**ОЩУЩЕНИЕ** - такой вид психической деятельности, который отражает лишь отдельные свойства явлений и предметов, воздействующих на органы чувств.

**ВОСПРИЯТИЕ** - целостное отражение тех явлений или предметов, которые воздействуют на наши органы чувств.

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ** - результат оживления образов или явлений, воспринимаемых ранее.

Особенности: имеет более обобщенный характер, не так четко, как восприятие, фрагментарно, обладает субъективностью и индивидуальностью, способно к исчезновению.

**АССОЦИАЦИЯ** - связь представлений, основанная на предшествующем опыте.

**СЕНЕСТОПАТИИ** - качественные расстройства чувственного познания. Особенности: 1. Отсутствие качественной определенности, естественности ощущений, вычурный их оттенок и нечеткая локализация. 2. Удивительная стойкость, монотонность болей - они ни от чего не зависят и продолжаются без перерыва месяцы и годы. 3. Своеобразное, паралогичное объяснение этих ощущений. 4. Иррадиация сенестопатий не соответствует анатомо-топографическим закономерностям. Сенестопатии встречаются при интоксикациях, токсикоманиях, шизофрении, ипохондрических состояниях различной природы.

**Количественные расстройства восприятия:**

**АЛГЕЗИЯ, АНЕСТЕЗИЯ** - расстройства чувства боли, характеризующиеся потерей или уменьшением болевой чувствительности

**ГИПОСТЕЗИЯ -** понижение чувствительности к внешним раздражителям. (все под сурдинку).

**ГИПЕРЕСТЕЗИЯ** - обостренное, усиленное чувственное восприятие со стороны экстерорецепторов.

**СИНЕСТЕЗИИ** - особенности чувственного восприятия, заключающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с какого-то другого или нескольких анализаторов.

**Психосенсорные расстройства** (метаморфопсии) - искаженное восприятие формы окружающих предметов. Или нарушается восприятие размера: микропсия, макропсия, числа (полиопсия), или они перемещаются (оптическая аллестезия.

**Расстройства схемы тела** - нарушение привычных представлений о размерах и форме своего тела лил отдельный его частей, о расположении их лил о положении всего тела в пространстве.

**Деперсонализация и дереализация** - отчуждение мира восприятий, выражающееся в кажущейся чуждости, неестественности, нереальности происходящего и предметов.

**ИЛЛЮЗИИ И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ**

**ИЛЛЮЗИИ** - расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде.

Иллюзии невнимания (Ясперс) - здоровый человек при отвлечении внимания на что-то важное может воспринять окружающее ошибочно.

Аффективные - возникают под влиянием сильного чувства, такого аффекта как сильный страх, чрезмерное нервное напряжение. (штора - скелет, пальто на вешалке - страшный бродяга и т.д.)

Вербальные - ошибочное восприятие смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит угрозы в свой адрес.

Парейдолические - расстройства восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются изменено, в причудливо-фантасфантастическом виде. (Ясперс).

**ГАЛЛЮЦИНАЦИИ** - расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит. Слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует.

Различают: галлюцинации в зависимости от органов чувств: зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, галлюцинации общего чувства (висцеральные и мышечные).

истинные и псевдогаллюцинации.

По размеру: макро, микро, нормопсии.

По представлению: элементарные, предметные, сценоподобные., калейдоскопические, интерметаморфоз

Слуховые галлюцинации бывают фонемы - патологическое восприятие слов, речей, разговоров., акоазмы - патологическое восприятие отдельных звуков или шумов. Они бывают :

1. императивными - в форме приказа молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение и т.д. 2. Угрожающими . 3. Комментирующими - больной слышит речи обо всем, о чем бы он ни подумал или что бы ни сделал. 4. Антагонистическими - больной слышит две группы голосов с противоречивым смыслом.

Зрительные галлюцинации могут быть либо 1.элементарными (фотопсии), предметными, сценоподобными, калейдоскопическими, интерметаморфоз, а так же 2. микро, макро, нормопсии, и 3. Аутоскопическими. Зрительные галлюцинации могут возникнуть при поражении органа зрения, например, при катаракте, хориоидитах, воспалениях сетчатки.

