

Лекция №3

**Общая психопатология:  
расстройства эмоций,  
двигательно-волевой сферы,  
нарушения сознания**

- **Эмоции** (от лат. возбуждать, волновать) – реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовольствие, неудовольствие).





RF



- **Настроение** – длительное, но не достигающее значительной интенсивности эмоциональное состояние, окрашивающее все психические процессы на протяжении часов и дней.
- **Страсть** – сильное, стойкое и глубокое чувство, захватывающее всего человека и подчиняющее себе основную направленность его мыслей и деятельности.
- **Аффект** – кратковременная, бурная эмоция, которая сопровождается возбуждением всей психической деятельности.

- **Физиологический аффект** возникает при действии сильных раздражителей, характеризуется некоторой односторонностью мышления, бурной двигательной реакцией, которые, однако, находятся под контролем сознания.
- **Патологический аффект** возникает в ответ на внешне незначительный повод, характеризуется бурной эмоциональной реакцией с нарушением сознания (сумеречное состояние сознания), двигательным возбуждением с разрушительными действиями, резкой вегетативной реакцией. Характерны последующий сон и амнезия событий, имевших место в период аффекта.
- Дифференциация физиологического и патологического аффектов имеет практическое значение при судебно-психиатрической экспертизе

# Классификация нарушений эмоций и чувств

Симптомы снижения настроения	Симптомы повышения настроения	Симптомы неустойчивости эмоциональной сферы	Качественное искажение эмоций
<ul style="list-style-type: none"><li>- гипотимия</li><li>- тоска</li><li>- дистимия</li><li>- дисфория</li><li>- тревога</li><li>- страх</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- гипертимия</li><li>- эйфория</li><li>- мория</li><li>- экстаз</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- эмоциональная неустойчивость</li><li>- эмоциональная лабильность</li><li>- слабодушие</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- эмоциональное оскудение</li><li>- эмоциональная тупость</li><li>- апатия</li><li>- психическая анестезия</li></ul>



- **Гипертимия** (мания) проявляется в виде неадекватно повышенного фона настроения, который сопровождается повышенным стремлением к деятельности, переоценкой своих возможностей, двигательнo-речевым возбуждением.



- **Эйфория** — состояние немотивированного благодушия в сочетании с пассивностью. Стремления к деятельности нет, характерно пассивно-созерцательное состояние. Отмечается при наркотическом опьянении, сифилисе, туберкулезе легких.



1 stock Vector Photoknopa.ru  
Bright Mood Smilies

- **Гипотимия** – эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности, как правило сопровождается угнетением всех психических процессов. Свойственно снижение самооценки. Входит в структуру депрессивных и невротических синдромов.



- **Паралич эмоций** – чувство полной опустошенности, безразличия, возникающее при действии внезапных тяжелых психических травм. Обычно носит кратковременный характер.



- **Апатия** – выраженное или полное безразличие к окружающему и к себе. Сопровождается бездеятельностью, отсутствием побуждений и желаний. Может наблюдаться при интоксикациях, после травм черепа, инфекционных заболеваний.
- **Эмоциональное уплощение** – утрата тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, способность сопереживать. Больные становятся назойливыми, бесцеремонными. Наблюдается при алкоголизме, наркоманиях.
- **Эмоциональная тупость** – стойкое и полное безразличие, особенно к страданиям др. людей. Характерна для конечной стадии шизофрении, дегенеративных процессах головного мозга.





- **Слабодушие** – эмоциональная слабость проявляется неустойчивостью настроения, «недержанием» эмоций, когда ослабевают способность человека управлять своими чувствами. Характерны реакции в виде умиления, смеха или плача по незначительным поводам. Встречается при органической (сосудистой) патологии головного мозга.

**Эмоциональная лабильность** (неустойчивость) – легкий переход от хорошего настроения к плохому. Смена аффекта может происходить по любому незначительному поводу. Состояние характерно для невротических синдромов, соматогенных астений, органической патологии головного мозга, абстинентных состояний. Может сочетаться со слабодушием.

