И.П.) и кортико-висцеральной теории (Быков К.М., Курцин И.Т.).

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

На необходимость научного понимания единства биологического и социального в человеке для правильной оценки взаимоотношений организма и личности и роли личности в болезни указывали также М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев (1966).

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1) Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2) Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество различных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

Следует отметить, что в механизмах взаимоотношений психики и сомы большую роль играют так называемые механизмы "замкнутого круга". Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (семе), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по "замкнутому кругу" развертывается целостная картина болезни. Особенно велика роль "замкнутого круга" в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980)

1. **Гармонический** — правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.
2. **Эргопатический** — "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность.
3. **Анизогнозический** — активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется".
4. **Тревожный**—беспрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.
5. **Ипохондрический** — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.
6. **Неврастенический** — поведение по типу "раздражительной слабости". Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.
7. **Меланхолический** — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).
8. **Апатический** — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.
9. **Сенситивный**—чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.
10. **Эгоцентрический**—"уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.
11. **Паранойальный** — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.
12. **Дисфорический** — доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

Психические нарушения, возникающие в связи с патологией внутренних органов и систем, составляют специальный раздел в психиатрии, в последнее время нередко называемый соматопсихиатрией. Расстройства, которые входят в него, объединяются общностью механизмов и основных клинических проявлений. Вместе с тем в них находят отражение определенные особенности, характерные для отдельных соматических заболеваний. Все это оказывает существенное влияние на терапевтическую тактику, в разработке и осуществлении которой необходимо тесное сотрудничество между интернистами и психиатрами.

Для обозначения психических нарушений, связанных с соматическими заболеваниями, предложены различные термины: симптоматические психозы, экзогенный тип психических реакций, соматически обусловленные психозы, психические расстройства в тесной связи с соматическими заболеваниями, соматогенные психозы.

Для "соматически обусловленных психозов" К. Schneider считал характерными следующие признаки: наличие соматического заболевания; заметную связь во времени между соматическими и психическими нарушениями; определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств; возможное, но не обязательное появление органической психопатологической симптоматики.

Клиника соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени тяжести, этапа течения, эффективности терапевтических воздействий, а также от таких индивидуальных свойств заболевшего, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествовавших вредностей.

Соматопсихиатрия включает в себя ряд тесно взаимосвязанных, но в то же время различных по своему синдромологическому оформлению групп болезненных проявлений. С одной стороны, это прежде всего психические нарушения, обусловленные собственно соматогенным фактором, которые относятся к большому разделу экзогенно-органических психических расстройств. Не меньшее место в клинике психических нарушений при соматических заболеваниях занимают психогенные нарушения (реакция на болезнь не только с ее ограничением жизнедеятельности человека, но и возможными весьма опасными последствиями). Особого внимания в настоящее время заслуживает проблема так называемой внутренней картины болезни и тесно связанные с ней вопросы деонтологии в соматической клинике.

Вопросы систематики соматогенных психических расстройств окончательно не решены. Их изучение а динамическом аспекте с позиций "психиатрии течения" показывает, что на разных стадиях заболевания могут развиваться как различные острые, так и затяжные психические нарушения. В то же время имеется определенный круг психопатологических синдромов, особенно характерных в настоящее время для соматогенных психических расстройств. Чаще всего встречаются следующие расстройства: 1) астенические; 2) аффективные; 3) психопатические и психопатоподобные; 4) бредовые состояния; 5) синдромы помрачения сознания; 6) органический психосиндром.

В конце прошлого и начале XX века противоборствовали две концепции. Крепелин и его сторонники отстаивали представление о специфичности симптоматики психозов при каждом соматическом заболевании. Напротив, Бонгеффер выдвинул концепцию об экзогенном типе реакции, т.е. общих неспецифических психических реакций на различные экзогенные вредности. Концепция Бонгеффера оказалась более прогрессивной. Он выделил следующие типы неспецифических экзогенных реакций: оглушение, делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания, острый галлюциноз, маниакальный, депрессивный, кататоноформный, параноидный, астенический (состояние эмоционально - гиперэстетической слабости) и амнестический (Корсаковский) синдромы.

При изучении соотношения соматической и психической патологии следует запомнить следующие закономерности и положения:

1. На многообразные соматические вредности мозг реагирует ограниченным кругом неспецифических психопатологических реакций, т.е. определенным набором синдромов (согласно концепции Бонгеффера). Это закон эквивалентности.

2. Между степенью остроты, интенсивности и тяжести соматических и психических нарушений наблюдается определенный параллелизм. При острых резких соматических сдвигах могут возникать острые психозы типа делирия, оглушения, аментивного синдрома, сумеречного помрачения сознания, остро вербального галлюциноза. При затяжном хроническом течении общего соматического заболевания наблюдаются астенические, аффективные расстройства или явления психоорганического синдрома.

3. Большое значение имеет индивидуальная предрасположенность мозга к тому или иному типу психических реакций. При одинаковом виде и тяжести соматической патологии разные люди реагируют различными психозами.

4. Следует учитывать индивидуальные реакции личности на соматические страдания, т.е. возможность возникновения психогенных состояний, которые могут путать правила параллелизма между степенью выраженной соматической и психической патологии.

Симптоматические психозы разделяются на острые и затяжные (протаргированные).

Острые симптоматические психозы чаще протекают с кратковременными эпизодами помрачения сознания в виде оглушения, делирия, аменции, сумеречного помрачения сознания или онейроида. Они развиваются обычно после кратковременного продромального периода, в клинике которого преобладают астенические расстройства (головная боль, вялость и двигательное беспокойство, тревога, подавленность, нарушение сна, гиперестезии) и бывают непродолжительными (от нескольких часов до 2-3 суток).

Острые симптоматические психозы могут протекать в виде острого вербального галлюциноза без помрачения сознания. Он развивается внезапно с появления комментирующих "голосов", сопровождающихся тревогой, страхом, растерянностью. Если галлюцинации приобретают императивное содержание, больные могут совершать действия опасные для себя и окружающих.

После выхода из острого психоза наблюдаются явления церебрастении (повышенная утомляемость, истощаемость, раздражительность, снижение работоспособности, плохой сон, капризность, неустойчивость настроения, гиперестезия).

Затяжные (протаргированные) симптоматические психозы развиваются при неблагоприятном течении общего соматического заболевания или при постепенном выходе из состояния тяжелого отравления. В этих случаях острые синдромы помрачения сознания сменяются переходными синдромами, которые сохраняются на протяжении от 2 недель до 2-3 месяцев и завершаются длительным астеническим состоянием или переходят в психоорганический синдром.

В качестве вариантов затяжных соматических психозов описаны следующие состояния: депрессивные, депрессивно - бредовые, галлюцинаторно - параноидные, маниакальные, псевдопаралитические состояния,

транзиторные Корсаковский психоз, конфабулез, психоорганический синдром (астенический и эксплозивный варианты).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Сердечная недостаточность. При остро развивающейся сердечной недостаточности наблюдается легкое оглушение, обнубиляция сознания, астенические расстройства с выраженной физической и психической утомляемостью, раздражительной слабостью, гиперестезией. У больных с хронической сердечной недостаточностью обнаруживаются вялость, апатия, безинициативность, дисмнестические расстройства или состояние эйфории. Перечисленные явления то усиливаются, то ослабевают в зависимости от соматического состояния больного.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Психические нарушения при гриппе возникают на высоте инфекции в лихорадочном или постфебрильном периоде. В продроме психозов отмечаются астенические расстройства, адинамия, расстройства сна (бессонница ночью и сонливость днем), а также явления дереализации, страхи с неприятными ощущениями в области сердца. Острые психотические состояния проявляются картинами острого делирия, эпилептиформным, а также тревожнотоскливым возбуждением с бредом самообвинения, греховности, реже идеями преследования. Эти состояния отличаются присутствием астенических расстройств, в первую очередь повышенной истощаемости и вегетативных нарушений. Реже наблюдаются гипоманиакальное состояние с оживлением, стремлением к деятельности. Необходимо подчеркнуть, что психозы возникают обычно в периоды эпидемий и крайне редки при спорадических случаях заболевания.

Вирусные пневмонии. Для вирусных пневмоний наиболее характерны делириозные и делириознонейроидные состояния, а также симптоматические психозы в виде затяжных депрессий с ажитацией, тревогой, бредом инсценировки, ложными узнаваниями, вербальными иллюзиями и галлюцинаторно - бредовыми явлениями.

Туберкулез. У больных туберкулезом, как правило, наблюдаются астенические расстройства: выраженная раздражительная слабость, слезливость, беспомощность. Больным с далеко зашедшим (фиброзно - кавернозным)

туберкулезом легких свойствен повышенный тон настроения с эйфорическим оттенком, беспечностью, легкостью суждений, иногда напротив, мнительность и фиксация на проявлениях болезни. Психозы редки, среди них чаще встречаются маниакальные, реже галлюцинаторно - параноидные состояния. Присоединение эпилептиформных припадков дает повод заподозрить возникновение туберкулома в головном мозге. Существует мнение, что психозы при туберкулезе связаны не с самим заболеванием, а с применением противотуберкулезных средств.

Инфекционный гепатит. При инфекционном гепатите психические расстройства весьма разнообразны. В одних случаях наблюдается депрессия с раздражительностью и адинамией, в других - повышенная чувствительность и эмоциональная лабильность, в третьих - раздражительность доходящая до злобности. Наблюдаются и психопатоподобные состояния с истерическими расстройствами. Выраженный психоорганический синдром встречается только в случаях токсической энцефалопатии при тяжелом течении сывороточного гепатита.

Послеродовые (пуэрперальные) психозы. Наиболее часто наблюдаются делирий, вербальный галлюциноз, депрессии с тревогой и мании со спутанностью; раньше характерными считались состояния аменции. Послеродовые психозы могут быть симптоматическими (в связи с послеродовыми септическими процессами) и эндогенными (шизофрения, маниакально - депрессивный психоз), спровоцированными беременностью и родами. Дифференциальная диагностика сопряжена с большими трудностями, так как психозы различного генеза имеют сходную клиническую картину. Однако делириозные эпизоды и развитие кататонических расстройств только на высоте аментивного состояния говорят в пользу симптоматического психоза, а развитие аменции вслед за кататоническим возбуждением более свойственно шизофрении. Если психоз возникает в неосложненном послеродовом периоде, то диагноз симптоматического психоза сомнителен.

Психические нарушения сосудистого генеза вызываются различными по нозологической принадлежности заболеваниями (атеросклероз, гипертоническая болезнь, облитерирующий тромбангит и др.).

Сосудистые поражения головного мозга сопровождаются психическими расстройствами только в части случаев (у 15-23% больных). Они бывают острыми, подострыми или хроническими, волнообразными или прогрессивными, регрессивными или склонными к длительной стабилизации.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В качестве этиологических факторов сосудистых заболеваний мозга прежде всего выступают основные соматические заболевания - гипертоническая болезнь, атеросклероз. Патогенез психических расстройств нуждается в дальнейшем изучении. В частности, до сих пор неизвестно, почему только некоторая часть сосудистых поражений головного мозга сопровождается психическими нарушениями. В одних случаях обнаруживается более прямая зависимость психических нарушений от особенностей течения психического процесса (острые психозы, психоорганические изменения, деменция). В других случаях несомненно участие других патогенетических факторов (конституционально-генетических, экстрацеребральных, общесоматических) в развитии психических расстройств (затяжные эндоформные психозы).

В развитии острых сосудистых психозов, в том числе ночных состояний спутанности, важную роль играют ночные снижения артериального давления и возникающая в связи с этим недостаточность кровоснабжения мозга. Такие психические эпизоды возникают преимущественно при осложнении сосудистого процесса сердечной декомпенсацией, инфекционными и другими соматическими заболеваниями. В развитии острых психозов большую роль играют также резкие сдвиги в мозговом кровотоке и нарушения мозгового кровообращения.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Психические изменения очень полиморфны: от неврозов и психопатоподобных состояний, острых, подострых и хронических психозов до различных синдромов деменции, сопровождающихся или не сопровождающихся неврологическими нарушениями.

Наиболее удобной в практическом отношении представляется следующая систематика психических расстройств (Штернберг Э.Я. 1983г.):

1. Начальные ("непсихотические", неврозоподобные, псевдоневрастенические синдромы);
2. Различные синдромы сосудистой деменции;
3. Психотические синдромы (синдромы экзогенного типа, аффективные, бреда вые и пр.).

Начальные синдромы. Основное место среди инициальных психических расстройств при сосудистых поражениях головного мозга занимает псевдоневрастенический синдром. Для больных характерны жалобы на головокружение, головные боли, шум в ушах, парестезии, слабость, утомляемость и повышенную истощаемость, нарушение сна (укороченный сон, пробуждение с невозможностью снова уснуть, отсутствие чувства сна), невыносимость шума и жары, забывчивость, подавленное настроение и слезливость. Больные с трудом поддерживают определенный уровень концентрации внимания, ослабевает способность сосредоточиться, снижается трудоспособность, хотя сохраняются известные компенсаторные возможности (улучшение работоспособности после отдыха, выходного дня). Как правило, выражено чувство болезни и собственной несостоятельности. Обнаруживаются различные по выраженности признаки органического снижения психической деятельности. Нарушается объем симультанного (одновременного) восприятия, больные часто не замечают всех предметов, находящихся в поле зрения, чем отчасти объясняются столь характерные поиски очков, ключей и т.п.

Мышление, речь, моторика замедляются. Отмечается ригидность и обстоятельность мышления, снижается продуктивность, переключаемость и уровень мыслительной деятельности. Ослабевают запоминание и фиксация нового опыта, нарушается хронологическая ориентировка, появляются первые признаки нарушения избирательной репродукции нужных в данный момент материалов памяти. Для аффективных изменений типичен симптом несдержанности аффекта, в частности слезливость по незначительному поводу. В связи с сохранностью чувства болезни и известным критическим отношением к наступившим изменениям, а также в результате различных соматических расстройств у больных легко возникают реактивные, неврозоподобные нарушения: депрессивные и тревожно-депрессивные реакции, обсессивно-фобические, ипохондрические, сенесто-ипохондрические состояния.

Психопатоподобные расстройства заключаются главным образом в постепенном заострении ранее свойственных больному личностных черт. Обычно те черты и расстройства личности, которые раньше были приторможены морально-этическими и социальными установками больного, начинают все больше проявляться в его поведении. Больные становятся все более эгоистичными, скупыми, раздражительными, нетерпимыми, ревнивыми, эйфоричными и благодусными, менее тактичными в обращении с другими людьми. Эти изменения нарушают нормальные связи больных с окружающим миром, делают их нетерпимыми к окружающей среде.

Клиника личностных изменений зависит от ряда факторов, например, от возраста. При развитии сосудистого процесса в инволюционном периоде усиливаются прежде всего астенические компоненты характера - нерешительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным опасениям, депрессивным и ипохондрическим реакциям. При начале сосудистого процесса в старческом возрасте наблюдается нарастание выраженной ригидности и огрубение личности, эгоцентризм, преобладание отрешенности, неприязненного отношения к окружающим. Клиническая картина личностных изменений в значительной мере определяется преморбидным складом личности, а также особенностями самого сосудистого процесса. При прогрессивном

течении сосудистого заболевания указанные выше личностные изменения начинают сменяться нивелировкой характерологических черт: наблюдается утрата тонких нюансов характера, сглаживание преморбидных особенностей личности. Больные становятся как бы более покладистыми, сговорчивыми и спокойными, что делает их более приемлемыми в повседневной жизни. Однако в таких случаях это свидетельство уплощения личности и снижения ее требований к жизни, что является началом ослабляющего эффекта. При прогрессирующем течении сосудистого заболевания стойкое общее обеднение психики и симптомы выпадения достигают такой степени, что начальные (псевдоневротические и др.) расстройства стираются. В этих случаях говорят о переходе начальных проявлений сосудистого процесса в деменцию.

Если же органическое снижение психической деятельности остается маловыраженным, то квалификация таких состояний вызывает известные трудности.

В таких случаях совокупность психических изменений (отчетливые дисмнестические расстройства с нарушением хронологической ориентировки, снижение темпа и продуктивности умственной деятельности, критики и уровня

суждений) обозначается понятием "органический психосиндром" (психоорганический синдром).

Сосудистая деменция. Различают ряд форм (клинических типов) сосудистой деменции, т.е. состояния стойкого, малообратимого обеднения всей психической деятельности.

Лакунарная дисмнестическая парциальная деменция - классический тип сосудистой деменции, характеризующийся нарастающими нарушениями запоминания и избирательной репродукции, нарушениями ориентировки во времени и способности датировать события, прогрессирующим затруднением и замедлением всех психических процессов. Это состояние сопровождается астенией и снижением психической активности, затруднением в нахождении нужных слов, снижением уровня суждений и критики при известной сохранности сознания собственной несостоятельности и основных личностных установок (так называемого ряда личности), чувством болезни и беспомощности, слабодушием и недержанием аффекта. Такой тип слабоумия развивается преимущественно при атеросклеротических процессах, манифестирующих в возрасте от 50 до 65 лет. Он формируется чаще всего путем усиления психоорганических расстройств, возникших на ранних этапах заболевания. У части больных синдром лакунарного слабоумия возникает более остро после нарушения мозгового кровообращения (постоплектическая деменция).