Тактильные галлюцинации могут быть термическими, гаптическими (ощущение хватания), гигрическими (появление на теле какой-то жидкости).

Висцеральные галлюцинации - ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей и т.д..

Гипнагогические галлюцинации - зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах или перед пробуждением (гипнопомнические).

 Функциональные галлюцинации - возникают на фоне действующего раздражителя.

 Вызванные галлюцинации - во время сеанса гипноза. С-мы Липмана, чистого листа, ашаффенбурга (выключенный телефон).

**РАЗЛИЧИЯ ИСТИННЫХ И ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ.**

ИСТИННЫЕ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИН.

1. воспринимаются 1. Чувство сделанности,

больным как реально подстроенности, наве-

происходящие явления. денности.

2.образы проецируют- 2. Образы переживаются

ся в окружающее про- в голове, экстракампийно

странство, сочетаются

с непосредственно вос-

принимаемыми объек-

тами.

3. чувство реальности 3. Образы существуют

 образов. Только для больного

4. чувственная яркость

живость галлюцинаций 4. Бесплотность образов

5. объективные призна- 5. Диссоциация богад

ки галлюцинаций ства психопатологичес-

(соответствующее ких переживаний и

поведение больного) спокойного поведения

6. возможность для 6. Изолироваться,

больного борьбы с отвлечься невозможно.

Галлюцинациями -

отвернуться, закрыть

уши.

7.часты помрачения созн.7. Возможно ясное созн.

8. возможна критика 8. Критика отсутствует

**НАВЯЗЧИВОСТИ -** многообразные переживания, возникающие помимо воли больного при наличии критического к ним отношения.

НАВЯЗЧИВЫЕ МЫСЛИ **-** появление совершенно ненужных мыслей, от которых человек , понимая всю нелепость таких мыслей, относясь к ним с полной критикой, человек тем не менее избавиться от них не в силах.

НАВЯЗЧИВЫЙ СЧЕТ - заключается в непреодолимом стремлении считать все, что попадается на пути: окна в домах, пуговицы на пальто соседа.

НАВЯЗЧИВЫЕ СОМНЕНИЯ - постоянно возникающие сомнения по поводу того, правильно ли человек сделал то или иное дело, закончил ли его.

НАВЯЗЧИВЫЕ ВОСПОМИНАНИЯ - характеризуются непроизвольным появлением ярких воспоминаний обычно чего-то очень для человека неприятного, того, что он хотел бы забыть.

НАВЯЗЧИВЫЕ СТРАХИ - мучительные переживания страха, вызываемого самыми различными предметами и явлениями (высота, широкие площади, смерть, нозофобии) - (ритуалы).

НАВЯЗЧИВЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ - выражаются в появлении неприятных для человека желаний. (плюнуть в затылок впереди сидящего человека).

НАВЯЗЧИВЫЕ ДЕЙСТВИЯ - непроизвольно совершаемые автоматические стереотипные движения, усилием воли человек задерживает их.

**СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ**  - мысли, возникающие в связи с какими-то действительными фактами или событиями , но приобретающие для человека особую значимость, определяющие все его поведение. В отличие от обсессий здесь нет противопоставления навязчивой мысли ее носителю, она является естественной частью личности, ее душевного мира.

**БРЕДОВЫЕ ИДЕИ** - мысли, убеждения больного, возникающие на патологической основе, несоответствующие действительности и не поддающиеся коррекции, построенные на односторонней логике и отражающие искаженные отношения больного к окружающим или отношение к самому себе.

Различают: 1. Бредовые идеи преследования:

а. Бред отношения, б. Бред особого значения, в. Бред околдовывания, г. Бред воздействия,

д. отравления, е. Материального ущерба, ж. Обвинения, з. Ревности.

1. Бредовые идеи величия:

а. Бред изобретательства, б. Высокого происхождения, в. Богатства, г. Эротический бред, д. Собственно бред величия.

1. Бредовые идеи самоуничижения:

а. Бред самообвинения, б. Ипохондрический бред, в. Бред отрицания, г. Бред гибели мира,

4. индуцированный бред. 5. Конформный бред.