- **Тугоподвижность** (инертность, ригидность, вязкость) характеризуется длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез. Не поддается отвлечению при новых впечатлениях. Входит в структуру эпилептических изменений личности, психоорганического синдрома.
- **Эксплозивность** (англ. explosive – вспыльчивость) – недержание аффекта. Обнаруживается при дисфориях и выражается сильными, неадекватными по поводу, их вызвавшему, эмоциональными, а иногда и двигательными реакциями.
- **Неадекватность эмоций** – несоответствие эмоциональных реакций внешним ситуациям, их вызвавшим, или высказываниям самого больного. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

# Расстройство влечения

Ослабление	Усиление	Извращение
<ul style="list-style-type: none"><li>- анорексия</li><li>- гипосексуальность</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- булимия</li><li>- полидипсия</li><li>- гиперсексуальность</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- полифагия</li><li>- суицидомания (*)</li><li>- kleптомания (*)</li><li>- дромомания (*)</li><li>- пиромания (*)</li><li>- амбигенность</li><li>- негативизм</li><li>- половые извращения</li><li>- каннибализм</li></ul>

\* - при отсутствии «борьбы мотивов»

# Эффекторно-волевые расстройства



- **Полифагия (булимия, обжорство)** – чрезмерное влечение к еде. Встречается при слабоумии, шизофрении, мании и эндокринных расстройствах. Зачастую сочетается с неразборчивостью в еде.
- **Анорексия** – снижение или отсутствие влечения к еде с утратой чувства голода.
- **Полидипсия** – неукротимая жажда, повышенное потребление жидкости. Характерна для эндокринных заболеваний.
- **Извращение пищевого влечения** (поедание несъедобного, парафагия, пикацизм) – стремление поесть несъедобное: землю, уголь, испражнения (копрофагия), мел. Наблюдается при слабоумии, шизофрении, нарушениях обмена, при беременности.

- **Усиление инстинкта самосохранения** может проявляться в двух противоположных формах: а) пассивно-оборонительной (стремление к уходу от опасных и сложных ситуаций, от ответственных решений, робость, нерешительность, трусливость, реакции «мнимой смерти» и т.п.; б) активно-оборонительной (реакции протеста, различные виды агрессии и т.п.). Наблюдается в сложных формах поведения при психопатиях, неврозах и др. болезненных состояниях.
- **Ослабление инстинкта самосохранения** проявляется в снижении интереса, безразличии к своей жизни и суицидных поступках (особенно при сочетании с депрессивным аффектом). Наблюдается при психопатии, психогенных заболеваниях, шизофрении, МДП и др.
- **Извращение инстинкта самосохранения** проявляется в актах самоистязания, нанесении себе различных увечий, проглатывании металлических и др. предметов и т.д. Наблюдается при шизофрении, органических поражениях головного мозга, психопатиях.

- **Гиперсексуальность** (гиперэротизм) – повышение сексуального влечения с соответствующим поведением, иногда приобретающим характер распущенности ( у мужчин – сатириазис, у женщин – нимфомания).
- **Гипосексуальность** (гипоэротизм) – понижение сексуального влечения (у мужчин – некоторые формы импотенции, у женщин – фригидность) с отсутствием сексуальных чувств к лицам противоположного пола. Наблюдается при астении, депрессии, при приеме нейролептических препаратов. нарушения полового инстинкта, проявляющиеся в извращении направленности или форм его проявления. Сюда относятся всякие сексуальные отклонения от нормы (по МКБ-10: парность, гетеросексуальность, половозрелость, добровольность связи, стремление к обоюдному согласию, отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнеров и др. лиц).