Амнестическая деменция развивается после острых нарушений мозгового кровообращения (инсульты, тяжелые гипертонические кризы, субарахноидальные кровоизлияния), а нередко после острых сосудистых психозов. Характеризуется фиксационной амнезией, грубой дезориентировкой во времени и окружающем, конфабуляциями, т.е. развитием корсаковского синдрома. Картина такого слабоумия в части случаев оказывается до некоторой степени обратимой.

Псевдопаралитическая деменция - в клинической картине преобладают беспечность, эйфория, говорливость, расторможенность влечений, резкое снижение критики и уровня суждений при полном отсутствии чувства болезни. Нарушения памяти и ориентировки выражены сравнительно меньше. Такой тип сосудистой деменции обнаруживается обычно у больных более молодого возраста при выраженной гипертонической энцефалопатии или при локализации очагов размягчения в лобной доле.

Псевдотуморозная форма сосудистой деменции - редкая форма сосудистого слабоумия, наблюдающаяся при тяжелой гипертонической энцефалопатии. Клиническая картина характеризуется оглушенностью больных, адинамией, снижением двигательной и речевой активности, выраженными трудностями фиксации, восприятия и осмысления происходящего. Требуется тщательной дифференцировки с опухолью мозга. В этом случае основное внимание обращают на соматические и неврологические проявления заболевания, биохимические изменения в спинномозговой жидкости, результаты исследования глазного дна, полей зрения, ЭЭГ, краниограммы, пневмоэнцефалограммы и др.

Сенильноподобная деменция наблюдается при манифестации сосудистого процесса в старости. В начальной стадии этого типа сосудистой деменции наблюдаются личностные изменения, сходные с таковыми при старческом слабоумии: мрачно-угрюмое или недовольно-раздражительное настроение, отдельные идеи отношения и отрешенность. Клиническая картина деменции определяется более глубокими, чем при дисмнестическом слабоумии, диффузными нарушениями памяти, выраженной дезориентировкой, элементами "сдвига ситуации в прошлое", глубоким снижением всех видов умственной деятельности. Картина слабоумия приближается к тотальной деменции, но в отличие от сенильной все же не бывает столь тяжелой. Кроме того, в отличие от сенильной деменции может наблюдаться более острое начало заболевания, неравномерное течение, неоднократные обострения и острые (в частности ночные) психотические эпизоды.

Альцгеймероподобная (асемическая) форма сосудистой деменции протекает с очаговыми корковыми расстройствами, обусловленными мелкоочаговым поражением обширных корковых областей (афато-апракто-агностическая деменция) - сосудистый вариант болезни Гаккебуша-Гейера-Геймановича. Прижизненная диагностика не всегда возможна. Однако, иногда более острое начало, менее плавное течение, обострения и

транзиторные (чаще ночные) психотические эпизоды, атипичия очаговой симптоматики способствуют прижизненному распознаванию этой редкой формы.

Аффективные психозы. Нередко наблюдаются относительно неглубокие, нечетко очерченные, протаргированные и колеблющиеся в интенсивности депрессивные состояния, для которых характерно слезливое или дисфорическое настроение, обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость поведения ("жалующиеся", "ноющие" депрессии), отсутствие или слабая выраженность соматовегетативных компонентов депрессивного синдрома. Типично возникновение на фоне депрессии эпизодов тревожно-боязливого возбуждения или страха, ночных эпизодов делириозного помрачения сознания и постепенное нарастание органических изменений личности. При гипертонической болезни чаще наблюдаются тревожные депрессии с растерянностью, дезорганизацией поведения, беспокойством за судьбу близких, склонностью к бредоподобному толкованию окружающего, иногда идеями преследования и ипохондрическим бредом. При атеросклерозе часто развиваются ворчливые или брюзжащие депрессии с недовольством, фиксацией больных на отрицательных моментах жизни, стремлением во всем видеть плохое, капризностью, слезливостью, слабодушием, массой стереотипных жалоб, конфликтностью по малозначительным поводам.

Маниакальное состояние встречается крайне редко и протекает атипично: приподнятый фон настроения сочетается, как правило, с суетливостью, раздражительностью, слабодушием, ослаблением памяти, внимания, интеллекта.

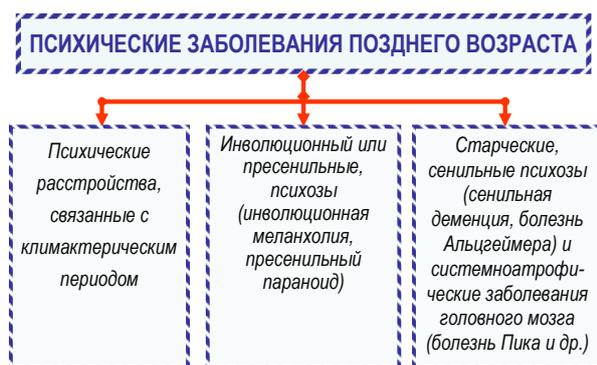
Эндоморфные психозы. Развиваются, как правило, при сравнительно поздно манифестирующих сосудистых процессах, с относительно медленной прогрессивностью и без грубых очаговых расстройств. В их развитии важную роль играют другие патогенетические факторы - конституциональные, наследственные, соматогенные.

Острые параноидные состояния характеризуются острым началом, бурным развитием симптоматики с преобладанием страха, тревоги, чувственного бреда (отношения, отравления, преследования), иногда неразвернутого бреда физического воздействия. Бредовые идеи нестойкие, отрывочные, часто в фабулу бреда вплетены имевшие место психогении. На высоте психоза наблюдается своеобразное изменение в виде легкой сомноленции, оглушенности, недооценки окружающего ("экзогенный налет"). Содержание бреда черпается из окружающего, которое больному трудно объяснить из-за выраженного страха. Могут наблюдаться слуховые обманы, крайне редко психические автоматизмы, имеющие рудиментарный характер.

Затяжные параноидальные психозы наблюдаются чаще у мужчин в виде параноидального бреда ревности. Бред ревности обычно сравнительно мало разработан, слабо систематизирован и бедно аргументирован. Типичное содержание бреда - измена жены с молодыми людьми, молодыми членами семьи, в том числе с сыном или зятем. Бред ревности сочетается обычно с идеями ущерба (жена кормит соперников лучше, отдает им вещи больного и т.д.), подавленным настроением, слезливостью, частыми вспышками раздражения, злобности и агрессивности.

Хронический галлюциноз нередко развивается вслед за острым галлюцинаторным психозом. Определяется преимущественно поливокальным истинным вербальным галлюцинозом, отличающимся волнообразным течением. На протяжении ряда лет не наблюдается усложнения клинической картины и развития бреда, не связанного с содержанием галлюциноза. Интенсивность галлюциноза обычно усиливается в вечерние и ночные часы, на высоте своего развития галлюциноз становится сценическим. Такие психозы возникают в основном на фоне стабилизации соматических проявлений сосудистого процесса. Не отмечается дальнейшего прогрессирования признаков психоорганического снижения

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА



ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Группа психических заболеваний, манифестирующих в инволюционном периоде и в старости, которые не приводят к слабоумию, т.е. являются функциональными

ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

- *Инволюционная депрессия*
- *Инволюционный паранойд*

ИНВОЛЮЦИОННАЯ ДЕПРЕССИЯ (МЕЛАНХОЛИЯ)

Чаще всего возникает у женщин в возрасте 50 - 60 лет.

Ведущий синдром на всем протяжении инволюционный меланхолии - *тревожно-тоскливая депрессия* с частым присоединением бредовых идей самообвинения, уничижения или ипохондрического характера.

ИНВОЛЮЦИОННАЯ ДЕПРЕССИЯ (МЕЛАНХОЛИЯ)

В одних случаях происходит постепенное усиление тревожного беспокойства, которое в дальнейшем не меняется, оставаясь длительно на одном и том же уровне;

В других случаях симптоматика тревожного возбуждения нарастает стремительно и бурно, обычно усложняясь за счет присоединения расстройства восприятия и бредовых идей, отражающих чувство безысходности в фантастически грандиозной форме (*бред Котара*)

ИНВОЛЮЦИОННЫЕ БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ

Галлюцинаторно-параноидные психозы позднего возраста с отчетливой тенденцией к синдромальному усложнению, в частности к развитию психического автоматизма.

Вопрос об их самостоятельности остается спорным.

ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Роль нижеперечисленных факторов значительнее, чем при психозах среднего возраста:

- ✎ Преморбидный склад личности (ригидность, черты тревожной мнительности и т.д.)
- ✎ Ситуационные и психотравмирующие факторы
- ✎ Нетяжелые, но снижающие сопротивляемость организма соматические заболевания и т.д.

ИНВОЛЮЦИОННАЯ ДЕПРЕССИЯ (МЕЛАНХОЛИЯ)

Начальные проявления болезни выражают в немотивированном беспокойстве, растерянности, чувстве безотчетного страха на фоне угнетенного, тоскливого настроения.

Развитие заболевания бывает неодинаковым.

Прогноз благоприятен

ИНВОЛЮЦИОННАЯ ДЕПРЕССИЯ

Простые депрессии:

- ✎ развитие и содержание тесно связано с ситуационными и реактивными моментами
- ✎ тревожная окраска сниженного настроения
- ✎ ипохондрические опасения.

Исход:

- ✎ благоприятен
- ✎ иногда переход в стойкие субдепрессивные состояния с угрюмостью и повышенной ипохондричностью

ИНВОЛЮЦИОННЫЕ БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ:

- *инволюционная паранойя*
- *инволюционная парафрения*
- *пресенильный бред ущерба*

ИНВОЛЮЦИОННЫЕ БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ:

Болезнь характеризуется постепенным развитием стойкого бреда на фоне ясного сознания и внешне упорядоченного поведения.

Типичная структура бреда и его фабула. В бредовую концепцию вовлекается узкий круг лиц (соседи, знакомые), которые подозреваются в умышленном причинении всевозможных неприятностей. Тематик бредовых построения обычно не распространяется за пределы узких бытовых отношений (**бред «малого размаха», «обыденных отношений»**).

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ АТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ОБЪЕДИНЯЮТСЯ

- *Малозаметной начальной симптоматикой*
- *Медленным постепенным, но хронически прогрессирующим необратимым развитием*
- *Ослабоумливание прогрессирует*
- *На разных стадиях присоединяются неврологические симптомы*

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЯ И НАВЫКОВ

Порядок определения знания студентов

По 100 балльной системе

№	Вид	Максимальный балл	Коэффициент	Отборочный балл
1.	Текущий балл	45	0,45	24,75
2.	Сам. работа	5	0,05	2,75
3	Промежуточный балл	11	0,2	
4.	Итоговый балл	30	0,3	27,5
	Итого	100	1	55,0

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ

№	Наименование темы	Оценка	Уровень знания студента
1.	Предмет и задачи психиатрии, наркологии и мед.психологии. Общая психопатология. Процессы познания: нарушение ощущения и восприятия. Мышление, норма и патология, синдромы	Отлично 86-100 б. Хорошо 71-85 б. Удов. 56-70 б. Неуд. 55б	Знает и имеет представление о принципах организации больничной и внебольничной психиатрической помощи. Основные показания для стационарного лечения. Динамический учет психически больных. Проблема патронажа. Ощущения, восприятия и их расстройства, Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Может принять решение и сделать выводы. Имеет творческое мышление. Знает и имеет представление о принципах организации больничной и внебольничной психиатрической помощи. Основные показания для стационарного лечения. Ощущения, восприятия и их расстройства, Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Знает и имеет представление о принципах организации больничной и внебольничной психиатрической помощи. Ощущения, восприятия и их расстройства, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Не имеет представления, не знает.

№	наименование темы	Оценка	Уровень знания студента
2.	Память, внимание, интеллект, норма и патология. Эмоционально-волевая сфера и её патология. Сознание, нарушение сознания Синдромы психических расстройств. Классификация психических заболеваний.	Отлично 86-100 б. Хорошо 71-85 б. Удов. 56-70 б.	<p>Знает и имеет представление о физиологических психологических, биохимических основах памяти. Основные количественные и качественные нарушения памяти. Парамнезии. Особенности расстройства памяти при различных заболеваниях. Патологии интеллекта. Расстройства эмоции: гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория, эмоциональная лабильность, экзотозивность, слабодушие, апатия, страх, тревога, эмоциональная неадекватность, амбивалетность. Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Может принять решение и сделать выводы. Имеет творческое мышление.</p> <p>Знает и имеет представление о физиологических психологических, биохимических основах памяти. Основные количественные и качественные нарушения памяти. Парамнезии. Особенности расстройства памяти при различных заболеваниях. Патологии интеллекта. Расстройства эмоции, практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.</p> <p>Знает и имеет представление о памяти. Основные количественные и качественные нарушения памяти. Парамнезии. Патологии интеллекта. Расстройства эмоции: гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория, эмоциональная лабильность, экзотозивность, слабодушие, апатия, страх, тревога, эмоциональная неадекватность, амбивалетность. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.</p> <p>Не имеет представления, не знает.</p>

№	Наим. темы	Оценка	Уровень знания студента
3.	Понятие личности. Характер. Темаперамент. Психопатии. Психогении: неврозы и реактивные психозы. Хронический алкоголизм. Наркомания и токсикомания.	Отлично 86-100 б. Хорошо 71-85 б. Удов.	<p>Знает и имеет представление об алкогольной интоксикации. Патологическое опьянение. Алкоголизм. Стадии алкоголизма, основные клинические проявления. Похмельный абстинентный синдром. Синдром измененной реактивности. Психическая и физическая зависимость. Изменения личности при алкоголизме. Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Может принять решение и сделать выводы. Имеет творческое мышление.</p> <p>Знает и имеет представление об алкогольной интоксикации. Патологическое опьянение. Алкоголизм. Стадии алкоголизма, основные клинические проявления. Похмельный абстинентный синдром. Психическая и физическая зависимость. Изменения личности при алкоголизме, практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.</p> <p>Знает и имеет представление об алкогольной интоксикации. Патологическое опьянение. Стадии алкоголизма, основные клинические проявления. Похмельный абстинентный синдром. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.</p> <p>Не имеет представления, не знает.</p>
№	Наим. темы	Оценка	Уровень знания студента

4.	Шизофрения клиника, течение, прогноз. Современные методы лечения шизофрении. Психология лиц с нервно-психическим и заболеваниями и.	Отлично 86-100 б.	Знает и имеет представление о понятии и вопросы о сущности шизофрении. Закономерности клиники и течения Продуктивные и негативные симптомы при шизофрении. Основные клинические формы. Типы течения шизофрении. Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Может принять решение и сделать выводы. Имеет творческое мышление.
		Хорошо 71-85 б.	Знает и имеет представление о понятии и вопросы о сущности шизофрении. Закономерности клиники и течения Продуктивные и негативные симптомы при шизофрении. Основные клинические формы. Типы течения шизофрении, практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.
		Удов. 56-70 б.	Знает и имеет представление о понятии и вопросы о сущности шизофрении. Продуктивные и негативные симптомы при шизофрении. Основные клинические формы.. Типы течения шизофрении. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.
		Неуд. 55б	Не имеет представления, не знает.

№	Наим. темы	Оценка	Уровень знания студента
5.	Эпилептическая болезнь клиника, изменения личности, лечение Психические нарушения при травме черепа	Отлично 86-100 б.	Знает и имеет представление об определении понятия.. Эпидемиология. Этиопатогенез, современная классификация. Клиника эпилепсии. Экстренные методы первой помощи при эпилептическом припадке. Эпилептические изменения личности, деменция. Эпилептиформные синдромы. Дифференциальный диагноз эпилептической болезни и эпилептиформных состояний. Основные методы диагностики и лечения.. Психические нарушения при черепно-мозговой травме. Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Может принять решение и сделать выводы. Имеет творческое мышление.
		Хорошо 71-85 б.	Знает и имеет представление об определении понятия.. Клиника эпилепсии. Экстренные методы первой помощи при эпилептическом припадке. Эпилептические изменения личности, деменция. Основные методы диагностики и лечения.. Психические нарушения при черепно-мозговой травме, практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.
		Удов. 56-70 б.	Знает и имеет представление об определении понятия.. Клиника эпилепсии. Экстренные методы первой помощи при эпилептическом припадке. Эпилептические изменения личности, деменция. Основные методы диагностики и лечения.. Психические нарушения при черепно-мозговой травме. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.
		Неуд. 55б	Не имеет представления, не знает.

№	наименование темы	Оценка	Уровень знания студента
6.	Психические нарушения у лиц с соматической патологией. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях. Сенильные и пресенильные психозы	Отлично 86-100 б.	Знает и имеет представление об Общих закономерностях развития соматогенных неинфекционных и инфекционных психических расстройств на невротическом и психотическом уровни. Параллелизм в развитие соматических и психических нарушений. Послеродовые психозы. Психические нарушения при онкологических, эндокринных заболеваниях. Профилактика, основные направления лечения, прогноза, экспертизы, реабилитации. Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать. Может принять решение и сделать выводы. Имеет творческое мышление.
		Хорошо 71-85 б.	Знает и имеет представление об Общих закономерностях развития соматогенных неинфекционных и инфекционных психических расстройств. Параллелизм в развитие соматических и психических нарушений. Послеродовые психозы. Психические нарушения при онкологических, эндокринных заболеваниях. Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.
		Удов. 56-70 б.	Знает и имеет представление об Общих закономерностях развития соматогенных неинфекционных и инфекционных психических расстройств. Параллелизм в развитие соматических и психических нарушений. Послеродовые психозы. Психические нарушения при онкологических, эндокринных заболеваниях. Практически применяет эти знания, самостоятельно размышлять. Разъяснять смысл материала. Устно отвечать.
		Неуд. 55б	Знает и имеет представление об Общих закономерностях развития соматогенных неинфекционных и инфекционных психических расстройств. Разъяснять смысл материала. Устно отвечает.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ, АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ.