**Первичный бред**  - патология суждения вследствие логически неправильного умозаключения бред, когда больной из группы фактов выбирает только те, которые доказывают его бредовые идеи.

**Вторичный бред** на фоне депрессии или маниакального состояния. Это чувственный бред инсценировки, симптом ложного узнавания, симптом положительного или отрицательного двойника.

**ПАРАНОЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ** - формируется как первичный , интерпретативный бред. При нем отсутствуют какие-либо иные грубые расстройства психики, толкуются реальные или вполне правдоподобные факты, события.

Критерии бреда: 1. Первичная убежденность больного в своей правоте. 2. Паралогичное обоснование своей точки зрения или все факты трактуются однобоко. 3. Особая обстоятельность больного в разговоре о бредовых переживаниях. 4. постепенное усложнение бредовой системы, включение в нее новых лиц. 5. Характерологический сдвиг - появление в психическом облике больного новых качеств, например, подозрительности. При этом бреде не бывает галлюцинаций, по содержанию это чаще всего бред ревности, физического недостатка, любовный, сутяжный и т.д.

**ГАЛЛЮЦИНАТОРНО - ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ включает в себя бредовые идем и галлюцинации.**  Одна из разновидностей - с-м Кандинского-Клерамбо, состоящий из 1. псевдогаллюцинаций, 2. Бредовых идей воздействия, 3. Явлений психического автоматизма (чувство отчужденности, сделанности собственных переживаний, поступков, движений, ощущений. - идеаторный, сенсорный, кинестетический)

**ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ** - фантастический бред величия в сочетании с бредом преследования. Это - высшая степень развития бредовых расстройств. Она формируется на отдаленных этапах хронических бредовых психозов или при быстром их развитии.

Одной из разновидностей его является синдром Котара - глубокая депрессия в сочетании с ипохондрическим бредом или бредом злого могущества.

**ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.** - переживания, связанные со здоровьем. Ипохондрический синдром может быть бредовым, как и всякий бред - принципиально новое качество для больного, меняющее его личность, отношение к окружающему. Он может существовать лишь как знание пациента о своем заболевании или же сочетаться с сенестопатиями, галлюцинациями, психическими автоматизмами.

1. паранояльная ипохондрия только бредовые идеи, сопровождающиеся односторонней интерпретацией реальных или правдоподобных фактов: язык слишком белый или красный - тяжелое заболевание и т.д.
2. параноидная ипохондрия сопровождается явлениями психического автоматизма, когда переживания вызываются посредством гипноза, лучей, телепатии, больным нарушают ритм сердечных сокращений, приостанавливают секрецию желудочного сока.
3. парафренная ипохондрия в наиболее развернутом виде представлена синдромом Котара - нигилистический бред, развертывающийся на фоне тоскливого аффекта. Больные утверждают, что все высохло в мозгу, головной мозг упал на зубную челюсть, больной - живой труп и т.д. но может быть и сверхценные идеи и навязчивости.

**ДИСМОРФОБИИ** - переживания, содержанием которых является косметический дефект, физическое уродство, дурной запах, якобы исходящий от больного, словом - отталкивающий внешний облик. По существу - это один из вариантов ипохондрии.

В структуре психопатологии этот синдром характеризуется триадой Коркина: 1. Идея физического недостатка. 2. Бреда отношения. 3. Пониженного настроения, иногда вплоть до депрессии.

Сама идея физического недостатка чаще всего является бредом паранойяльного типа (когда мысли об уродстве касаются совершенно правильной части лица), реже - сверхценных идей (в этом случае небольшой дефект воспринимается как трагедия всей жизни) или навязчивого состояния.

**ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ** - нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении от самого себя.