- **Импульсивные влечения и действия** – внезапные, внешне не мотивированные, неосмысленные, непреодолимые побуждения, действия и поступки. Они воспринимаются большинством больных как чуждые, нелепые, болезненные состояния. К ним относятся:
  - а) дромомания – непреодолимое стремление к бесцельному бродяжничеству и перемене мест. Наиболее характерно для подростков;
  - б) клептомания – импульсивное влечение к воровству, хищению. Чаще встречается у женщин. Кражи лишены смысла, важен сам процесс, а не объект;
  - в) пиромания – неотвратимое стремление к поджогам. У ряда больных после содеянного отмечается душевный подъем, вплоть до экстаза. Часто сами принимают участие в тушении пожара;
  - г) дипсомания (истинный запой) – непреодолимое стремление к пьянству у людей, не страдающих алкоголизмом.

# Расстройство воли

## Абулия

(«отсутствие» волевых побуждений) встречается при шизофреническом дефекте; органическом поражении лобных долей головного мозга

## Гипобулия

(снижение волевых побуждений) отмечается при депрессивных, астенических состояниях

## Расстройство воли

## Гипербулия

(болезненное повышение волевых побуждений) характерна для наркомании, паранойяльного, маниакального синдромов

## Парабулия

(качественное извращение волевых побуждений) выявляется при шизофрении, психопатиях



- **Гипербулия** – патологически усиленное стремление к деятельности, волевой активности (общее – при маниакальных состояниях, одностороннее – у наркоманов, при параноидных и паранойяльных состояниях).
- **Гипобулия и абулия** – болезненное снижение или полное отсутствие побуждения к деятельности. Наблюдается при апатико-абулическом синдроме различного генеза (шизофрении, тяжелых травмах и т.д.).
- **Парабулия** – извращение волевой активности и побуждений. Проявляется вычурной, манерной мимикой, неадекватностью движений и действий. Больным свойственны гримасничанье, особые формы приветствия, вычурная походка, негативизм и импульсивность. Также сюда относятся симптомы повышенной и пониженной подчиняемости, эхо-симптомы. Встречается при шизофрении.

- **Амбигендентность** – двоякая, противоречивая реакция на один раздражитель, двойственность поступков, действий, движений.
- **Сознание** – совокупность знаний и представлений человека об окружающем мире и о самом себе. Это способность ориентироваться в окружающем и в собственной личности.
- Ясным сознанием считается состояние, в котором субъект способен ориентироваться в собственной личности, месте, времени, ситуации, окружающих лицах и при этом у него нет нарушений ни в одной из психических сфер.

# Основные признаки помрачения сознания («тетрада К. Ясперса», 1923)

Психопатологические проявления	«Поверхностные» нарушения сознания	«Глубокие» расстройства сознания
<b>Нарушения восприятия</b>	Утрата дифференцированности, избирательности, отчетливости («эпикритичности») отражения окружающего	Отрешенность от окружающего как следствие наплыва иллюзорно-галлюцинаторных обманов чувств
<b>Нарушения мышления</b>	Непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего	Бессвязность (инкогерентность) мышления, либо формирование вторичного (чувственного) бреда
<b>Нарушения ориентировки</b>	Нарушение аллопсихической ориентировки (прежде всего во времени)	Нарушение алло- и аутопсихической ориентировки
<b>Нарушения памяти</b>	Неполные, отрывочные воспоминания	Полная амнезия реальных событий

- Отрешенность с утратой ясности, отчетливости восприятия окружающего. Реальный мир не привлекает внимания пациента, а если и воспринимается им, то лишь фрагментарно, непоследовательно. Возможность понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой полностью утрачена.
- Различные виды дезориентировки (бывает предметная и личностная), которые наблюдаются изолированно или вместе. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, являясь одним из ведущих симптомов при любом нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры, выраженности и развития.
- **Расстройство мышления** (извращения) – бессвязность мышления, утрата его целенаправленности.
- Полная или частичная амнезия периода нарушения сознания, часто реальные события полностью амнезируются и сохраняются отрывочные воспоминания о бредовых и галлюцинаторных переживаниях.