ЗАДАНИЕ: выявите у данного больного симптомы алкогольного делирия и абстинентного синдрома.

- 1) Общий подход к больному (пассивность, активность), изучение состояния сознания (ориентировка в себе, месте и времени), описание состояния двигательной сферы (возбуждение), выявление симптомов абстиненции (психическая и физическая зависимость).
- 2) Определение симптома Ашаффенбурга (симптом мнимого телефона).
- 3) Определение симптома Липмана (при надавливании на глазные яблоки усиление зрительных галлюцинаций).
- 4) Определение симптома Рейхардта (отсутствие жалоб в присутствии врача и присутствие жалоб при отсутствии врача).
- 5) Подготовка больного к лечебным манипуляциям (освобождение от стесняющей одежды, фиксация).
- 6) Купирование психотического возбуждения (введение в/в р-ра аминазина 2,5% - 2,0 и галоперидола 0,5% - 1,0).
- 7) Проведение дезинтоксикационных мероприятий (в/в введение гемодеза, натрия тиосульфата 30% - 20,0).
- 8) Мероприятия по предупреждению осложнений дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности (п/к кордиамин 25% - 2,0, камфора в/м 10% - 2,0, лобелин п/к 1 - 2 мл).
- 9) При продолжающемся возбуждении дополнительно в/в седуксен 0,5% - 2,0 - 4,0.
- 10) Постановка диагноза, дифференциальный диагноз и направление в специализированный стационар.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПСИХОМОТОРНОМ ВОЗБУЖДЕНИИ.

ЗАДАНИЕ: Выявите у больного симптомы и определите вид психомоторного возбуждения.

- 1) Общий подход к больному (доступность к контакту), предупреждение совершения социально опасных поступков (фиксация больного).
- 2) Выявление симптомов галлюцинаторно-параноидного возбуждения (тревога, страх, подозрительность, недоступность, агрессивность в сочетании с галлюцинациями, склонность к самоповреждениям, побегам).
- 3) Выявление симптомов гебефренического возбуждения (дурашливость, кривляние, нелепость, вычурность речи, неопрятность, расторможенность, склонность оголяться).
- 4) Выявление симптомов маниакального возбуждения (повышенное настроение, непоседливость, речевое возбуждение, айкаричность, гневливость, стремление к деятельности).
- 5) Выявление симптомов кататонического возбуждения (стереотипные вычурные движения, бессвязная речь, гримасничание, импульсивность, агрессия).
- 6) Выявление симптомов эпилептического возбуждения (аффект злобы, страха, агрессивные разрушительные действия).
- 7) Выявление симптомов психопатического возбуждения (скандальность, демонстративность, театральность поступков, жестикуляция, самовзвинчивание).
- 8) Выявление симптомов меланхолического возбуждения (подавленное настроение, двигательное беспокойство, суицидальные тенденции).

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПСИХОМОТОРНОМ ВОЗБУЖДЕНИИ.

ЗАДАНИЕ: Выявите у больного симптомы и определите вид психомоторного возбуждения.

- 1) Общий подход к больному (доступность к контакту), предупреждение совершения социально опасных поступков (фиксация больного).
- 2) Выявление симптомов галлюцинаторно-параноидного возбуждения (тревога, страх, подозрительность, недоступность, агрессивность в сочетании с галлюцинациями, склонность к самоповреждениям, побегам).
- 3) Выявление симптомов гебефренического возбуждения (дурашливость, кривляние, нелепость, вычурность речи, неопрятность, расторможенность, склонность оголяться).
- 4) Выявление симптомов маниакального возбуждения (повышенное настроение, непоседливость, речевое возбуждение, айкаричность, гневливость, стремление к деятельности).
- 5) Выявление симптомов кататонического возбуждения (стереотипные вычурные движения, бессвязная речь, гримасничание, импульсивность, агрессия).

- 6)Выявление симптомов эпилептического возбуждения (аффект злобы, страха, агрессивные разрушительные действия).
- 7)Выявление симптомов психопатического возбуждения (скандальность, демонстративность, театральность поступков, жестикуляция, самовзвинчивание).
- 8)Выявление симптомов меланхолического возбуждения (подавленное настроение, двигательное беспокойство, суицидальные тенденции).
- 9)Необходимые манипуляции (строгий надзор, изоляция больного, тизерцин 2,5% - 1,0 в/м, галоперидол 0,5% - 1,0 в/м, амитриптилин 1% - 2,0 в/м, диазепам 0,5% - 2,0).
- 10) Негативные расстройства – применяемые нейролептики со стимулирующим действием.
- 11)Антидепрессанты с депрессивным и депрессивно-параноидным явлениями.
- 12)Сложные психопатологические симптомы – комбинация нейролептиков, антидепрессантов и др.
- 13) Инсулино-шоковая терапия.
- 14)Электро-судорожная терапия.
- 15)Определение дальнейшей тактики ведения больного (показания к госпитализации, особенности транспортировки).

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОПРОС И ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНОГО.

ЗАДАНИЕ: В ходе беседы с больным выявить имеющиеся психопатологические расстройства и на основании их описать психический статус больного.

- 1) Описание внешнего вида больного (как одет, поведение во время беседы).
- 2) Характеристика контактности больного (доступен, недоступен).
- 3) Оценка эмоционального состояния (фон настроения, мимические реакции, взгляд больного, устойчивость и адекватность эмоций, эмоциональная лабильность или стабильность) – эйфория, дисфория, апатия, депрессия.
- 4)Описание двигательной активности (характеристика и согласованность движений, жестикуляций, определение тонуса мышц) – возбуждение или ступор.
- 5) Характеристика внимания больного (устойчивость, подвижность, распределение).
- 6)Описание состояния сознания (ясность, ориентированность в собственной личности, месте, времени и окружающем).
- 7)Оценка сферы восприятия (реакция на раздражители, правильность восприятия окружающего мира, выявление ложных восприятий и ощущений) – наличие иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных расстройств.
- 8)Характеристика мнестических функций (изучение способностей к запоминанию, сохранению и воспроизведению информации, наличие или отсутствие обманов памяти) – фиксационная, анте- или ретроградная амнезия.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОПРОС И ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНОГО.

ЗАДАНИЕ: В ходе беседы с больным выявить имеющиеся психопатологические расстройства и на основании их описать психический статус больного.

- 1)Описание внешнего вида больного (как одет, поведение во время беседы).
- 2)Характеристика контактности больного (доступен, недоступен).
- 3) Оценка эмоционального состояния (фон настроения, мимические реакции, взгляд больного, устойчивость и адекватность эмоций, эмоциональная лабильность или стабильность) – эйфория, дисфория, апатия, депрессия.
- 4)Описание двигательной активности (характеристика и согласованность движений, жестикуляций, определение тонуса мышц) – возбуждение или ступор.
- 5)Оценка ассоциативного процесса (характеристика темпа, структуры и целенаправленности речи, логичность мышления, выявление расстройств мышления по содержанию) – наличие бредовых или навязчивых идей.
- 6)Характеристика внимания больного (устойчивость, подвижность, распределение).
- 7)Описание состояния сознания (ясность, ориентированность в собственной личности, месте, времени и окружающем).
- 8)Оценка сферы восприятия (реакция на раздражители, правильность восприятия окружающего мира, выявление ложных восприятий и ощущений) – наличие иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных расстройств.
- 9)Характеристика мнестических функций (изучение способностей к запоминанию, сохранению и воспроизведению информации, наличие или отсутствие обманов памяти) – фиксационная, анте- или ретроградная амнезия.
- 10)Оценка интеллектуальных способностей (выяснение соответствия запаса знаний и опыта образованию и возрасту) – олигофрения или деменция.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.

ЗАДАНИЕ: Учет факторов риска – предсказуемых побочных эффектов при назначении психотропных средств психически больным.

- 1) Правильный подбор медикамента с учетом его психотропного эффекта и индивидуальных особенностей организма больного (пол, возраст, резидуально-органической недостаточности мозга).
- 2) Предупреждение соматических побочных эффектов нейролептиков (гипотензия, тахикардия, затруднение носового дыхания, гипостатическая пневмония, диспепсия, гепатиты, обменно-эндокринные нарушения, кожные реакции, гипертермия).
- 3) Предупреждение неврологических побочных эффектов нейролептиков (дискинезия, акинезия, гипокинезия, нарушение мышечного тонуса, акатизия, тасикинезия, моторные автоматизмы) и их коррекция (циклодол, когентин, мидантан, динезин, кофеин).
- 4) Предупреждение соматических побочных эффектов антидепрессантов (гипотензия, тахикардия, кардиотоксичность, сухость во рту, задержка мочи, отечность).
- 5) Предупреждение неврологических побочных эффектов антидепрессантов (интенционный тремор рук, атаксия, судорожные припадки).
- 6) Предупреждение соматических побочных эффектов транквилизаторов (угнетение дыхания, запоры, сексуальные расстройства, кожные реакции, тромбозы).
- 7) Предупреждение неврологических побочных эффектов транквилизаторов (миорелаксация, адинамия, нистагм, дизартрия, дисфония).

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.

ЗАДАНИЕ: Учет факторов риска – предсказуемых побочных эффектов при назначении психотропных средств психически больным.

- 1) Правильный подбор медикамента с учетом его психотропного эффекта и индивидуальных особенностей организма больного (пол, возраст, резидуально-органической недостаточности мозга).
- 2) Предупреждение соматических побочных эффектов нейролептиков (гипотензия, тахикардия, затруднение носового дыхания, гипостатическая пневмония, диспепсия, гепатиты, обменно-эндокринные нарушения, кожные реакции, гипертермия) и их коррекция (кордиамин в/м, нафтизин, анаприлин, гепатопротекторы, преднизолон, физиотерапия).
- 3) Предупреждение неврологических побочных эффектов нейролептиков (дискинезия, акинезия, гипокинезия, нарушение мышечного тонуса, акатизия, тасикинезия, моторные автоматизмы) и их коррекция (циклодол, когентин, мидантан, динезин, кофеин).
- 4) Предупреждение психических побочных эффектов нейролептиков (депрессия, делирий) и их коррекция (антидепрессанты, ЭСТ, ГАМК, галоперидол).
- 5) Предупреждение соматических побочных эффектов антидепрессантов (гипотензия, тахикардия, кардиотоксичность, сухость во рту, задержка мочи, отечность) и их коррекция (кордиамин, в-адреноблокаторы, холиномиметики, а-адреноблокаторы).
- 6) Предупреждение неврологических побочных эффектов антидепрессантов (интенционный тремор рук, атаксия, судорожные припадки) и их коррекция (снижение дозы или отмена препарата).
- 7) Предупреждение психических побочных эффектов антидепрессантов (мании, делирий, суицидальные тенденции, параноидное состояние) и их коррекция (магния сульфат, аминазин, снижение дозы препарата).
- 8) Предупреждение соматических побочных эффектов транквилизаторов (угнетение дыхания, запоры, сексуальные расстройства, кожные реакции, тромбозы) и их коррекция (отмена препарата, антигистаминные препараты, соблюдение правил введения препаратов).
- 9) Предупреждение неврологических побочных эффектов транквилизаторов (миорелаксация, адинамия, нистагм, дизартрия, дисфония) и их коррекция (уменьшение дозы препарата, учет возраста больных, прозерин, оксазил).
- 10) Предупреждение психических побочных эффектов транквилизаторов (снижение активности, астенизация, плаксивость, снижение настроения, враждебность и суицидальные мысли) и их коррекция (отмена препарата или снижение дозы).

ВОПРОСЫ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ ОСКИ
ДЛЯ 3-КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ВАРИАНТ № 1

1-станция

Бред, варианты, критерии дифференцировки.

2-станция

Виды нарушения мышления по стройности.

3-станция

Что такое деперсонализация?

4-станция

Эпилептическая болезнь, клиника, лечение.

5-станция

Эпилептический статус, неотложная помощь при эпилептическом статусе.

6-станция

Клинические стадии алкоголизма, лечение.

7-станция

Психотропные средства, транквилизаторы, показание и противопоказания.

8-станция

Что такое парамнезия?

А. Усиление памяти

Б. Нарушение восприятия

В. Слабоумие

Г. ложные воспоминания

ВАРИАНТ №2

1-станция

Нарушение мышления по продуктивности

2-станция

Что такое дереализация?

3-станция

Психотропные средства, классификация, неролептики, показание, противопоказание.

4-станция

Общие признаки нарушения сознания.

5-станция

Абстинентный синдром, при каких заболеваниях наблюдается, основные симптомы?

6-станция

Виды наркомании, осложнения при наркомании

7-станция

Олигофрения, степени, основные симптомы.

8-станция

Отличительные признаки продуктивных симптомов от негативных

А. Изменчивость в динамике, поддается лечению

Б. Неизменчивость в динамике, поддается лечению

В. Признаки, указывающие прогрессивность заболевания

Г. осложнение заболевания

ВАРИАНТ №3

1-станция

Виды нарушения восприятия.

2-станция

Психотропные средства, классификация. Антидепрессанты, показание, противопоказание.

3-станция

Делириозное помрачение сознания, клинические стадии.

4-станция

Стадии хронического алкоголизма.

5-станция

Основные клинические признаки шизофрении, виды течения.

6-станция

Психогенные заболевания: реактив психозы, клинические варианты.

7-станция

Инволюцион меланхолия, клиник белгилари.

8-станция

Симптомы маниакального синдрома:

А. Усиление памяти, интеллекта, эмоций

Б. Снижение настроения, мышления, движений

В. Усиление настроения, мышления, движений

Г. эйфория, дисфория

ВАРИАНТ №4

1-станция

Синдромы нарушения памяти.

2-станция

Психомоторное возбуждение, причины.

3-станция

Классификация психотропных средств.

4-станция

Синдромы нарушения сознания, оглушение.

5-станция

Негативные и позитивные симптомы.

6-станция

Клинические варианты шизофрении.

7-станция

Клинические симптомы эпилепсии.

8-станция

Симптомы нарушения памяти:

А. Иллюзия, абулия, гипербулия

Б. Гипомнезия, астения, депрессия

В. Гиперстезия, сенестопатия, мания

Г. Дисфория, апатия, эйфория

ВАРИАНТ №5

1-станция

Аффективные синдромы.

2-станция

Кататонический ступор, клинические симптомы.

3-станция

Метаморфопсия, виды.

4-станция

Виды сумеречного помрачения сознания.

5-станция

Эпилептическая болезнь, клиника, лечение.

6-вариант

Отличительные признаки истинных и ложных галлюцинаций

7-вариант

Бош мия жарохатидаги кечки асоратлар.

8-станция

Мутизм, симптомы "воздушной подушки" характерны для?

Катотонический синдром

Депрессивный синдром

Психогенный ступор

Истерический ступор

ВАРИАНТ №6

1-станция

Синдромы нарушения мышления.

2-станция

Ступор, депрессивный ступор, клинические признаки.

3-станция

Виды нарушения восприятия.

4-станция

Общие признаки нарушения сознания. Признаки онейроида.

5-станция

Психосенсорные расстройства.

6-станция

Эпилептическая болезнь, клиника, противосудорожные средства

7-станция

Понятие о шизофрении, клинические варианты по течению, их основные свойства.