Бывает: 1. **Витальная** - у больного исчезает само чувство жизни. 2**. Аутопсихическая** - отчуждение психический функций своего Я ( мысли не мои, речь свою слышу как бы со стороны, мое прошлое - как бы не мое, не пойму - хочу я спать или не хочу, к кругу этих расстройств относится и болезненная психическая анестезия). 3. **Соматопсихическая** - чуждость или исчезновение своего тела или его частей. Но при этом нет изменений пропорций или размеров тела, больные просто не чувствуют его или частей его - ног вроде бы у теня нет, на могут понять, голодны ли они или нет, есть позывы на акт мочеиспускания или нет и т.д. 4. **Аллопсихическая** (дереализация). - Ясперс. Это отчуждение мира восприятий. При этом больным чаще всего даже трудно определить, каким образом изменилось все вокруг. Дереализация может касаться как нескольких анализаторов одновременно, так и какого-то одного из них: больной не может определить, какого предмета он касается, различить вкус пищи. Нарушения восприятия при дереализации могут касаться также пространственных взаимоотношений (все стало каким-то плоским) и измененного восприятия времени.

При выраженных дереализационных явлениях может исчезнуть чувство действительности.

**ВОЛЯ** - сознательное, целенаправленное управление человеком своей деятельностью. в волевом процессе различают следующие этапы: побуждение, осознание ряда возможностей достижения цели, борьба мотивов, принятие одного из возможных решений, осуществление принятого решения. Нарушения волевых процессов могут быть на любом этапе.

Абулия - патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности. Встречается при шизофрении, различных лобных поражениях и при депрессиях.

Гипобулия - понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться.

Гипербулия - повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления.

Парабулия - извращения, изменение волевой активности. Побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного пссихопатологическими симптомами. (слуховые галлюцинации устрашающего характера побуждают к агрессивной деятельности и т.д.). м.б. ригидность принятого решения и деятельность по типу короткого замыкания.

**НАРУШЕНИЕ ВЛЕЧЕНИЙ**

**извращение инстинктивных влечений**

Нарушение влечений к пище: 1. Булимия - патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе. Наблюдается в определенном периоде нервной анорексии, а также при некоторых состояниях эмоционального напряжения, когда поедание больших количеств пищи снимает его.

2. анорексия - утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании.

3. полидипсия - повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда.

4. пикацизм - извращение аппетита, распространяющееся на несъедобные вещества.

5. копрофагия, скатофагия

Нарушение инстинкта самосохранения:

1. ослабление рефлекса самосохранения.

2. усиление рефлекса самосохранения.

Нарушения полового влечения : онанизм, петтинг, фротерризм, промискуитет, групповой секс, гиперсексуальность, эротомания - вся жизнь в сексе, импотенция, фригидность, вагинизм, гомо и транссексуаизм, педофилия, инцест, мазохизм.

**ИМПУЛЬСИВНЫЕ ЯВЛЕНИЯ**

 Импульсивные влечения - непреодолимые влечения достижения целей, неадекватных реальной ситуации, выполняемых без сопротивления и борьбы, но с последующей критической их оценкой.

Импульсивные действия - внезапно совершаемое стремительное немотивированное действие, продолжающееся секунды или минуты.

Дромомания - импульсивное влечение к перемене мест, побегам из дома.

Дипсомания - влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами.

Пиромания - влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.

Клептомания - импульсивное воровство, немотивированное влечение к воровству.

Копролалия - импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств.

Мифомания - непреодолимое влечение к вранью, обману.

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**Эмоции** - реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия. Это физиологическое состояние организма, имеющее яркую субъективную окраску. Выделяют корковые и подкорковые эмоции, положительные и отрицательные, стенические и астенические.

**Аффект** - кратковременное сильное душевное волнение. Выделяют 1. физиологический аффект, например гнева или радости, 2. астенический аффект - быстро истощающееся угнетенное настроение, снижение психической активности и тонуса, 3. Стенический аффект - повышенное самочувствие, психическая активность, ощущение собственной силы, 4. Патологический аффект кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся в концентрации сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом.

**Настроение -** более или менее продолжительное эмоциональное состояние.

**Расстройства :** эксплозивность (повышенная эмоц. Возбудимость), эмоциональное застревание, амбивалентность, чувство потери чувств.

**СИМПТОМЫ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕН.**

Гипертимия - повышенное веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, хорошим физическим самочувствием, переоценкой собсвенных возможностей.

Эйфория - пассивное благодушное, беспечное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием.

Гипотимия - сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях.

Дисфория - злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими, часто сопровождается агрессией.