# Синдромы нарушенного сознания

Выключение сознания	Помрачение сознания	Нарушение самосознания
<ul style="list-style-type: none"><li>- кома</li><li>- сопор</li><li>- оглушенность</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- делирий</li><li>- онейроид</li><li>- аменция</li><li>- сумеречное помрачение сознания</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- неадекватная самооценка</li><li>- дереализация</li><li>- деперсонализация</li><li>- психические автоматизмы</li><li>- бредовые расстройства самосознания</li><li>- распад самосознания</li></ul>

- **Выключение сознания** – тотальное нарушение отражения, которое сопровождается одномоментным или последовательным уменьшением, а иногда и полным исчезновением объема и глубины всей психической деятельности.
- **Оглушение** – понижение вплоть до полного исчезновения ясности сознания и одновременное обеднение его содержания.
- Характеризуется двумя основными признаками:
  - 1) повышением порога возбудимости на все раздражители;
  - 2) обеднением психической деятельности.

В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие стадии оглушения:

- ✓ Обнубиляция;
- ✓ Сомнолентность;
- ✓ Сопор;
- ✓ Кома

- **Обнубиляция** – «вуаль на сознании» - характеризуется мерцанием ясности сознания. Реакции больных, и в первую очередь речевые, замедлены, появляются рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Больные производят впечатление слегка опьяневших. Обычно такое состояние кратковременно, однако может продолжаться очень долго (от нескольких минут до нескольких месяцев).
- **Сомнолентность** – более глубокая степень оглушения, состояние полусна, во время которого больной лежит с закрытыми глазами большую часть времени. Фразовая речь отсутствует, но на простые вопросы больные могут односложно отвечать. Более сложные вопросы не осмысливаются. Выражена адинамия.



- **Сопор** – патологический сон. Речевой контакт невозможен, аллопсихическая ориентировка, как правило, полностью отсутствует. Сильные внешние раздражители вызывают недифференцированные защитно-оборонительные реакции. Сохраняются болевая, кашлевой, корнеальный, зрачковый, рвотный и глотательный рефлексы. После выхода из сопора наблюдается полная амнезия.
- **Кома** – бессознательное состояние (о наличии какой-либо ориентировки говорить просто неуместно) с полным отсутствием ответных реакций. Первой исчезает болевая чувствительность, затем исчезают зрачковый, роговичный и глотательный рефлексы. Последними исчезают сухожильные рефлексы, и появляются патологические. По мере углубления комы нарушаются сердечная деятельность, тонус сосудов и терморегуляция, возникают патологические формы дыхания. Без неотложной помощи – исход летальный.
- Выключения сознания развиваются при интоксикациях, ЧМТ, опухолях мозга, сосудистых и др. органических заболеваниях ЦНС.

# Дифференциальная диагностика синдромов выключения сознания

Синдром	Словесный контакт	Болевая чувствительность	Рефлексы
Оглушенность	+	+	+
Сопор	-	+	+
Кома	-	-	-

- **Помрачения сознания** – расстройства, при которых происходит тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания. Помимо различных вариантов дезориентировки включают психопатологические симптомы, ведущими из которых являются галлюцинации, бредовые идеи, ложные узнавания, эмоциональное и двигательное возбуждение, расстройства памяти. Отражается не объективная реальность, а мир болезненных переживаний.

- **Делириозный синдром** – самая частая форма помрачения сознания, сопровождающаяся наплывом ярких зрительных галлюцинаций и иллюзий, чувственного бреда, изменчивого аффекта, в котором преобладают страх и тревога. Больные двигательны возбуждены, ориентировка в месте и времени нарушается, а в себе сохраняется.



- Проявление симптоматики днем несколько ослабевает, отмечаются люцидные окна – короткие периоды ясного сознания, во время которых больной правильно ориентируется в окружающем, осознает наличие болезненных расстройств. К вечеру симптомы усиливаются, отмечается стойкая бессонница.
- При неблагоприятном развитии основного заболевания могут отмечаться тяжелые формы делирия – профессиональный и мусситирующий.





**Онейроидный синдром** (шизофренический делирий) – помрачение сознания с наплывом фантастических представлений, которые переплетаются с реальностью. Как правило, содержание зрительных образов сценподобно, связано какой-либо сюжетной линией. Больной является участником мнимых событий. Расстройства восприятия носят характер псевдогаллюцинаций (зрительный псевдогаллюциноз). Все виды ориентировки нарушены (бредовая дезориентировка).