8-станция

Нарушение мышления по содержанию:

Сверхценная идея, бред

Резонерство

Ментизм

Усиление мышления

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ПСИХИАТРИИ И МЕД.ПСИХОЛОГИИ ДЛЯ 3-КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Абсансы это:	*малые припадки	большие судорожные припадки	
припадки	сумеречное расстройство сознания	абортивные	
Автоматический поток мыслей - это:	* ментизм	навязчивые идеи	сверхценные идеи
	доминирующие идеи		
Алкоголизм относится к:	*самостоятельному виду заболевания	наркомании	
	бытовым токсикоманиям	вредным привычкам	
Алкоголь определяется в крови в течение:	* постоянно	трех дней после приема алкоголя	
	недели	месяца	
Амбивалентность эмоций- это:	*одновременное проявление	противоположных чувств	
эмоций	чувство неадекватное ситуации	несдержанность	
Апатическому синдрому свойственно:	*бесчувствие	болезненная психическая анестезия	
	витальная тоска	деперсонализация	
Астения-абазия наблюдается при	*истерии	травмы спинного мозга и ЧМТ	ПП
	реактивный психоз		
Аутизм -это	*углубление в себя и отгораживание от внешнего мира		
движений	резкое эмоциональное напряжение	замедления	
	замедленность речи		
Бедность побуждений, снижение инициативы называется		* гипобулией	абулией
гипербулией	апатией		
Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний называется:			*апатией
абулией	амнезией	афазией	
Большая многоречива, подвижна, настроение веселое, отвлекаема.Это синдром:			* маниакальный
	кататонический	парафренный	депрессивный
Больной страдающий атеросклерозом сосудов головного мозга не может удержать слезы от радости или легко плачет от обиды это:	*слабодушие	эмоциональная неадекватность	
эмоциональная тупость	апатия		
Больной утверждает, что у него под кожей ползают черви, что можно расценить как:			* висцеральные парестезии
галлюцинации	сенестопатии	тактильные галлюцинации	
Брадикинезия - это	*замедленные движения	замедленность речи	замедленность
психических процессов	повышенное влечение к пище		
Бред - это:	ложная, не соответствующая действительности идея (умозаключение)		идея,
возникшая внезапно	идея доступная коррекции	нарушение восприятия	
Бредовые идеи в отличие от сверхценных идей характеризуются.		*паралогическим истолкованием	
действительности	отсутствием критики	непоколебимой убедительностью	
	возникновением на реальной основе		
Бредовые идеи:	* не соответствуют реальной действительности		могут подаваться
психологической коррекции	могут возникать на здоровой почве	требуют госпитализации в	
психиатрическую больницу			
В делириозный синдром не входит:	*психические автоматизмы	дезориентировка в месте и времени	
	бред преследования , воздействия	аффект страха , тревоги	
В депрессивный синдром, в отличие от дисфории, входят:		*тоска, подавленность	
	злость, агрессивность		
	ускорение психической деятельности		
	подавленно-злое настроение		
В инициальном периоде алкогольного делирия можно определить следующие симптомы:			*Рейхарда
	Павлова	Бумке	Капгра
В какой стадии ГБ наступает выраженная интеллектуально-мнестическое снижение			*III-ст II-ст I-ст
	терминальная (гипертонические кризы, инсульты)		
В каком заболевании амнестический синдром является специфическим:		* Корсаковский психоз	«белая горячка»
горячка»	инволюционный паранойд	сосудистый психоз	
В картине «белой горячки» не наблюдается:	*псевдодеменция		
		истинные галлюцинации	
		иллюзии	
		микросии, зоопсии	
В картине алкогольного параноида наиболее часто встречается бред:		*ревности, преследования	парафренный

ипохондрический
ущерба

- В качестве неотложной терапии при судорожных состояниях наиболее эффективен** *гексенал
аминазин дроперидол закись азота
- В клинике неврозов навязчивых состояний наиболее типичны** *фобии мании галлюцинации
сверхценные идеи
- В клинике неврозов навязчивых состояний наиболее типичны:** *фобии мании галлюцинации
сверхценные идеи
- В клинике реактивных состояний выделяют следующие формы (и л)** *инволюционная депрессия
аффективно-шоковые психогенные реакции реакция депрессии
психогенные бредовые психозы
- В клинику инволюционной меланхолии входят:** *подавленное настроение.
псевдореминисценции.
бред реформаторства
- В Корсаковский психоз не входят:** синдром Кандинского-Клерамбо.
*расстройства сознания
полиневриты
дезориентировка во времени
парамнезии, амнезии
- В начальном периоде травматической болезни не встречаются следующие расстройства:** *онейроид.
сопор.
кома.
оглушение.
- В общую характеристику наркоманий не входит:** *амнезия эйфоризирующий эффект повышение
толерантности психическая и физическая зависимость
- В определение наркомании не входит:** *острая психопродуктивная симптоматика изменение
реактивности психическая зависимость физическая зависимость
- В отличие от первичного бреда образный бред основан на нарушении:** *чувственном познании мира
рационального познания мира искаженной интерпретации мира систематизации ошибочных идей
- В отличии от бредовых сверхценные идеи возникает:** * на реальной основе в отрыве от
ценности личности при противоречии с действительностью с недостаточностью
коррекции
- В результате какого психического заболевания появляются изменения личности проявлениями чрезмерной
пунктуальности, обстоятельности и тупоподвижности мышления** *эпилепсия шизофрения МДП
инволюционный психоз
- В результате, какого психического заболевания появляются изменения личности проявлениями чрезмерной
пунктуальности, обстоятельности, тупоподвижности мышления?** *эпилепсия шизофрения МДП
инволюционный психоз
- В состав делириозного синдрома входит:** * психомоторное возбуждение псевдогаллюцинации
бред самообвинения все перечисленное
- В состоянии оглушения основным нарушением ощущения бывает:** * гипостезия гиперстезия
сенестопатия парестезия
- В состоянии коматозного нарушения сознания выявляют:** * анестезия гипостезия
гиперстезия сенестопатия
- В состоянии острой интоксикации выраженными дозами конопли возникают:** * иллюзорные
расстройства не отмечается заметных внешних
признаков сонливость галлюцинации
- В структуре абстинентного синдрома при опиатной наркомании нарушение чувствительности в виде:** *
- гипестезия гиперстезия сенестопатия парестезия
- В структуре каких синдромов есть интеллектуально-мнестические нарушения?** *синдром деменции
обсессивный синдром синдром психических автоматизмов маниакальный синдром
- В структуру большого судорожного припадка не входит:** *сознание сохранено продром.
тоническая фаза. клоническая фаза.
- В структуру Корсаковского синдрома входят:** *фиксационная амнезия непоследовательность мышления
прогрессирующая амнезия слабодушные
- В структуру синдрома Кандинского-Клерамбо входят.** *псевдогаллюцинации истинные

галлюцинации	бред ревности	псевдоремисценции.		
В этиологии делирия присутствуют факторы:		*соматический	эндогенный	наследственно-
генетический	психогенный			
В этиологии деменции позднего возраста значение не имеет	экзогении	характериологические особенности	психогении	
		*факторы наследственности		
В этиологии деменции позднего возраста значение не имеет:	экзогении	характериологические особенности	психогении	
		* наследственная патология	психическая	
В этиологии шизофрении существенную роль играет:	экзогенные факторы		неправильное воспитание в раннем	
травматизация				
детстве				
В этиологии шизофрении существуют следующие гипотезы:	*аутоинтоксикационная			
	иммунологическая	нет гипотез	причина установлена	
Важнейшим принципом терапии эпилепсии является	преемственность	*длительность и непрерывность	комплексность	
		динамичность		
Варианты периодической шизофрении:		* все перечисленные	циркулярный	
	кататано-онейроидный		депрессивно-параноидный	
Вещества, не вызывающие наркоманию:		*транквилизаторы	морфин,препараты опия	кокаин
	снотворные препараты			
Виды циркулярной депрессии, кроме	*депрессии со скачками идей		типичная меланхолия	
	ажитированная депрессия		анестетическая депрессия	
Виды шизофренических реакций, кроме		*истерические психозы	параноид	
	тревожные депрессии		конформный бред	
Внезапно наступающее хаотическое двигательное беспокойство на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания с нарушением ориентировки в окружающем и последующем амнезией				*реактивное
возбуждение	аментивное возбуждение		психопатическое возбуждение	
	эпилептическое возбуждение			
Внимание возникающее вследствие сознательно поставленной цели называется				*произвольным
	непроизвольным	послепроизвольным		без цели
Внимание, возникающее вследствие сознательно поставленной цели называется:				*произвольным
	непроизвольным	после произвольным		непосредственным
Воля представляется		*в сознательных действиях направленных на достижение поставленных целей		
	моральные силы человека	в психическом напряжении мобилизирующем психические интеллектуальные и		
целями		неясном стремлении не связанным с четким представлением и с осмысленными		
Восприятие -это		воспроизведение в сознании целостного образа		отражение
отдельных свойств предмета		оживление в сознании образов воспринимавшихся в прошлом		отражение
предметов и явлений в их зависимости				
Врожденная дисгармоничность психического склада личности называется		*психопатия		невроз истерия
	неврастения			
Все встречается при II стадии алкоголизма, кроме:		*снижение толерантности к алкоголю.	похмельный	
абстинентный синдром.	деградация личности.		психопатизация личности.	
Выбор терапевтического воздействия – это мыслительная операция, которая называется:				* абстракция
анализ, синтез	обобщение	сравнение		
Выделите органическое заболевание головного мозга		*посттравматическая эпилепсия		болезнь Пика
	истерия	старческий психоз		
Выделите признак наиболее характерный для амбулаторного транса			двигательная заторможенность	весь
период частично амнезирует	снижение эмоциональной активности		замедленное восприятие	
Выделите признак наиболее характерный для амбулаторного транса			*весь период частично амнезирует	
	двигательная заторможенность		снижение эмоциональной активности	
	замедленное восприятие			
Выделите психический вид расстройства сознания		*амения	дисфория	оглушение
	деменция			
Выделите расстройства связанные с нарушением воли		*абулия булимия	анорексия	апатия
Выделите симптом посттравматической энцефалопатии		*головные боли	энурез	снохождение
	психопатизация			
Выделите состояний относящиеся к остаточным при инфекционных психозах.				*психопатизация
	депрессия	параноид	галлюциноз	
Выражение у ребенка малоосмысленное, неопрятное, себя не обслуживает. Речь состоит из отдельных звуков, ползает на четвереньках, никого к себе не подпускает. Укажите степень олигофрении				*идиотия
	имбецильность	дебильность	деменция	
Выражение у ребенка малоосмысленное, неопрятное, себя не обслуживает. Речь состоит из отдельных звуков, ползает на четвереньках, никого к себе не подпускает. Укажите степень олигофрении.				*идиотия
	имбецильность	дебильность	деменция	

Высшая степень бессвязности мышления, речь в виде хаотического набора слов	разорванность резонерство обстоятельность	*инкогеренция
Вялый паралич и контрактуры, которые могут исчезать во время сна характерны для	опухоли головного мозга туберкулез	*истерии
Геморагический инсульт		
Галлюцинаторные расстройства не встречаются при:	*шизофрении, алкогольном психозе	
	неврозе психопатии. психастении	
Галлюцинации - это:	* восприятие без объекта	ложные идеи
тела	гиперестезия	расстройство схемы
Галлюцинации возникающие перед засыпанием при закрытых глазах на темном фоне	функциональные гаптические гипнопомпические	*гипногогические
Гебефрения – это:	*юношеская шизофрения с дурашливостью	повышенная
сонливость	повышенное настроение	гипоманиакальное состояние
Гиперестезия свойственна:	* делирию ипохондрии	тревоге
Гиперестезия является симптомом:	*неврастении простой шизофрении	оглушению
	ипохондрического бреда	оглушения
Гипермнезия может наблюдаться при	*маниакальном синдроме	апатической депрессии
	болезнь Пике	шизофрении
Главное отличие онейроидного состояния от других видов помрачения сознания:		*фантастичность
переживаний	внезапность возникновения	этапность развития
самосознания деперсонализации		расстройство
Главный признак характеризующий амнестическую сосудистую деменцию	*нарушение памяти	нарушение
чувствительности	вегетативные нарушение	нарушение сна
Глубокое безразличие с отсутствием чувств:	* анестезия	адинамия
депрессия		апатия
Глубокое помрачение сознания с нарушением ориентировки в окружающем во времени и собственной личности, последующей полной амнезией называется	*амения	онейроид
Делирий – это:	*помрачение сознания с галлюцинациями и страхом	слабоумие
восприятие собственной личности	расстройства восприятия реальности внешнего мира	расстройства
Делирий не встречается при:	*неврозе белой горячке	остром сосудистом психозе
	остром инфекционном психозе	
Делирий чаще наблюдается при:	*тяжелых соматических заболеваниях	неврозах
	психопатиях	шизофрении
Делирий –это	*помрачение сознания с галлюцинациями и страхом	слабоумие
восприя собственной личности	расстройства восприятия реальности внешнего мира	расстройства
Деперсонализация бывает проявлением:	* депрессии	мании
	дисфории	гипомании
Депрессивное состояние занимающее промежуточное положение между эндогенными и психогенными образованиями	*эндореактивная депрессия	депрессия с нигилистическим бредом
	сенестопатическая депрессия	депрессия с бредом интерметаморфозы
Диагноз наркомании исключает употребление:	*кофеина	кодеина
	гашиша	кокаина
Дипсомания – это:	*запой, влечение к алкоголю наступающее приступами	стремление скрывать
болезненные явления	расстройства настроения в сторону злости	стадия алкогольного
опьянения		
Дисфории наиболее типично представлены при	*эпилепсии	шизофрении
	энцефалопатиях	неврозах
Дифференциальная диагностика депрессий в период инволюции ведется между:	Реактивным параноидом	ИБС
шизофренией		
меланхолией		
Для I стадии алкоголизма характерны следующие расстройства:		*исчезновение защитных знаков
абстинентный синдром. снижение толерантности.		полиневрит.
Для I стадии хронического алкоголизма не характерно:	*физическая зависимость	исчезновение
защитных рефлексов	психическая зависимость	повышение толерантности
Для алкогольного делирия наиболее характерны галлюцинации:		* зрительные
вкусовые	тактильные	слуховые
Для алкогольного параноида характерен:	*систематизированный бред	чувственный бред
	конфабуляторный бред	не систематизированный бред
Для аменции характерно:	*плохой прогноз	благоприятный прогноз
понимать происходящее	пуэрилизм	возможность
Для атеросклеротической церебрастении не характерно:	* апатия	головная боль
	повышенная утомляемость	головокружение
Для вялотекущей шизофрении не характерны:	*галлюцинаторно-параноидные расстройства	
неврозоподобные расстройства	деперсонализационные расстройства	навязчивости
Для галлюцинации свойственно:	*восприятие без реального объекта	возникновение по желанию

произвольный характер возникновения	подмена реального объекта другим образом		
Для делирия не характерна:	*обездвиженность	страх	устрашающие зрительные галлюцинации
	психомоторное возбуждение		
Для депрессивного параноидного синдрома свойственны все виды бреда, кроме:			* экспансивного
	осуждения	греховности	нигилистического
Для ипохондрического синдрома наиболее свойственно нарушения ощущения в виде:			* сенестопатия
гипостезия	гиперстезия	парестезия	
Для истерического припадка не характерны следующие расстройства:			* потеря сознания.
	сохранение сознания к болезненной чувствительности.		
	длительность до нескольких часов.		
	демонстративность		
Для каких заболеваний характерен синдром Кандинского-Клерамбо	*Шизофрения		невроз алкогольный
психоз	посттравматическая энцефалопатия		
Для каких синдромов характерно нарушение памяти	*Корсаковский синдром	парафренный синдром	синдром
Кандинского-Клерамбо	аментивный синдром		
Для каких состояний характерно психомоторное возбуждение (и л)	*менингоэнцефалитов		при всех
видах расстройства сознания	бредовых синдромах		кататоническое возбуждение
Для какого заболевания характерны разорванность мышления	*шизофрения		алкоголизм
	эпилепсия	МДП	
Для какого синдрома характерно сочетание бреда преследования и воздействия психического автоматизма псевдогаллюцинаций	*синдром Кандинского-Клерамбо	синдром Капера	синдром Корсакова
	синдром Кулен-Кампфа-Тарнова		
Для какого синдрома свойственна переключаемость внимания	*маниакальный синдром		тревожный
синдром	астенический	депрессивный	
Для какого состояния характерна отсроченная амнезия:	*Корсаковский синдром		сумеречное
расстройство сознания	психоорганический синдром		аментивный синдром
Для какой стадии невращения характерно нарушение активного торможения, проявляющееся раздражительностью и возбудимостью?	*гиперстенический промежуточный		гипостенический
	экспансивный		
Для кардиогенных послеоперационных психозов характерно:		* делириозный синдром	дементный
синдром	онейроидный синдром		все перечисленное
Для кататонического возбуждения не характерны:	*астения, демонстративность		дурашливость.
эхолалия, эхопраксия			импульсивность, стереотипия
Для Корсаковского синдрома характерны	*фиксационная амнезия	конфабуляция	смешанная амнезия
	ретроградная амнезия	псевдореминесценции	ретроградная амнезия
амнестическая афазия	конфабуляции	антероградная амнезия	ретроградная амнезия
Для Корсаковского синдрома характерны	*фиксационная амнезия, конфабуляция, криптомнезия		
фиксационная амнезия, ретроградная амнезия, псевдореминесценции			амнестическая афазия, конфабуляции,
антероградная амнезия	ретроградная амнезия		
Для купирования эпилептического статуса используется:	*в/в транквилизаторы	психотерапия	
	инсулино-шоковая терапия		электросудорожная терапия
Для купирования эпилептического статуса если имеются противопоказания к аминазину применяется			
	*седуксен	нитрозепам	триметин
			феназепам
Для лечения алкоголизма используются специфические методы лечения:	*сенсibiliзирующая терапия		
	антидепрессанты	аминазин	ЭСТ (электросудорожная терапия)
Для лечения больших судорожных припадков применяют:	*фенобарбитал		триметин
	бензонал	финлепсин	
Для лечения депрессии нельзя применить:	*аминазин		
	пиразидол		
Для лечения невротических расстройств применяют:	*атаракс, психотерапия		трифазин
	мажептил	аминазин	
Для лечения эпилепсии с малыми судорожными припадками применяются:			*гексамидин.
	финлепсин.	карбамазепин.	бензонал.
Для маниакального состояния не характерно:	*апатия	ускорение мышления	эйфория
	двигательное возбуждение		
Для маниакально-депрессивного психоза наиболее специфичны:		* депрессия и мания	дисфория
	эмоциональная лабильность	слабодушие	
Для маскированных депрессий характерно	*соматовегетативные расстройства		гипотимия
	цикличность возникающих расстройств		возраст
Для маскированных депрессий характерно:	*соматовегетативные расстройства		гипотимия
	цикличность возникающих расстройств		возраст
Для навязчивостей характерно:	* назойливое возникновение образов, мыслей, представлений		отсутствие
критики к болезни	некритическое отношение к болезненным переживаниям		проекция внутрь тела