Тревога - переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы.

Эмоциональная лабильность - неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий.

Болезненное психическое бесчувствие - утрата человеческих чувств.

Апатия - расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью.

Эмоциональная монотонность - эмоциональная холодность - ко всему холодное отношение.

Эмоциональное огрубение - утрата наиболее дифференцированных эмоциональных реакций (деликатности, сопереживания.

Эмоциональная тупость - расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскуднением чувств, переходящих в полное равнодушие.

Гипермимия - утрированное выражение эмоций.

Гипомимия - ослабление, обеднение мимики, однообразная, застывшая мимика, складка Вергаута.

Парамимия - неадекватность мимики и выразительных действий ситуации.

**СИНДРОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**

к ним относят маниакальный и депрессивный синдромы, для которых характерна триада Ясперса:

1. расстройства настроения
2. двигательные нарушения
3. изменение течения ассоциативных процессов

**ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ**

Различают: 1. Тоскливую, 2. Тревожную, 3. Апатическую, 4. Деперсонализационную, 5. Анестетическую, 6. Ажитированную, 7. Раптоидную, 8. Ипохондрическую, 9. Улыбающуюся, 10. Бредовую и другие виды депрессий.

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимией (подавленное настроение, грусть, тоска, тревога, апатия), замедлением мышления (обеднение мышления, мало мыслей, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям), двигательной заторможенностью (замедление движений и речи).

Признаки эндогенной депрессии: возникает фазно без внешних причин, сезонные колебания настроения, суточные колебания настроения (выздоровление к 5 часам) , предсердечная тоска, самообвинение больного распространяется на всю его жизнь, симпатикотония (триада Протопопова).

Признаки маскированной депрессии:

больной длительно лечиться у врача-интерниста, многочисленные обследования не обнаруживают патологии, эффект применения антидепрессантов.

Маскированная депрессия может протекать в виде сердечно-сосудистой, костно-мышечной, неврологической, абдоминальной, сенестопатич.

**МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ**

для него характерна маниакальная триада: гипертимия (приподнятое радостное настроение), ускорение ассоциативных процессов (от некоторого облегчения до скачки идей), двигательное возбуждение. Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические сведения, деятельность непродуктивна. Больные склонны переоценивать вои способности и возможности. Повышено чувство собственного достоинства, больные убеждены, что их ждут большие открытия, что они могут играть роль в решении серьезных социальных проблем.

У больных наблюдается речевое возбуждение, они говорят много, быстро, громко, в ряде случаев их речь не успевает за мыслями. Внешний вид больных характерен: они оживлены, лицо часто гиперемировано, мимика живая, движения быстрые, усидеть на месте они не могут, аппетит повышен, половое влечение усилено.

Выделяют несколько вариантов маниакального синдрома: веселая мания, непродуктивная мания, мания с дурашливостью, мории (лобная симптоматика), гипомания.

**РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА**

Память - вид психической деятельности, при помощи которого отражается прошлый опыт.

Интеллект - относительно устойчивая структура умственных способностей индивида.

Амнезия - потеря памяти, отсутствие ее. Различают: ретроградную, антероградную, ретроантероградную амнезии.

Фиксационная амнезия - потеря способности запоминать, фиксировать текущие события.

Прогрессирующая амнезия - характеризуется постепенным ослаблением памяти, причем в первую очередь ослабляется, память на текущие события, на то, что было недавно, на события последних лет. (закон Рибо).

Парамнезии - ошибочные, ложные, превратные воспоминания. 1. Человек может вспоминать действительно имевшие место события, но относить их к совсем иному времени (псевдореминесценции)

2. конфабуляции - другой вид парамнезий - вымышленные воспоминания, совершенно не соответствующие действительности.

3. криптомнезии - такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, т.е. забывается источник информации.

Эдейтизм - явление, при котором представление зеркально воспроизводит восприятие.

Фотографическая память

палимсцесты - фрагментарные выпадения памяти.

**РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА**

МАЛОУМИЕ (олигофрения)

СЛАБОУМИЕ (деменция)

Органическое слабоумие - вызванное сосудистыми или иными органическими заболеваниями головного мозга, травмами и т.д. оно может быть диффузным, глобальным, или парциальным, лакунарным.