Отмечаются аффективные и двигательные (в том числе и кататонические) расстройства. Речевой контакт с больным почти всегда невозможен. Редукция симптомов онейроида происходит постепенно, в обратном порядке их появления. Частично сохраняется память на болезненные переживания, а реальные события амнезируются.

- **Аментивный синдром** (инкогеренция сознания) – форма помрачения сознания с глубоким нарушением всех видов психической деятельности. Речь бессвязна, состоит из отдельных слов, слогов или нечленораздельных звуков. Аффективные реакции очень изменчивы, наиболее часто отмечается аффект недоумения в сочетании с растерянным выражением лица. Двигательное возбуждение ограничивается некоординированными движениями в пределах постели, часто сменяется ступором. Словесный контакт невозможен. Все виды ориентировки нарушены. Продолжительность аменции может составлять несколько недель. Период аментивного состояния полностью амнезируется. Выход постепенный, сопровождается астеническим или психоорганическим состоянием. Аменция наблюдается при тяжелых соматических, инфекционных заболеваниях, травмах и интоксикациях.



# Сравнительная характеристика делириозного и онейроидного синдромов (по В.К. Смирнову, 1983)

Факторы	Признаки	Делирий	Онейроид
<b>Условия развития и особенности течения</b>	этиология	экзогенная	эндогенная
	длительность	часы-дни	дни-недели
	течение	ундулирующее	стабильное
	время суток	ночное	не зависит
<b>Форма и содержание переживаний</b>	галлюцинации	истинные	ложные
	содержание переживаний	микро-, макро-, зоопсии, профессиональные и бытовые сцены	фантастичность мегаломаничность
	временная проекция	настоящее время	прошлое, будущее
	ассоциации	фрагментарные	последовательные
<b>Реакция личности</b>	самосознание	сохранено	перевоплощение, двойная ориентировка
	поведение	соответствует характеру переживаний	диссоциация поведения и переживаний
	тонус мышц	не изменен	кататонические расстройства
	воспоминания	фрагментарные	относительно последовательные

- **Сумеречное расстройство сознания («сумерки»)** – внезапное сужение психического поля зрения, избирательное восприятие окружающего при сохранении привычных автоматизированных действий, продолжающееся от нескольких минут до нескольких суток. Имеет тенденцию к повторению. Наблюдается при эпилепсии, органической энцефалопатии с эпилептиформным синдромом, интоксикациях.
- Сумерки подразделяются на простую и психотическую формы, между которыми нет четких границ.

# Сравнительная характеристика сумеречного помрачения сознания и аменции

Сумеречное помрачение («концентрическое помрачение»)	Аменция («инкогерентное помрачение»)
Пароксизмальность возникновения и окончания	Развитие постепенное
«Спонтанное» возникновение	Развивается при длительных, истощающих соматических заболеваниях
Возможны развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания	Рудиментарность, фрагментарность продуктивной симптоматики
Возможны разрушительные и агрес- сивные действия	Хаотические движения, элементы кататонических расстройств
Крайняя аффективная насыщенность переживаний	Аффект недоумения, растерянности
Действия могут производить впе- чатление преднамеренных, возможно внешне упорядоченное поведение	Возбуждение в пределах постели (яктация)
Отношение к совершенному как к «чужим поступкам»	Полная амнезия пережитого

- Кроме того, в судебно-медицинской практике встречаются так называемые **исключительные состояния** – группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но во многом сходных по клиническим признакам. Эти расстройства начинаются внезапно, как реакция на внешнюю ситуацию, они непродолжительны, сопровождаются расстроенным сознанием и полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями, и, как правило, представляют собой единственный эпизод в жизни.
- К исключительным состояниям относятся: патологический аффект, патологическое просоночное состояние, реакция «короткого замыкания» и патологическое опьянение.