Для наркоманического опьянения наиболее свойственны нарушения:	*эйфория	мания мория
депрессия		
Для неврастении не характерно:	*амнезия	функциональные вегетативно-висцеральные расстройства
	раздражительная слабость	повышенная утомляемость
Для неврастении характерны следующие симптомы:	*раздражительная слабость, стягивающие головные боли.	
сенестопатии.	стойкие обсессии.	двигательные расстройства
Для неврозов не характерно:	*нет связи с психической травмой	вегетативно-висцеральные расстройства
	неглубокие эмоциональные нарушения	наличие критики к
болезни		
Для оглушения характерно:	*заторможенность	иллюзии, галлюцинации
речевого контакта	изменение половой ориентации	невозможность
Для онейроида не свойственны:	*развитие преимущественно ночью	фантастические псевдогаллюцинации
	антагонистический бред	кататонические расстройства
Для онейроидного расстройства сознания характерно:	*больные чувствуют себя участниками фантастических	
событий	фотофобия, аэрофобия, гидрофобия	лабильность аффекта
контакт с окружающим миром		полный
Для онейроидного помрачения сознания характерны:	* дезориентировка в себе, месте, во времени	истинные
галлюцинации	триада Вальтера Бьюэля	триада Протополова
Для опийного опьянения характерно все, кроме:	*повышенной контактности, говорливости	образного
ментизма	чувства блаженствамиоза	
Для острой алкогольной интоксикации характерно:	*синдром выключения сознания	делириозное
расстройство сознания	качественные расстройства памяти	иллюзии
Для острой опийной интоксикации характерны:	*узкие зрачки, бледность	угнетение дыхания,
понижение А.Д.	урежение сердечного ритма, понижение сухожильных рефлексов	учащение
дыхания, повышение А.Д.		
Для параноидных синдромов наиболее свойственно нарушение эмоций в виде:		*страха
Апатии	эйфории	слабодушия
Для похмельного абстинетного синдрома не характерны:		*иллюзии и галлюцинации
	вазомоторно-вегетативные расстройства	астенические
расстройства	нарушения сна и настроения	
Для предупреждения дисфорий целесообразно применять		*аминазин
	клоназепам	вальпроат натрия
Для профилактики приступа рекуррентной шизофрении используют:	*соли лития	производные
фенотиазина	производные бутирофенона	соли калия
Для психопатии эксплозивного типа характерны:	*неуживчивость.	
	мнительность.	вялость
		сентиментальность
Для сенестопатий в отличии от висцеральных галлюцинаций свойственно:	*отсутствие четкой локализации и	
образа	восприятие без реальных причин для возникновения	неприятный
мучительный характер	проекции во внутренних органах	
Для синдрома Кандинского-Клерамбо свойственно:	*наличие псевдогаллюцинаций	иллюзорное
восприятие мира	инкогеренция мышления	амбулаторные автоматизмы
Для сосудистой патологии мозга наиболее свойственно:	*слабодушие	неадекватность эмоций
амбивалентность эмоций	тупость эмоций	
Для стабилизации настроения у больного периодической шизофренией в состоянии ремиссии можно		
рекомендовать:	*финлепсин	аминазин
		сиднокарб
		тизерцин
Для шизофрении не характерно нарушение познавательной деятельности в виде:	*обстоятельности мышления	
	псевдогаллюцинаций	брета
		неологизмов
Для шизофрении характерно:	*паралогичность мышления, резонерство	
	амнезия	инкогеренция
		отсутствие прогрессивности
Для шизофренического процесса наиболее характерны галлюцинации:	*вербальные	зрительные
вкусовые	тактильные	
Для шизофренического процесса не свойственны такие эмоциональные расстройства как:		*слабодушие
амбивалентность эмоций	неадекватность эмоций	эмоциональная тупость
Для эпилептического статуса характерно	*коматозное состояние	частое следование
припадков друг за другом	помраченное состояние между припадками	возможность отека мозга
Для эпилептической болезни наиболее свойственно:	*дисфории	депрессии
		мании апатии
Для этилового спирта не характерно:	*антиэпилептическое свойство	способность вызвать потребность в
опьянении с целью эйфории	тропное действие	возникновение и становление
синдрома		алкогольного абстинентного
Заболевание при котором встречается онейроид	*шизофрения	циклотимия
	инволюционный психоз	МДП
Закон Рибо действует при:	*прогрессирующей амнезии	фиксационной амнезии
антероградной амнезии	ретроградной амнезии	
Застревание на второстепенных деталях с невозможностью выделения главного и второстепенного называется:		

	* обстоятельностью резонанством	персеверацией	парабулией
Злобно-тоскливое настроение с агрессией, направленной на окружающих называется:	агрессией	апатией	* дисфорией
дистимией			
Зрительные, истинные, сценopodobные, устрашающие, зоопатические галлюцинации чаще встречаются при:	*алкогольном делирии	шизофреническом психозе	
алкогольном галлюцинозе	реактивном параноиде		
Идеи, не соответствующие действительности, не поддающиеся коррекции, возникающие на патологической почве, называются:	*Бредовыми	фантастическими	доминирующими навязчивыми
Иллюзии - это:	* ложное восприятие реальных объектов	восприятие без	
объекта	гиперестезия	ложная идея	
Иллюзиям присуще:	*наличие реального объекта.	некритическое	
отношение. восприятие в виде подмены.	искажение восприятия формы и величины.		
Имбецильность это	*средняя степень олигофрении	задержка психического развития на	
детской ступени	глубокая степень олигофрении	половая слабость	
Импульсивные действия в отличие от навязчивых:	* все ответы верные	. внезапны,	
бессмысленны	немотивированны	выполняются неотвратимо	
Интенсивная терапия острых параноидных состояний	*длительное введение нейролептиков	антипсихотического	
действия	высокие дозы нейролептиков	тормозного действия	
малых доз психотропных средств	вводная седация	дроипридолом	
Искаженное восприятие собственного тела - это:	*аутометаморфопсия	бред двойника	
	дереализация	метаморфопсия	
Исключите признак не входящий в тетраду Ясперса совокупность признаков нарушения сознания *	отрешенность от окружающего мира дезориентированность во времени и		
немотивированность действий	бессвязность мышления		
месте			
Исключите признак не свойственный первичному параноидальному бреду	*изменчивое содержание		
политематичность	самостоятельность, независимость от других психопатологических расстройств		
	интерпретативность систематизированность		
Исключите признак не свойственный первичному параноидальному бреду	*изменчивое содержание		
политематичность	самостоятельность независимость от других психопатологических расстройств		
	интерпретативность систематизированность		
Исключите признак, не входящий в тетраду Ясперса совокупность признаков нарушения сознания	*немотивированность действий отрешенность от окружающего мира		
	дезориентированность во времени и месте амнезия		
происходящих событий			
Исключите симптом не входящий в триаду основных признаков депрессии *	склонность к запорам подавленное		
настроение	идеаторная заторможенность снижение двигательной активности		
Истерические сумеречные расстройства это	*рас-ва с наплывом ярких галлюц-й полностью зам-ее		
реальную обс-ку	рас-во фанта-го сод-я переживаний перевоплощение собственного Я рас-ва с		
дезорientировкой в окруж-м, сочет-ся с развитием галлюциноза и острого чувст-го бреда	наблюдается наплывы сценopodobных зрительных галлюцинаций рас-во ,при к-ом		
Истинные галлюцинации в отличие от псевдогаллюцинаций встречаются при:	*алкогольном		
галлюцинозе	посттравматическом психозе соматогении		
	шизофрении		
Истинный запой называется:	*дипсомания патологическое опьянение		
	дромомания		
К «мягким» нейролептикам относятся:	*френолон г алоперидол мажептил аминазин		
К алкогольным психозам относятся:	*алкогольный делирий.		
	синдром Кандинского МДП галлюциноз		
К группе нейролептиков относятся:	* аминазин мелипрамин прозак амитриптилин		
К диагностическим критериям патологического аффекта не относится:	* сноподобное состояние помрачение		
сознания	неадекватность реакция силе и качеству раздражителя		
целесообразности поведения	утрата		
К измененным формам простого алкогольного опьянения относятся все, кроме:	*Эйфории,		
оглушение	опьянения с эксплозивностью опьянения с истерическими чертами		
К импульсивным влечениям не относится:	*дисморфомания дромомания дипсомания		
	клептомания		
К инволюционным психозам относятся следующие:	*инволюционная меланхолия сенильный психоз.		
	болезнь Альцгеймера. паранойя.		
К какой группе психических заболеваний относится гашишная токсикомания	*экзогенно		
органические	эндогенные эндогенно органические психогения		
К какой группе синдромов относится гебоидный синдром	*гебефренический кататонический		
	психопатоподобный бредовый		
К какому виду наркомании относятся регулярные употребления кукуара	опийная гашишная		
	какоиномания кофеиномания		

К какому типу прогрессивности относится алкоголизм при котором 2-стадия сформировалась через 3 года	*злокачественный тип	медленнопрогрессирующий тип		
	среднепрогрессирующий тип	дипсомания		
К какому типу психического автоматизма относится речедвигательный автоматизм	идеаторный	сенестопатический	сенсорный	*кинестетический
К какому типу психического автоматизма относится речедвигательный автоматизм?	идеаторный	сенестопатический	сенсорный	*моторный
К какому типу психопатии относится группа фанатиков по Шнейдеру	астенический	параноический	*шизоидный	истерический
К какому типу психопатий относится дистимики и гипертимики	возбудимый	психоастенический	*аффективный	астенический
К какому типу психопатии относятся псевдологии и мифомании	параноический	неустойчивый	*истерический	возбудимый
К какому типу психопатии относятся психопатия с навязчивостью	шизоидный	параоноический	*психастенический	возбудимый
К какому типу психопатии относятся циклоиды	шизоидный		*аффективный	возбудимый
К какому типу психопатии свойствен аутизм и недостаточность эмоционального резонанса по Кречмеру	*шизоидный	возбудимый	истерический	астенический
К критериям помрачения сознания не относится:	частичная или полная амнезия	*астеническое состояние	отрешенность от	
реального мира			дезориентировка в месте и времени	
К критериям (симптомам) алкоголизма не относится следующее:	нарушение самоконтроля		*снижение влечения к алкоголю	
	ничего их перечисленного		психическая и физическая зависимость	
К критериям кокаиновой наркомании относится:		* психическая зависимость	рост толерантности	
	зрительные галлюцинации	физическая зависимость		
К лекарственным средствам для купирования опиоидной абстиненции не относятся:	пирроксан	атропин	баралгин	*пиридоксин
К малым транквилизаторам не относится:	триоксазин	*аминазин	седуксен	реланиум
К наркотическим средствам не относится:		*вальпроат натрия	барбитураты	кодеин анаша
К нейролептикам относятся следующие препараты:	Мелипрамин, миртел	*аминазин, тизерцин.	Аминалон, гамалон	Феназепам,
золотакс				
К ноотропам не относится:	*сиднокарб	ноотропил	аминалон	гаммалон
К нормотимикам относятся:	* карбонат лития	анафранил	сиднокарб	все перечисленные
лекарственные препараты				
К общим принципам лечения тяжелой гипостенической формы относятся	амбулаторное лечение, назначение антидепрессантов	*стимулирующая терапия, водолечение	стационарное	
лечение (курс инсулинотерапии, общеукрепляющие сред-ва)	общеукрепляющая терапия			
К объективным признакам галлюцинаций нельзя отнести такое поведение больных как:	затыкают уши	зжимают нос	отказываются от пищи	* испытывают страх
К опиоидным наркотическим веществам не относится:	морфин	*кокаин	дионин	кодеин
К основным признакам наркоманий не относится:	психическая и физическая зависимость	*галлюцинации	изменение клинической картины	
интоксикации	абстинентный синдром			
К основным лекарственным средствам при дезинтоксикационной терапии наркоманий не относится:	*антибиотики	глюкоза	гемодез	тиосульфат натрия
К основным принципам лечения наркоманий не относится:	устранение последствий	хронической интоксикации	*судебно-психиатрическая экспертиза	создание у больного
отрицательного отношения к наркотику	отнятие наркотика			
К парамнезиям относятся:	*конфабуляции	прогрессирующая амнезия	фиксационная амнезия	
ретроградная амнезия				
К патологии ощущений не относится:	*амнезия	гиперестезия	гипестезия	анестезия
К первичному систематизированному бреду не относится	бред реформаторства		*бред самообвинения	бред
изобретательства			бред величия	
К полинаркомании не относится прием:	морфия, плана	*водки, пива	героина, гашиша	анаши,кодеина,
фенамина				
К постоянным психическим расстройствам при эпилепсии не относятся:	дисфории	сумеречное помрачение сознания	*слащавость, злопамятность	
припадки				
К признакам морфинной абстиненции не относится:	слезотечение, слюнотечение, повышенная потливость, озноб	* Эйфория, снижение температуры тела, запоры	зевота,	
чихание, зуд в носу	расширение зрачка, тремор			
К признакам сопора относится:	* гипорефлексия	апатия	автоматизмы	все перечисленное

К пролонгированным препаратам, используемым при лечении шизофрении	Мажептил, трифтазин Хлорпротексин, клапиксол	Аминазин, галоперидол	*галоперидола-деcanoат, модитен депо
К психическим эквивалентам при эпилепсии не относятся:	амбулаторный автоматизм		*эпилептический статус дисфории
К психогенным расстройствам не относится:	индуцированный бред	реактивное возбуждение	реактивный ступор
К психопатологическим феноменам невротического симптомокомплекса не относится:	астения	депрессия	* бред
К психопатологическим феноменам психогений не относится:	слабость	пониженное настроение	* аменция раздражительная мимика
К психосенсорным нарушениям можно отнести:	*метаморфозии функциональные галлюцинации	иллюзии делирий	
К психотическим видам патологии сознания относится:	*делирий	кома	оглушение сопор
К разновидностям ипохондрического бреда относится:	заражения	*нигилистический, дисморфоманический синдром Котара	
К разновидностям мании не относится:	дурашливая мория	* ажитация	веселая мания гневливая мания
К расстройствам восприятия относятся:	*галлюцинации тактильные конфабуляции		гипомнезия
К реактивным параноидом не относится:	* бред Котара	бред преследования в иноязычном окружении	индуцированный бред
К реактивным психозам относятся:	*синдром Ганзера. субдепрессивный синдром.		синдром Кандинского-Клерамбо. инволюционный параноид.
К симптомам помраченного сознания не относятся:	*амнезия	делирий	аменция
К судорожным пароксизмам не относятся:	*дисфории.	grand mal.	тонические постуральные припадки.
К токсикомании не относится употребление:	*анаши	этаминал-натрия	фенобарбитала
транквилизаторам седативного действия относятся:	кофеина		
	триоксазин	грандаксин	*феназепам мебикар
К факультативным симптомам эндогенной депрессии относятся:	самообвинения	пониженное настроение	* идеи замедленное мышление
		двигательная заторможенность	
К формам выключенного сознания относится:	* оглушение аменция	делирий	онейроид
К формам нарушенного сознания относится:	* обнубиляция абулия	ментизм	мутизм
Как называется течение шизофрении с однотипными приступами	периодическая	прогредиентная	по типу "клише»
Как называется истерическая глухонемота	*сурдомутизм	амавроз	астазия
Как называются невроз навязчивых опасений в связи с предстоящими действиями	истерический невроз		астазия *компульсивный невроз
Как называется депрессия с соматическим фасадом когда на первый план выступает соматовегетативные расстройства	*маскированная	апатическая	анестетическая ананкастическая
Как называется истерическая слепота	*амавроз	астазия	абазия афония
Как называется невроз с навязчивостью	логоневроз	истерический невроз	неврастения
Как называется невроз характеризующийся повышенной раздражительностью, утомляемостью и истощаемостью	*неврастения	истерический невроз	невроз навязчивости логоневроз
Как называется обострение болезни при непрерывном течении шизофрении	ремиссия	шуб	фаза *экзотербация
Как называется острый период МДП	*фаза	ремиссия	шуб экзотербация
Как называется патологическое молчание отсутствие речевого контакта при сохранении артикуляционных функций	*мутизм	негативизм	парамнезия аутизация
Как называется период практически полного выздоровления между приступами шизофрении	фаза	интермиссия	*ремиссия шуб
Как называется признак основанный на ложных часто фантастических воспоминаниях	манейский	антагонический	экспансивный *конфабуляторный
Как называется приобретенное в результате заболевания слабоумие	олигофрения	гебефрения	*деменция парафрения