Тотальное слабоумие. - стойкое снижение всех интеллектуальных функций, слабость суждений, отсутствие критики к своему состоянию.

Частичное слабоумие - характеризуется выраженными нарушениями памяти. Остальные интеллектуальные функции страдают вторично.

Шизофреническое слабоумие - апатическое или атактическое - характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время, как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

Эпилептическое слабоумие - значительное снижение памяти и изменение мышления, когда человек не различает главное и второстепенное (лабиринт)

**СИНДРОМ КОРСАКОВА**

Это разновидность амнестического синдрома. Основой его является невозможность запоминать текущие события при более или менее сохранной памяти на прошлое. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. Еще один симптом - парамнезии в виде конфабуляций или псевдореминесценций.\

**РАССТРОЙСТВА АССОЦИАТИВНОГО ПРОЦЕССА**

Мышление - обобщенное отражение человеком предметов и явлений в их закономерных связях.

Понятие - отражение в сознании человека наиболее общих и существенных свойств и качеств предметов и явлений.

Мыслительные операции включают в себя анализ, синтез, сравнения, обобщения, абстракцию и конкретизацию с последующим образованием понятий.

Ускорение мышления - ускоренное течение ассоциативных процессов, мысли очень быстро сменяют друг друга, их много, больной не успевает их высказывать.

Прерывистость ассоциаций - шперрунги - загораживание, остановка мыслей.

Замедление мышления - бедность ассоциаций, замедленное течение мысли.

Патологическая обстоятельность мышления - чрезвычайная вязкость, тугоподвижность мыслительных процессов, трудность переключения, невозможность отделить главное от второстепенного.

Персеверация мышления - патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что выражается в повторениях.

Вербигерация - речевая стереотипия - бессмысленное, нередко ритмическое повторение одних и тех же слов, фраз или их обрывков.

Паралогическое мышление - отсутствие в мышлении логической связи, выводы, которые делает больной в таких случаях не только не закономерны, но часто совершенно нелепы.

Резонерство - склонность к пустым рассуждениям бесплодность мышления, отсутствие конкретности.

Разорваность мышления - выражается в отсутствии связи между отдельными мыслями или отдельными словами, речь больного при этом может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла.

Бессвязаность мышления - полная хаотичность, бессмысленность мышления, речь состоит из отдельных слов, никак между собой не связанных.

Символическое мышление - непонятные для окружающих символы, символическое восприятие речи, придание особого смысла обыденным вещам. Создание неологизмов.

**ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

(энцефалопатический, органический) этиология: нейроинфекции, опухоли, травмы и сосудистые поражения головного мозга, асфиксия, алкоголизм, наркомания, старческие психозы, наследственные дегенеративные заболевания.

Основу синдрома составляет триада Вальтер-Бюэля: 1. Снижение интеллекта (снижение уровня суждений. Умозаключений, нарушение критических способностей), 2. Ослабление памяти, 3. Эмоциональная лабильность, которая на начальных этапах проявляется как несвойственная больному слезливость. У больных снижается объем внимания, искажаются волевые процессы (прожорливость, гиперсексуальность, циничность шуток, утрата чувства дистанции и такта в общении) Варианты: астенический, эксплозивный (интел. Снижение , дисфория, злобная раздражительность), эйфорический, апатический.

**ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ**

**Критерии помраченного сознания** Ясперс.:

1. отрешенность от окружающего мира (утрата способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, но чаще проявляется в изменении восприятия происходящего, выражающемся в фрагментарности. Непоследовательности отражения событий.)
2. дезориентировка (аллопсихическая, амнестическая, аутопсихическая, бредовая - ложные представления об окружающем, соматопсихическая, двойная ориентировка)
3. амнезия на период нарушенного сознания (тотальная или частичная)

симптомы расстройства сознания:

анозогнозия - неузнавание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект.

 Симптомы: Никогда не виденное , уже виденное,

растерянность - состояние острого бессмыслия, невозможность понимания происходящих событий, неспособность разобраться в обстановке.