Как называется приступ шизофрении	оставляющий после себя дефект личности	*шуб	экзоцербация
	период фаза		
Как называется течение шизофрении в виде непрерывной смены приступов		*прогредиентность	
	континуальное по типу клише	регрессиентное	
Как называется течение шизофрении с однотипными приступами		*континуальное	прогредиентная
	по типу клише периодическое		
Как называются невроз навязчивых опасений в связи с предстоящими действиями		*компульсивный	
невроз	истерический невроз	астенический невроз	невроз
ожиданий			
Как называются переживания, основанные на ложных, часто фантастических воспоминаниях?			
	*конфабуляторный манихейский	антагонистический	экспансивный
Как называются психогенные расстройства вызванные не осторожными действиями врача		*ятрогения	
	ятропатия этогения	дидактогения	
Как часто психопатические личности признаются невменяемыми в совершении правонарушения		*редко	часто
	никогда во всех случаях		
Какая тактика психофармакотерапии при симптоматических психозах		*невысокие дозы и постепенное их	
наращивание	резкое повышение доз препарата	постоянный уровень доз препаратов не	
зависимо от тяжести состояния	резкая отмена препаратов при улучшении		
Какие галлюцинации наиболее не характерны для алкогольного делирия:		*фантастические псевдогаллюцинации.	
	истинные зрительные зоопатические.	истинные вербальные.	
Какие из перечисленных симптомов входят в структуру депрессивного синдрома?		*понижение	
настроения, гнетущая тоска.	чрезмерная активность, ускорение ассоциативных процессов.		
	понижение настроения, театральные интонации.		
	интеллектуальная активность		
Какие клинические признаки характерны для имбецильности?		*косноязычность, навыки	
самообслуживания	адаптируемость к внешним условиям.	отсутствие навыков самообслуживания	
	усвоение несложных информаций		
Какие методы исследования больного относятся к клиническим?			
*ЭЭГ. расспрос. катанез. наблюдение.			
Какие навязчивости называют компульсиями	*навязчивые влечения	навязчивые	
воспоминания	навязчивые сомнения	навязчивые представления	
Какие нарушения памяти наблюдается при атеросклерозе сосудов мозга		*фиксационная анамнезия	
	конфабуляция криптомнезия	гипомнезия	
Какие нарушения преобладают в клинической картине шизофрении		*нарушение мыслительных процессов	
	эмоционально-волевые нарушения	двигательные нарушения бредовые	
идеи			
Какие препараты не имеют снотворное действие?	*сиднокарб	азалептин	
	тизерцин	рогипнол	
Какие препараты относятся к «мягким» нейролептикам?	*френолон	трифтазин	мажептил
Какие препараты относятся к производным опия?	*героин	марихуанна	гашиш
Какие препараты применяются для лечения невротических расстройств?	*ксанакс		рисполепт
	галоперидол	трифтазин	тизерцин
Какие препараты применяются для лечения депрессии?	*амитриптилин	аминазин	
	неулептил	рисполепт	
Какие расстройства при неврозе навязчивости более характерны для детского возраста		*навязчивые	
действия	кардиофобия	нейрофобия	навязчивые опасения
Какие симптомы не входят в триаду Протапова.	*миоз	запор	мидриаз тахикардия.
Какие симптомы характерны для абстинентного синдрома?		*сухость во рту, понижение аппетита.	
		возникает через 2 месяца после начала злоупотребления	
алкоголем.	отсутствие рвотного рефлекса	кошмарные сновидения.	
Какие синдромы относятся к синдромам выключения сознания?	*оглушение. делирий. аменция	онейроид.	
Какие факторы помогают при дифференцировки невращения от поражений диэнцефальной области			
	*психогенное начало заболевания и отсутствием орг-го пораж-я ЦНС		
выраженные вегетативные нарушения	раздражительность, слабость	большая лабильность эмоций	
Каким больным нельзя производить полную и одномоментную отмену наркотического вещества		*истощенным	
больным	больным с высокой толерантностью	женщинам	не имеет значения
Какое исследование необходимо провести в первую очередь при длительном применении антиконвульсантов			
*ЭЭГ	РЭГ	хроносиметрию	общий анализ крови и мочи
Какое прогностическое значение имеет начало шизофрении негативных расстройств		*неблагоприятное	
благоприятное	не имеет значения	наблюдается при злокачественной форме	
Какое расстройство не характерно для гашишизма:	*Корсаковский синдром	макропсия	яркие,
красочные иллюзии и галлюцинации	дереализация		
Какое расстройство относится к негативной симптоматике?		*апатико-абулическое слабоумие	бред
	галлюцинации	иллюзии	

Какое расстройство относится к позитивной симптоматике?	апатическое слабоумие	*разорванность мышления деменция	дисмнезия
Какое состояние возбуждения на высоте развития называется раптусом	кататоническое	*тревожно ажитированное маниакальное	
	гебефреническое		
Какой вид автоматизма относится к сумеречному нарушению познания	кинестетический	*амбулаторный	ментизм
	сенестопатический		
Какой вид деменции наблюдается при центральном атеросклерозе сосудов мозга	лакунарное	дебильность	идиотия
			*тотальное
Какой вид депрессии сопровождается двигательным возбуждением с резко выраженной тревогой	*ажитированная	адинамическая	анестетическая
			витальная
Какой вид депрессии сопровождается расстройством самосознания в виде чувства утраты собственных процессов, отсутствие эмоций	*анестетическая	ажитированная	адинамическая
			апатическая
Какой вид депрессии сопровождается расстройством самосознания в виде чувства утраты собственных процессов, отсутствие эмоций?	*апатическая	ажитированная	адинамическая
			анестетическая
Какой вид психопатии чаще приходится дифференцировать с органическим поражением ЦНС	неустойчивый	шизоидный	истерический
			* возбудимый
Какой из клинических вариантов заболеваний не характерен для злокачественной юношеской шизофрении *	шизоаффективная	простая форма	кататоническая
			гебефреническая
Какой нейролептик относится к производным бутерефенона	*аминазин	трифтазин	триседил
			сонапакс
Какой отрицательный рефлекс вырабатывается у больного алкоголизмом при УРТ?	головокружение	боль в теле	сердцебиение
			*рвота
Какой препарат наиболее эффективен при параноидальной шизофрении	аминазин	лепонекс	
			*трифтазин
Какой препарат не вызывает побочного паркинсоноподобного эффекта	трифтазин	триседил	
			*санопакс
Какой препарат не сенсibiliзирует к алкоголю:	*аминазин	эспераль	тетурам
			трихопол
Какой психотропный препарат относится к условным нейролептикам	хлорпротексин	флуфенозин	эглонил
			терален
Какой симптом является ведущим кардинальным в амнестическом синдроме Корсакова:	амнезия	ретроантероградная амнезия	конфабуляции
			*фиксационная
Какой тип сосудистой деменции наблюдается при злокачественной ГБ	псевдотуморозная	сенильноподобная	
			*лакунарная
Кардинальным симптомом синдрома Корсакова является:	антероградная амнезия	ретроградная амнезия	
			*фиксационная амнезия
Кататоническое возбуждение в отличии от гебефренического не содержит:	импульсивности, вычурности движений	инкогеренции речи	эхолалии, эхопраксии
			* нелепо-дурашливого поведения
Квалифицируйте ощущения больного: "бульканье в голове", «переворачивание мозга»:	иллюзии	псевдогаллюцинации	
			*сенестопатии
Классификация невроза определяется:	* ведущим синдромом		
			характером психогении нарушением
Классическая депрессия не характеризуется:	заторможенностью	замедлением мышления	
			тоской
Клинически аффективно-шоковые психогенные реакции проявляются в виде	гипокенетическая	гиперкинетической фазой	гипокинетической фазой
			гиперстезии
Клинические варианты непрерывно текущей шизофрении:	вялотекущая	злокачественная (ядерная)	
			* все перечисленные
Коллективная психотерапия не противопоказана при наличии:	установочного поведения	псевдодеменции	
			* онкологического заболевания
Конфабуляции в отличии от псевдореминесценций характеризуется тем, что:	воспоминание событий не имеющих место в реальности	относятся к парамнезиям	
			* это ложное
Конфабуляции это	*рассказы о не имеющих место происшествиях основанных на нарушениях	расстройства памяти и полиневрит	алкогольного происхождения
			нелепый бред
Крайняя степень эмоциональной слабости это:	гипестезия	амбивалентность	
			* аффективное недержание
Крайняя форма психологического отчуждения, выражающаяся в уходе человека от контактов с окружающими это:	* аутизм	негативизм	апатия
			абулия
Критериями реактивных состояний являются:	возникновения	интенсивность болезненной симптоматики	идеи самообвинения
			* мысли о психогенной ситуации
Критериями синдромального диагноза «острый параноид» не являются:			*астения
			монотематический бред

наличие галлюцинаций		четкие границы и аффективная насыщенность		
Кто автор термина шизофрения?	*Крепелин	Кальбаум	Блейлер	Корсаков
Лекарственные препараты, вызывающие токсикоманию:			*транквилизаторы	антидепрессанты
	ноотропы	нейролептики		
Лечение депрессивного синдрома проводится следующими препаратами:			*амитриптилин.	
	Неурол аминазин.	карбонат лития.		
Лечение маниакальной фазы при МДП проводится следующими препаратами:				*карбонат лития.
Галоперидол аминазин.	пиразидол.	амитриптиллин.		
Ложное восприятие реального объекта - это:		*Иллюзия	галлюцинация	псевдогаллюцинация
	бред двойника			
Ложное восприятие реальных разговоров окружающих людей			*вербальные иллюзии	аффективные
иллюзии	галлюцинации	парейдолии		
Маниакальное состояние с явлением пустого бессодержательного рассуждательства, бесплодного мудрствования				
	*бредовая мания	веселая мания	гневливая мания	маниакальное
гебберфренное состояние				
Маниакальному синдрому не свойственно:		* гиперестезия	ускорение течения представлений	
	быстрая переключаемость внимания		повышение настроения	
Метаболический ацидоз при эпилептическом статусе требует в/в введения			*гидрокарбоната натрия	перманганата
калия	гемодеза	полиглюкина		
Метаморфозия это *извращение формы зрительных восприятий при сохраненном узнавании				появление
оптических галлюцинаций при надавливании на глазное яблоко				расширение зрачка атипичная форма
прогрессивного паралича с очаговыми симптомами				
Метод исследования, используемый врачом в начале работы с больным с психическими расстройствами:				
*профессиональный расспрос и осмотр	патопсихологический эксперимент		клинико-динамическое наблюдение	
	стандартизованные оценочные шкалы			
Метод купирования острой алкогольной интоксикации:		*дезинтоксикационная терапия		рауш-наркоз
	снотворные средства		нейролептики	
Можно ли проводить электросудорожную терапию при шизофрении в случаях резкого психомоторного возбуждения		*нельзя из-за осложнений	обязательно	в случаях
необходимости	не более одного раза			
Мутизм это		*симптом кататонического ступора с отсутствием речи		нарушение
восприятия когда предметы кажутся уменьшенными в размере			приступы сна с аффективным падением	
тонуса	сопротивление внешним воздействиям при кататонии			
На какой стадии алкоголизма теряется количественный контроль над употреблением спиртных напитков		*развернутая	начальная	конечная
				периодическая
На начальных этапах церебрального атеросклероза чаще бывает синдром:		* астенический		истерический
	фобический	субдепрессивный		
Навязчивые движения и действия, выполнения которых на некоторое время облегчает состояние больного называются		*ритуалы	навязчивые желания	контрастные
навязчивости	навязчивые явления			
Навязчивые идеи определяются:		* попытками больного избавиться от них		некритическим
отношением к ним со стороны больного	стремлением претворить их в жизнь	депрессией		
Навязчивые расстройства встречаются при.		*неврозоподобной шизофрении		олигофрении
в степени имбецильности				истерическом
неврозе	психопатии			
Назовите наркотики, которых чаще принимают путем инъекций:			*морфин	кодеин
	каннабинол	кокаин		
Назовите нейролептики, которые можно применять при лечении затяжного невроза навязчивых состояний.		*этаперазин, сонапакс	мажептил	галоперидол
	трифтазин			
Назовите общebiологические методы воздействия в психиатрии.			*пирогенная терапия	электросудорожная
терапия	психотерапия	внушение, самовнушение		
Назовите основные характеристики истинных галлюцинаций.			*внешняя проекция галлюцинаторного	
образа в сфере анализаторов чувств	восприятие без реального объекта		проекция галлюцинаторного образа во	
внутреннее пространство	свойственны для эндогенных психозов			
Назовите основные характеристики истинных галлюцинаций.			*галлюцинаторный образ похож на	
реальность и вызывает ощущение, что и воспринимается и окружающими больного				не завися от времени
суток	проекция галлюцинаторного образа во внутреннее пространство			свойственны
для эндогенных психозов				
Назовите симптомы не входящие к критериям нарушенного сознания по Ясперсу.				*Гипермнезия
дезориентировка во времени, месте, иногда в собственной личности	отрешенность от реального мира			
	нарушение мышления.			
Назовите состояния, относящиеся к психическим эквивалентам эпилептического припадка при эпилепсии.				

*дисфории эпилептическая деменция эпилептические психозы патологическая обстоятельность мышления

Назовите состояния, относящиеся к психическим эквивалентам эпилептического припадка при эпилепсии.

*амбулаторные автоматизмы эпилептические психозы изменения личности по эпи-типу эпилептическая деменция

Наиболее криминогенный тип психопатии *возбудимый шизоидный психастенический аффективный

Наиболее легкая форма шизофрении *вялотекущая прогрессивная юношеская кататония шубообразная

Наиболее мощный нейролептик *мажептил аминазин трифтазин модитен депо

Наиболее тяжелая форма истерического психоза *псевдодеменция пуэрилизм истерический ступор

синдром бредовых фантазий

Наиболее тяжелая форма шизофрении *юношеская кататония прогрессивная

циклотимоподобная шубообразная

Наиболее тяжелый вид /этап/ кататонического возбуждения *импульсивное немое безмолвное

растеряно-патетическое гебефреническое дурашливое

Наиболее частая причина развития деменции *болезнь Альцгеймера дисметаболическая

энцефалопатия опухоли гол мозга сосудистая деменция

Наиболее частым алкогольным психозом является: *алкогольный делирий алкогольный параноид

галлюциноз депрессия

Наиболее эффективное средство при дизэнцефальных приступах *гексенал седуксен

аминазин триметин

Наиболее эффективный нейролептик при маниакальном возбуждении лепонекс трифтазин

этаперазин френолон

Наиболее эффективный нейролептик при резком двигательном возбуждении с бессонницей и истощением

*аминазин трифтазин липонекс этаперазин

Наибольший рост толерантности наблюдается * при опийной наркомании при алкоголизме

при гашишизме при табакокурении

Наличие одновременно двух противоположных чувств это: *амбивалентность эмоциональность

экстаз эмоциональная лабильность

Нарушение мышления наиболее характерно для шизофрении *резонерство патологическая

обстоятельность мышления бессвязность мышления фобии

Нарушение сознания при патологическом опьянении: * оглушенность делириозное онейроидное

сумеречное

Нарушение эмоциональной деятельности при шизофрении проявляется: * эмоциональным уплощением

эмоциональной неустойчивостью дисфорией слабодушием

Нарушения памяти наблюдаются при: *черепно-мозговых травмах неврозах

шизофрении биполярном психозе

Начальная легкая степень оглушения *обнубияция сопор кома сомналенция

Неврастеноподобная симптоматика устраняется назначением (и л) *бензонал сибазон

феназепам препараты брома

Невроз возникающий из-за длительных периодов психического и физического утомления называется

*неврастения депрессия навязчивость психопатия

Неврозоподобная симптоматика наиболее характерна: * для атеросклеротической церебрастении для атеросклеротической энцефалопатии для атеросклеротической деменции для атеросклеротической депрессии

Нелепое, несоответствующее взрослому человеку поведение с детскими манерами, жестами, шалостями

*пуэрилизм маниакальный синдром старческое

слабоумие гебефреническая форма шизофрении

Неотложная терапия маниакального возбуждения *аминазин, галоперидол, соли лития аминазин,

амитриптилин, бензонал соли натрия, галоперидол галоперидол, триседил

Непреодолимое влечение к наркотику возникает при: *Абстиненции дисфории апатии депрессии

Непреодолимое стремление к воровству присвоение чужих вещей *клептомания дромомания

пиромания графомания

Непривольно возникающий интенсивный страх смерти при сохраненности критики к нему называется: *

танатофобия клаустрофобия агарофобия нозофобия

Непсихотические виды расстроенного сознания не характерны для: *маниакально-депрессивного психоза

интоксикаций опухоли головного мозга хронической

почечной недостаточности

Непсихотические виды нарушенного сознания не наблюдаются при: *шизофрении абсцессе мозга

тяжелых интоксикациях хронической почечной недостаточности

Облигатным признаком маниакального синдрома является: *речедвигательное возбуждение

гипермнезия переоценка своих возможностей яркость восприятия окружающего

Общие признаки наркоманий и токсикоманий: *патологическое влечение эпизодическое

употребление наркотика патологическое опьянение способы применения

Обязательное проявление наркоманий: * зависимость психическая криминальное поведение галлюциноз

физическая зависимость

Одна из частых причин судорожного синдрома у детей глистные инвазии переутомление конфликты испуг

Одним из критериев психопатии по П.Б.Ганнушкину является: * тотальность *патологических черт

личности запозывание созревания отдельных компонентов психики склонность к патологическому фантазированию интеллектуальная недостаточность

Онейроидная кататония отличается от люцидной наличием: *помрачения сознания восковой гибкости симптома Капошонова эхолоалии

Онейроидное расстройство сознания чаще наблюдается при: *шизофрении неврозах алкоголизме инфекционных психозах

Определите картину острого психогенного ступора *мимика, жестикация выражает ужас, отчаяние страх растерянность длительная апатия с безразличным отношением к угрожающей ситуации хаотическое, бессмысленное, двигательное беспокойство картина тревожно-ажитированной депрессии со страхом, двиг ажитации

Основной дифференциально-диагностический критерий между шизофренией и МДП *признаки прогрессивности клиничко-психопатологическая картина приступов частота приступов или обострение уровень социально трудовой адаптации

Основной критерий дифференцировки между шизофренией и МДП *признаки прогрессивности или обострения психопатологическая картина приступов частота приступов возрастное начало болезни

Основной критерий дифференцировки перехода бытового пьянства в хронический алкоголизм *угасание рвотного рефлекса появление патологического влечения появление запоя повышение толерантности к алкоголю

Основной критерий дифференцировки перехода бытового пьянства в хронический алкоголизм: *угасание рвотного рефлекса появление патологического влечения появление запоя повышение толерантности к алкоголю

Основной метод исследования при нарушениях восприятия *наблюдение за больным тесты инструментальные исследования лабораторные исследования

Основной метод лечения непрерывно текущей шизофрении: *психофармакотерапевтический психотерапевтический инсулинотерапия условно-рефлекторная терапия

Основной признак 1-стадии алкоголизма *патологическое влечение формирование симптома критической дозы формирование симптома плато толерантности формирование абстинентного синдрома

Основной признак 2 стадии алкоголизма: *формирование абстинентного синдрома формирование симптомов критической дозы формирование симптомов плато толерантности формирование запоев

Основной признак 3-стадии алкоголизма *Снижение толерантност Исчезновение симптомов формирование симптомов плато толерантности формирование критики

Основной признак отличия деперсонализации от аутоматаморфопсии * нарушение восприятия личности и собственного "я" искаженное восприятие форм собственности продолжительность расстройства органическая патология головного мозга

Основные опорные критерии при диагностики реактивных параноидов (и л) *переутомление ситуационная обусловленность конкретный чувственный бред связь с психотравмирующей ситуацией

Основные отличительные признаки алкогольного галлюциноза от белой горячки: *сохранение ориентировки преимущественно вербальной галлюцинации делирий бред преследования бред ревности

Основные признаки наркомании не включают: *синдром выключения сознания психическая и физическая зависимость изменение клинической картины интоксикации изменение выносливости к наркотическому средству

Основными клиническими признаками алкогольного опьянения не служат: *изменения на ЭЭГ запах алкоголя изо рта поведение обследуемого особенности речи, моторики

Отличительным признаком онейроида от делирия является: *нарушение самосознания острота возникновения психомоторное возбуждение дезориентировка в месте и времени

Отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании сохранении последующем воспроизведении и узнавании того, что было воспринято раньше, называется: *память внимание представление ощущение

Отражение психической травмы в клинической картине является диагностическим признаком: * острых реактивных психозов травматической церебрастении циклотимии всех перечисленных расстройств

Отсутствие памяти на текущие события утрата способности запоминания *фиксационная амнезия ретроградная амнезия крипмнезия конфабуляция

Отсутствие побуждений к деятельности, совершить действие по преодолении препятствий называется: *абулией апатией негативизмом ступором

Отсутствие побуждений к деятельности *апатия астения астазия аутизм

Отчужденное самовосприятие - это: * деперсонализация псевдогаллюцинация аутопсихическая галлюцинация бред двойника

Ошибка суждений здорового человека возможно при совокупности следующих условий, кроме: *убежденность без критики и коррекции недостаточность информации недостаточность времени (цейтнот) часто не относится непосредственно к личности

Ощущение пульсации в голове как проявление синдрома Кандинского-Клерамбо - это: * сенсорный автоматизм ипохондрический синдром гиперестезия тактильная галлюцинация

Патологическая обстоятельность мышления более свойственно таким формам шизофрении как: *неврозоподобной параноидной простой гебефренической

Патологическое сверхценное образование возникает при:	* внедрением рационализаторского предложения	любовь к ребенку	увлеченностью творчеством
Переживания, возникающие при опасности, при больших физических нагрузках и умственных нагрузках, при необходимости принять быстрые и ответственные решения называются	*стресс	аффект	
Перечислите клинические формы сосудистой деменции (и л)	страсть		реактивное состояние
Перечислите признаки коматозного состояния.	амнестическая	псевдопаралитическая	*потеря сознания. сохранение болевой чувствительности.
Перечислите расстройства не встречаются при МДП:	рефлексы сохранены сохранение реакции зрачков на свет.		
настроение, заторможенность мыслительных процессов.	*снижение психоэнергетического потенциала. подавленное		
возбуждение.	ускорение психических процессов, психомоторное		
Перечислите расстройства не встречаются при патологическом опьянении	маниакальный синдром		
двигательное торможение.	*ясное воспоминание о пережитом.		
Перечислите симптомы, характерные для триады Протопова?	сумеречное помрачение сознания.	тревога, страх.	
	тахикардия.	*запоры, расширение зрачков.	
	дермографизм.	тремор рук	
Перечислите состояния не встречающиеся при эпилепсии	*снижение психоэнергетического		
потенциала	сумеречное помрачение сознания.		
Перечислите состояния, психические расстройства, при которых показана неотложная госпитализация в психиатрический стационар.	*императивные галлюцинации.		
	невроз	деменция.	гипомнезия
Перечислите состояния, психические расстройства, при которых показана неотложная госпитализация в психиатрический стационар.	*кататонический ступор с отказом от еды.		
	послеродовый сепсис с аментивным нарушением сознания.	невроз навязчивых	
состояний с обсессивно-фобическими расстройствами.			
Периоды развития парафренного синдрома, кроме	*обратного развития	бред реформаторства	
	развитие идеи величия	систематизация бредовых идей	
По закону Рибо развивается:	*прогрессирующая амнезия	антероградная амнезия	фиксационная
амнезия	ретроградная амнезия		
По отношению к какому препарату выведены эквивалентные дозы антиконвульсантов	*фенобарбиталу		
	бензоналу	этамину-натрия	дифенилу
Побочным действиям нейролептиков относится:	*паркинсоноподобное		гипотензивное
	миорелаксирующее аллергия		
Под влиянием тяжелой психической травмы внезапно наступает состояние двигательного оцепенения. Несмотря на возможную смертельную опасность человек не трогается с места не может сделать ни одного движения ни в силах произнести ни одного слова "мутизм". Синдром	*психогенный ступор	кататонический	
ступор	истерия	апатия	
Подавленное настроение является основным симптомом синдрома:	* депрессивного психоорганического		
	апатико- абулического астенического		
Показания к применению аминазина	*психомоторное возбуждении	кататонический ступор вялотекущая	
шизофрения	затяжно вяло-апатическое состояние		
Показаниями к неотложной госпитализации психических больных являются:	*наличие у больного тенденции к		
самоубийству. редкие эпилептические припадки. безразличие к окружающим.	головные боли.		
Показатель болезненность шизофрении на населения	*2-10/1000	3/1000	1/10 10/1000
Полная утрата эмоциональных реакций с мучительным переживанием опустошенности это:	* анестезия долороза		
	эмоциональная тупость		сенестопатия
Полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему свидетельствует о:	*апатии		
эмоциональной слабости	гипотимии	эмоциональном обеднении	
Помрачение сознания, психомоторное возбуждение, иллюзии, истинные галлюцинации, в темноте широкие зрачки, сухость слизистых. Укажите синдром	*медикаментозный делирий		инфекционный
делирий	алкогольный делирий		преаментивный синдром
Понятие отражает	*общие и существенные свойства предметов и явлений		
свойствах и качествах предмета на основе общих законов и правил	установление связей и отношений между		
предметами и явлениями	отдельные качества предмета		
После выхода из сумеречного состояния у больного наблюдается:	* амнезия периода психоза отсутствие		
амнезии	антероградная амнезия		
Постановка врачебного диагноза это этап мыслительного процесса, которая называется:	* обобщение		
	абстракция	анализ, синтез	сравнение
Похмельный синдром формируется:	*при II стадии алкоголизма		при хаотическом приеме алкоголя при
бытовом пьянстве	при III стадии алкоголизма		
Представители какого типа психопатии чаще подвержены алкоголизму и наркомании	*неустойчивый		
	шизоидный	астенический	аффективный
Препарат усиливающий судорожный синдром	*камфора	аминазин	седуксен
Препарат, применяющийся при лечении неврозов:	*феназепам галоперидол		аминазин
			бензонал
			трифтазин

Препарат, применяющийся при нарушении поведения :	*карбамазепин	азафен	пираретам
	галоперидол		
При болезни Альцгеймера выявляется дисфункция:	*холинергической системы	серотонинергической системы	
	норадреналинергической системы	всех перечисленных систем	
При выборе противоэпилептических препаратов не учитывается		*давность болезни	тип и структура
припадка	психическое состояние	неврологическое состояние	
При галлюцинациях в отличии от представлений:	* отсутствует критическое осознание реальности		
возникновение образов произвольно	возникновение образов зависит от человека	возникновение	
образов зависит от воли личности			
При гашишных психозах не отмечается:	*кататонического ступора	галлюцинаций	аффективных расстройств
	гиперстезии		
При делирии встречаются следующие симптомы:	*зрительные и вербальные истинные галлюцинации.	полная	
отрешенность больного от окружающего,	фантастическое содержание переживаний.	аффект страха, идеи преследования.	
	нарушение самосознания, перевоплощенное состояние личности.		
При делирии не наблюдается:	* дезориентировка в собственной личности	страх	психомоторное
возбуждение	иллюзорное восприятие окружающего		
При делириозном помрачении сознания наблюдается нарушение ориентировки:		* во времени	в
прошлом	явление двойной ориентировки	полная потеря ориентировки	
При диагностике психопатий учитывают следующие критерии:		*тотальность характерологических	
нарушений колебание настроения	черты характера	выраженность	
патологических черт личности до нарушения социальной адаптации			
При диагностике, каких заболеваний используется ЭЭГ исследование больных.		*эпилепсия,	
органическое заболевание головного мозга.	псевдодеменции.	сосудистые заболевания головного	
мозга.		инволюционный паранойд.	
При дисфориях возможно нарушение сознания в виде:	* аффективно-суженного	просоночного	
	онейроидного	оглушения	
При диф диагностике реактивных депрессий от эндогенных необходимо учитывать		*совпадение	
возникновения с психотравмой	персенные хронические заболевания	резкие изменения в характере	
	возраст больного		
При каких ниже перечисленных заболеваниях чаще встречается депрессивный синдром?		*рекуррентная	
шизофрения, МДП	олигофрения в степени идиотии.	органические заболевания головного мозга.	
		прогрессивный паралич IV степени, маразм.	
При какой форме алкогольных психозов отмечается нарушение сознания	*делирий	паранойд	
	вербальный галлюциноз	корсаковский психоз	
При какой форме течения шизофрении наблюдаются острые параноидные приступы		*приступообразно	
прогредиентная	рекуррентная	периодическая	простая
При каком виде наркомании наименее выражена абстиненция:		анашакурении, кокаинизме	
	*морфинизме	опиомании	барбитуратомании
При каком виде амнезии работает закон Рибо:	* прогрессирующей	фиксационной	ретардированной
	антероградной		
При каком виде невроза наблюдается судороги?	*истерический невращения	возбудимый психастенический	
При каком виде помрачения сознания можно вызвать внушение галлюцинационных симптомов Рейхарда, Ашаффенбурга, Липмана при надавливании глазных яблок?	*делирий	оглушение	оменция
	онейроид		
При каком заболевании на ЭЭГ можно выявить патологическую биоэлектрическую активность в виде			
высокоамплитудных волн по типу пик-в волна	*эпилепсия	шизофрения	невроз навязчивости
			олигофрения
При каком реактивном психозе наблюдаются детское поведение у взрослых			*пуэрилизм
аффективно шоковые реакции	истерический ступор	синдром Ганзера	
При каком реактивном психозе наблюдаются симптомы мниморечи и мнимоповедения		*псевдодеменция	
аффективно шоковые реакции	пуэрилизм	синдром Ганзера	
При каком синдроме развивается бред Котара		*депрессивно-параноидном	паранояльном
маниакально-парафренином	гебефренином		
При купировании эпилептического статуса показано:	* все перечисленное	внутривенное введение сернокислрой	
магнезии	внутривенное введение седуксена	инъекции стимуляторов сердечно-сосудистой деятельности	
При лечение гиперстенической формы невращения показыно (и л)		стимулирующие препараты	
обшеукрепляющая терапия	регулярное питание	четкий режим дня	
При лечении алкоголизма гипносуггестивная терапия проводится:		*на третьем этапе лечения, чаще в	
качестве противорецидивной терапии	на первом этапе лечения при бытовом	пьянстве	во время запоя
При лечении гашишизма наркотикки отнимать следует	*сразу	постепенно во избежания	осложнений
только на фоне интенсивного лечения	в условиях реанимационного отделения		
При лечении расстройства сна не применяются следующие препараты:		*аминалон.	феназепам.
	аминазин.	глюкоза	

При лечении хронического алкоголизма не применяются:				*электросудорожная терапия,
инсулинотерапия	условнорефлекторное лечение			симптоматическое лечение
	сенсбилизация			
При лечении эпилепсии, протекающей с большими судорожными припадками, чаще применяют следующие препараты:	*фенобарбитал.	гексамидин.	бензонал.	финлепсин.
При мозговых катастрофах различного генеза (ЧМТ, инсульт) наиболее характерно расстройство мышления в виде:	*персеверации	резонерства	паралогизма	символизма
При наличии показаний антиконвульсантов отменяют постепенно в течение	3 года			*5 лет 6 лет 6 мес
При наркомании не выявляются:	*отсутствие изменений личности			психическая зависимость
	физическая зависимость			психопатизация личности
При наркопсихотерапии применяется:	* реланиум	аминазин	анафранил	трифтазин
При неадекватном лечении псевдодеменции и пуэризма чаще развивается	катотонический ступор			*истерический ступор
деменция				локальная деменция
				диффузная
При оглушении в отличие от психоорганического синдрома наблюдается:				*возможность мобилизации под влиянием внешних стимулов
возможностей запоминания	ослабление познавательной деятельности			снижение
	трудность осознания ситуации			
При опийной наркомании абстинентные явления возникают после введения наркотика:				* через несколько часов
через 2-3 дня	через сутки			через несколько минут
При оценке степени умственной отсталости не учитывается:				* уровень нарушения сознания
уровень развития речи				способность к обучению
навыки				трудовые
При параноидной форме шизофрении галлюцинации чаще бывают:				* ложными вербальными истинными
вербальными	истинными зрительными			носоглоточными и тактильными
При патологическом аффекте наблюдается:		* сумеречное состояние		оглушение
делирий	онейроид			
При психосенсорных расстройствах -метаморфозии-объект восприятия узнается				*в искаженном виде
не узнается	узнается правильно без объекта			
При сдавлении нервного ствола больной испытывает как правила:				* парестезия
гиперстезия	сенестопатия			гипостезия
При сосудистых заболеваниях головного мозга чаще наблюдаются расстройства:				*неврозоподобные
	астенические			
	галлюцинаторные	бредовые		
При сумеречном помрачении сознания не отмечается:		*эйфория		аффективное напряжение
	автоматизированные действия			агрессивные действия
При тяжелых кризах ГБ наиболее часто нарушения сознания по типу				*делирия или сумеречного сознания
амения	анероид			амнезия
При употреблении бензина подросток токсикоман не может перейти через арык, воспринимая его как широкую реку, что определяется как:	* метаморфозия	галлюцинация	иллюзия	аутоморфозия
При фиксационной амнезии больной не способен		*запоминать текущие события		воспроизводить
текущие события воспроизводить события предшествующие заболеванию				вспоминать необходимые даты
При шизофрении может наблюдаться:		* онейроид		аментивный синдром
состояние сознания	делирий			сумеречное
При шизофрении наблюдается:	* ступор кататонический			аура
	амбулаторный автоматизм			абсанс
При шизофрении не встречаются следующие расстройства:	*судорожные пароксизмы.	галлюцинации.		
	негативные расстройства.	онейроид		
При шизофрении, в отличие от маниакально-депрессивного психоза, наблюдаются:	*кататонические расстройства			
аффективные расстройства	выздоровление между фазами	отсутствие нарушения в ЭВС		
При эпилепсии применение, какого препарата противопоказано?			*камфора	кордиамина
	коффеина	анальгина		
При эпилепсии сознание нарушается в виде:		* сумеречного состояния		амении
	делирия	онейроида		
Признак не характерный для злокачественной формы шизофрении				*острое начало с аффективных и бредовых расстройств
резистентность к терапии	раннее начало	быстрота наступления исхода		значительная
Признак не характерный для злокачественной формы шизофрении:				*острое начало с аффективных и бредовых расстройств
резистентность к терапии	раннее начало	быстрота наступления исхода		значительная
Признак отличающий алкогольную деградацию от изменений личности при других психических заболеваниях				*морально-этическая деградация
эффективноинтеллектуально мнестические нарушения		астенический симптомокомплекс		апатико-абулический

Признак отличающий параноидный синдром от параноидного псевдогаллюцинаций	систематизированность бреда продолжительность	*отсутствие галлюцинаций и политематичность бредовых расстройств
Признак свойственный только сумеречному помрачению сознания по сравнению с другими синдромами нарушенного сознания	*внешне упорядоченное поведение изменчивое волнообразное течение	дезориентировка в окружающей амнезия субъективных переживаний
Признак, отличающий алкогольную деградации от изменений личности при других психических заболеваний:	*морально-этическое снижение интеллектуальное нарушение	апатико-абулический дефект астенический комплекс
Признаками эпилепсии являются:	* все перечисленные дереализация	особые состояния сознания сумеречное состояние сознания
Синдром Корсакова включает:	* гипомнезию эйфорию	гипермнезию прогрессирующую амнезию
Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо характеризует:	бред отношения бред отравления	*бред преследования бред самообвинения
Синдромы, характерные для олигофрении:	* ни один из перечисленных галлюцинаторный	бредовый дисфорический
Сколько лет проводится поддерживающая терапия больных алкоголизмом после активного лечения	2 года 5 лет 7 лет	3 год
Скрытая депрессия это:	*жалобы на физическое здоровье на фоне тоскливого настроения ступор на фоне подавленного настроения	тоскливое беспокойство,
Слабоумие, которое сочетается с патологической обстоятельностью и вязкостью мышления и концентрацией внимания только на своем состоянии называется:	* эпилептическое олигофрения	тотальная деменция
Сноевидное грезеподобное помрачение сознания с наплывом фантастических видений	оглушение делирий	*онейроид аменция
Со временем года могут быть связаны приступы:	* МДП инволюционной депрессии	реактивной депрессии истерического
Содержание закона Рибо	*опустошение запасов памяти в направлении от настоящего к прошлому эквифинальность экзогенных реакций головного мозга	нарастание благоприятный прогноз психогенно спровоцированных психозов
Содержанием параноидного бреда является	богатства идеи высокого происхождения идеи изобретательства, реформаторства	*идеи преследования, воздействия, отношения идеи
Созданные и употребляемые больным в разговоре слова называются:	изобретательства бредом реформаторства	* неологизмом резонерством бредом
Состояние двигательной заторможенности наплыв фантастических сценподобных галлюцинаций	ориентировка в месте онейроид	Двойная сумеречное состояние аменция
Средняя степень олигофрении называется:	*имбецильность дебильность	депрессия астения
Судорожные припадки в абстиненции чаще возникают при следующей токсикомании	средствами опийной гашишной	*снотворными стимуляторами
Сумеречное помрачение сознания чаще всего встречается при	интоксикационные психозы	эпилепсия ЧМТ алкогольное опьянение
Сумеречное расстройство сознания не встречается при:	психозах органическом поражении головного мозга	*инволюционных психозах истерических эпилепсии
Тоскливо злобное угрюмое мрачное настроение с раздражительностью, гневливостью	эйфория апатия	*дисфория астения
Травматическая энцефалопатия не характеризуется:	снижением интеллектуальной деятельности	*галлюцинациями эмоциональной лабильностью снижением памяти
У больного после черепно-мозговой травмы в отдаленном периоде преобладает повышенное настроение с беспечностью, блаженством без психомоторной активности. Диагностируйте состояние:	мания экстаз мория	*эйфория
У больного наблюдается усиление побуждений, подвижности, повышенной активности, инициативности это:	* гипербулия гипермнезия гипертимия гиперестезия	
У больного полиморфные приступы при суточной дозе бензонала припадки не прекращаются, что следует сделать	дозу растворители	*снижать дозу и заменить на другой препарат в эквив. дозе увеличить заменить препарат на другой
У больного установлена токсикомания в результате злоупотребления препарата:	растворители кокаин анаша барбитураты	*органические
У больного эпилепсией неожиданно появилось состояние подавленности настроения, агрессия, недовольство окружающими, это:	*дисфория гипомания	мания мория
У какого нейролептика отмечается наиболее выраженное побочное гипотензивное действие	тизерцин трифтазин френолон	*аминазин

У какого нейролептика отмечается наиболее выраженное антипсихотическое действие	галоперидол	трифтазин	френолон	*рисперидон
Укажите типичный симптом неврастения	адинамия	дисфоричность		деменция
Укажите варианты сумеречного помрачения сознания:	абсанс	обсессия	*амбулаторный автоматизм	онейроид
Укажите вид истерического невроза	*синдром Ганзера	субдепрессия	антистенический	фобический
Укажите заболевания при котором доминирует расстройства памяти	паралич	опухоль мозга	псевдодеменция	*болезнь Альцгеймера прогрессирующий
Укажите клинический эффект аминазина	тимоаналептическое		*антипсихотическое транквилизирующее	стимулирующее
Укажите критерии диф диагностики истерического приступа от эпилептического	свет и бол разд-ли, сух и бол рефлексы сох-ся	реакция зрачков на свет	и болевые рефлексы отсутствуют	*реакция зрачка на свет
	реакция зрачков на свет	отсут, сухож и бол сохранены	реакция зрачков на свет	сохран, сухож и бол отсутствуют
Укажите наиболее существенную характеристику бессвязного мышления	грамматические формы /инкогеренция/	оторванность от реальности	бесплодное мудрствование	*распад логического строя и
		бедность ассоциаций, персеверация		
Укажите наиболее тяжелую форму делириозного состояния	гипногические делирии		*мусситирующие делирии	абортивные делирии делирии с
вербальными галлюцинациями				
Укажите не характерный признак для неврозов	*наследственная отягощенность		психогенная	
обусловленность	элементы критического отношения к болезни		астенический синдром	
Укажите отличительный признак сумеречного расстройства сознания от дисфории:	*дезориентировка в месте и времени	злобно-тоскливый аффект	тенденция к агрессии	пароксизмальное возникновение при эпилепсии
Укажите препарат, не относящийся к группе наркотиков:	омнопон	промедол	*дроперидол	морфий
Укажите признак не характерный для истерического припадка	возникновение после психогенного воздействия		*олигофазия после припадка	сохранность болевых
ощущений	парезы и параличи после припадка			
Укажите признак не характерный для синдрома оглушенности	затруднение сосредоточения внимания		*гипомнезия	замедленное
восприятие			двигательная заторможенность	
Укажите признак не характерный для синдрома оглушенности.	затруднение сосредоточения внимания		*гипермнезия	замедленное
восприятие			двигательная заторможенность	
Укажите признак отличающий истерический паралич от органического	возникают по типу моноплегии	возникают по типу гемиплегии	*отсутствие патологических рефлексов	спастического характера параличи
Укажите противосудорожные препараты.	*Карbamазепин, Бензонал	Клозапин	тизерцин	
	Седуксен		Аминазин, трифтазин	
Укажите симптом наблюдаемый при остром алкогольном отравлении	параноид	аменция	*оглушение	депрессия
Укажите симптом нарушенного сознания хар-ный для белой горячки	Аменция	оглушение	*делирии	Онейоид
Укажите симптом не входящий в триаду основных признаков неврастения	головные боли	расстройства сна	*тревога	чувство усталости
Укажите симптом свидетельствующий о начале помрачения сознания	в месте и во времени	бесвязанность мышления	полная или частичная амнезия	*затруднено восприятие дезориентировка
Укажите симптом характерный для делирия:	настроения	каталепсия	*нарушение сна	дисфория
				эйфорический фон
Укажите симптом, наблюдаемый при остром алкогольном отравлении.	параноид	аменция	*оглушение	депрессия
Укажите симптомы характерные для абстинентного синдрома.	покровов	булимия	полиурия	*общий тремор
				сухость кожных
Укажите состояния, относящиеся к начальным психическим проявлениям ЦАС		*псевдоневротическое состояния, психопатоподобные		
		псевдопаралитические	неврозоподобные	и аффективные
		ипохондрические и психопатоподобные		
Укажите структурные составляющие делириозного помрачения сознания.	сценopodobные галлюцинации	дезориентировка в месте, времени и собственной личности	ориентировка не	*истинные, зрительные, устрашающие,
	нарушена	псевдогаллюцинации		
Укажите структурные составляющие делириозного помрачения сознания.	инкогеренция мышления.		*сохранность самосознания	кататонический ступор
	патологическое опьянение			
Укажите форму зависимости от алкоголя	постоянная	психическая	физическая	ситуационная

Укажите экзогенный психоз.	*прогрессивный паралич	шизофрения	эпилепсия	МДП
Указать заболевание, с которым дифференцируют неврастению (ил)	астеническое состояние при шизофрении	*старческая меланхолия	авитаминоз	начальная стадия
старческого атеросклероза				
Указать клинические формы истерических реакций (и л)		*маниакальный синдром	истерическое	
сумеречное помрачение сознания	псевдодеменции	пуэризм		
Указать нейролептик с гипотензивным свойством (и л)*	седуксен	пропазин	аминазин	
	тизертин			
Улучшению мнестических функций могут способствовать:		* аминалон	аминазин	
	анафранил	глюкоза		
Условия, при которых человека не следует считать наркоманом:		*заострение черт характера, наличие		
галлюцинаций	невозможность воздержаться от приема наркотиков	нарастающая		
толерантность	абстинентные проявления			
Утрата больным способности переживания, любви к близким называется:		* эмоциональная тупость	апатия	
эмоциональная неустойчивость		эмоциональная лабильность		
Физиологический аффект это:		* бурная двигательная реакция без расстройства сознания под влиянием		
психической травмы		бурная двигательная реакция с помрачением сознания под влиянием		
психической травмы		мрачное настроение с чувством недовольства	эмоциональная	
слабость				
Формы парафренических состояний (исключите лишнее)		*систематизированная парафрения	экспансивная	
	фантастическая	конфобуляторная		
Фотопсии наблюдаются:	* при эпилепсии	при алкогольном галлюцинозе	при оглушении	
	при сопоре			
Функциональные галлюцинации в отличие от иллюзий:		* прекращаются с окончанием действия реального		
раздражителя		воспринимаются вместе с реальным раздражителем	сливаются с	
реальным раздражителем		подменяют реальный раздражитель		
Функциональные расстройства чувствительности и движений характерны для:			* истерического	
невроза	депрессивного невроза	невроза навязчивости	неврастении	
Характер головных болей при атеросклерозе сосудов мозга		*тупые, диффузные	стягивающие боли	
	постоянные боли	приступообразно обостряющиеся		
Характеристика истерических, психогенных амнезий		*обычно медлительны и заканчиваются полным		
восстановлением памяти	стойкая ретроградная амнезия	стойкая фиксационная амнезия		
	извращение памяти по типу конфабулизма			
Характеристика псевдопаралитической деменции (и л)		*меланхолия	эйфория	идея величия
	амнестический синдром			
Характеристика психических нарушений сосудистого генеза		*неврозоподобное	онеройд	
	психопатоподобное	аффективные		
Хроническая психическая травматизация приводит:		* к неврозу	к маниакально-депрессивному психозу	
	к шизофрении	к эпилепсии		
Целенаправленность поведения сохраняется:		* при гипоманиакальном состоянии	при истерическом	
припадке	при ажитированной депрессии	при всех перечисленных состояниях		
Частичное забывание событий и своего поведения в состоянии опьянения называется			*полимпсест	
	дипсомания	эйфория	дисфория	
Частичные эпилептические припадки, проявляющиеся судорогами одной половины тела			*припадки Джексона	
	нарколептические припадки	каталитические припадки	припадки	
Клосса				
Часто ли встречается при рекуррентной шизофрении приступ простой меланхолии с депрессивной триадой		*часто		
	редко	никогда	в пожилом возрасте	
Часто ли устанавливается инвалидность при психопатии		*никогда	всегда	редко часто
Человек отказывается ехать в транспорте, метро, электричках из-за возникающей:			* антропофобии	
	канцерофобии	агарофобии	ситофобии	
Чем отличаются сенестопатии от галлюцинаций висцеральных?			*неопределенность, непредмеченность	
	тягостно мучительный характер	терапевтическая резистентность		
	сочетание с ипохондрическим нигилистическим бредом			
Что делают при возникновении реактивного психоза возникшего в ходе судебного следствия		*временно		
прекращают уголовное дело	продолжают судебные разбирательства	признают невменяемым	признают	
невменяемым				
Что не характерно для острого начала шизофрении		*состояние спутанности	депрессия	
	возбуждение	ступор		
Что означает лечение методом "зигзага"		*быстрое наращивание доз препаратов с последующей		
резкой отменой	комбинация нейролептиков и антидепрессантов	частая смена		
психотропных препаратов	метод поддерживающей терапии			
Что означает симптом амбивалентности		*одновременное возникновение противоположных мыслей		
галлюцинации	закупорка мышления	насилованный наплыв мыслей		

Что означает симптом ментизма *насилованный наплыв мыслей галлюцинации закупорка мышления
возникновение противоположных мыслей

Что относится к психическим эквивалентам при эпилептической болезни. *пароксизмальные дисфории большой эпилептический припадок сумеречное расстройство сознания пароксизмальные психопатоподобные состояния.

Что понимается под явлением госпитализма частое стационарирование стационарное лечение направление в дома престарелых направление в психоневрологический диспансер

Что такое псевдодеменция * клиническая форма истерического психоза острый синдром Корсакова клиническая форма старческого слабоумия кратковременное выключение сознания

Чувства выражают *отношение человека к окружающей жизни удовлетворение потребности человека деятельность, поведение человека отношения между людьми

Чувство призрачности, нереальности окружающего мира - это: * дереализация бред инсценировки метаморфозия зрительная иллюзия

Эгоцентризм, стремление быть в центре внимания, играть главную роль, повышенная эмоциональность, раздражительность, капризность, склонность к преувеличениям, театральность - эти черты характера

свойственны: *истерическим чертам эпилептоидам шизоидам психоастеникам

Эйфория - основной симптом синдрома:* маниакального онейроидного парафренного психоорганического

Эмоциональное недержание больше присуще: * атеросклерозу реактивной депрессии

неврозоподобной шизофрении эпилепсии

ЭСТ показана: * при инволюционной депрессии при инволюционном параноиде при простой шизофрении при болезни Пика

Этиологическими факторами наркомании не является: *инфекционные агенты наследственность социальный биологический

Ятрогения – это болезненное состояние, возникающее в результате неправильного: *поведение

медицинского персонала в отношении больного медикаментозного лечения психического заболевания определения диагноза психического заболевания ухода за больным с психическим заболеванием

Литература

Основная

1. Лакосина Н.Д. "Мед. психология". М. 1984 й.
2. Жариков М.В. с соавт. "Психиатрия". М. 1969 й.
3. Коркина М.В. с соавт. "Психиатрия". М. 1995 й.
4. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А. Снежневский А.В. "Психиатрия". М. Медицина 1968 й.
5. Кирпиченко А.А. "Психиатрия". Минск 1989 й.
6. Банщиков В.М., Короленко Ц.Т., Давыдов И.В. "Общая психопатология". М. 1971 й.
7. Алимов Х.А., Алимов У.Х. "Психиатрия клиникасининг мукаддимаси". Ташкент 1997 й.
8. Шаюсупова А.У., Ходжаева Н.И. "Психиатрия". Ташкент 1995 й.
9. Мурталибов Ш.А. с соавт. "Психиатриядан маълумотнома". Ташкент 1993 й.
10. Матвеев В.Ф. «Медицина психологияси, этикаси ва деонтологияси асослари». Т. 1991 й.
11. Б.Д. Карвасарский "Медицинская психология". Ленинград. Медицина 1982 й.
12. В.М. Блейхер "Клиническая патопсихология". Т. 1976 й.
13. И.М. Тылевич А.Я, Немцева "Руководство по медицинской психологии". Л. 1980 й.
14. Н.С. Булычева, Ф.В. Абулкасымов «Методическая разработка по теме: Мышление». Т. 1995 й.
15. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. «Клиническая психиатрия». М. 1994 й. Т 1,2.
16. Kaplan and Sadock. Synopsys of psyhiatry. Behavioral sciences clinical psyhiatry. Seventh edition. 1994 Baltimor, Maryland.

Дополнительная литература

1. Б.В. Зейгарник «Патопсихология». М.1976 й.
2. В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков "Практическая патопсихология". Ростов на Дону 1996 й.
3. "Психология". Луғат М. 1990 й.
4. Харви Шиффман «Ощущение и восприятие». 5-е издание – СПб.: Питер, 2003 й.
5. «Диагностика и лечение тревожных расстройств». Рук-во для врачей. Под ред. Дж. МакГлинна и Г. Л. Меткалфа. USA 1999 й.
6. Campbell RJ: Psychiatric dictionary. ed. Oxford Univerciti press. 1989 New-York.
7. Lindemann E: Symptomatology and management of acute grief. AmJ Psychiatry, 1995.
8. Jeret JS: Discussing dying: Changing attitudes among patients, psysicans, and medical students. 1989 Pharos.
9. E. Bleuler «Руководство по психиатрии». Из-во Независимая психиатри-ческая ассоциация 1993 й.
10. И. Харди «Врач, сестра, больной. Психология работы с больным». Academiai KIADO, Budapest 1991 й.
11. К. Г. Юнг «Структура психики и процесс индивидуации». М.: Наука, 1996 й.
12. Ж. Годфруа "Что такое психология". Т. 1-2. М. 1992 й.
13. Якубова С.И., Нарынский К. Н., Хасанов Ф.Н. "Методические разработки по врачебной этике для студентов мед институтов". Т. 1986 й.
14. Орлов Ю.М., Косарев И.И. "Культура общения врача". М. 1989 й.
15. Снежневский А.В. (под ред.) "Руководство по психиатрии". Том 1,2. 1983 й.
16. Авруцкий Г.Я, "Лечение психических больных" М Медицина 1981 й.
17. Лукомский И. И. "Маниакально-депрессивный психоз". М. 1998 й.

18. «Алкоголизм». Руководство для врачей (под ред. Морозова Г.В., Рожкова В.Е. Бабаяна Э.А) М. Медицина 1983 й.
19. Болдырев А. И. "Эпилепсия у взрослых". 2-е изд. Медицина 1984 й.
20. Алимов Х.А, Манасыпова И.К. "Рекуррентная шизофрения". М. 1982 й.
21. Жислин С.Г. "Очерки клинической психиатрии". 1965 й.
22. Морозов Г.В. (под ред.) "Руководство по психиатрии". М. Медицина 1988 й. Т 1,2.
23. Интернетдан олинган маълумотлар: www.psychiatry.ru, www.doktor.ru, www.medmatrix.org, medinfo.home.ml.org, www.jungland.indeep.ru, www.macroevolution.narod.ru.
24. Коркина М.В. Учебник по психиатрии 2007г
25. Самохвалов Б.Н. Учебник по психиатрии 2006г
26. Тиганов А.С. Учебник по психиатрии 2006г