Гиперметаморфоз - непроизвольное привлечение внимания к предметам, обычно не замечаемым.

**СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ**

Оглушение - характеризуется повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво. Ответы односложные, но правильные. Больные не жалуются на шум, неудобную, мокрую постель и т.д. больной говорит односложно, мыслей, воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутствуют, движения скудны. Грубая ориентировка сохранена, более тонкая нарушена. После выхода из состояния оглушения у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации.

Обнубиляции - легкая степень оглушения. Больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения. У него рассеяно внимание, он не может сразу собраться, замедленно восприятие событий.

Сопор - состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические6 реакции на внешние воздейстия.

Кома - полное угнетение психической деятельности, отсутствие рефлексов, тазовые расстройства.

**ДЕЛИРИЙ**

это иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания, которое характеризуется противоположными оглушенности признаками: понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики.

Начало делириозного помрачения сознания проявляется изменением восприятия окружающего. Раздражители, которые ранее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и раздражающие. Затем появляются нарушения сна, возникают гипнагогические галлюцинации, по утрам страхи кажуться больному смешными и нелепыми. Затем - парейдолические иллюзии, а потом - истинные зрительные галлюцинации, иногда как продолжение парэйдолических иллюзий. Галлюцинации вначале единичные, фрагментарные, затем множественные, микрооптические, сценоподобные. К зрительным галлюцинациям присоединяются тактильные и слуховые. Поведение больного соответствует его переживаниям. Ориентировка ложная. При выходе из делириозного состояния воспоминания о реальных событиях фрагментарны или отсутствуют. Выделяют: абортивный (ориентировка сохранена), профессиональный, муситирующий делирии (глубокое помрачение сознания.).

**СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ**

Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные последовательные действия.. присутствуют бред, галлюцинации, бурные проявления аффекта.

Признаки: пароксизмальность возникновения и прекращения, сохранность автоматизированной деятельности, полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

**КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

обездвиженность-возбуждение, парабулии, эхо-симптомы, негативизм, амбивалентность, амбитендентность, импульсивность, стереотипии, парамимии. Особенности у детей: ступор наблюдается редко, возбуждение чаще в виде разрозненных симптомов.

**ШИЗОФРЕНИЯ** - группа сходных психических расстройств неясной этиологии, в развитии которых, вероятно, имеются общие эндогенные патологические механизмы в виде наследственной аномалии, не проявляющиеся до определенного времени. В качестве единого заболевания они были объединены Э.Крепеленым под названием раннее слабоумие.

**Основные симптомы**:

Эмоциональное снижение: проявляется в разной степени. Начинается с нарастающей холодности больных к близким и значимым для них людям.. Безучастности к событиям, которые непосредственно задевают больного, утраты прежних интересов и увлечений. Голос становится монотонным, лицо - гипомимичным. Появляются нелепое и неуместное хихканье и смешки. Больные становятся неряшливыми, нечистоплотными.

Формальное снижение мышления касается не мыслей, а самого мыслительного процесса.

Прежде всего страдает логическая связь между мыслями, больные склонны к символизму, неологизмам, резонерству, бесплодным рассуждениям.

Абулия - снижение энергетического потенциала, отсутствие побуждений к действиям. Начинается с того, что больные забрасывают все свои дела, ни за что не могут приняться, никак не могут собраться что-нибудь делать. в тяжелых случаях больные не моются, испражняются где попало, мочатся под себя, целые дни валяются или сидят в одной позе. Аутизм - замкнутость.

**ЯДЕРНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ** - имеет злокачественное течение и начитается в молодом возрасте. К ней относят **простую ядерную, гебефреническую, юношескую параноидную, галлюцинаторно-параноидную (Кандинского) шизофрении**.

Простая - апатоабулический синдром.

Гебефреническая - характеризуется нелепой дурашливостью, грубым кривлянием, утрированными гримассами, карикатурно детским поведением. В речи слышится примитивное рифмование. Склонны беззастенчиво обнажаться при посторонних, на глазах у влех онанируют. Могут нарочно мочиться и испражняться в постели или в одежде.

Параноидная - характерен бред воздействия, преследования и отношения. Могут быть слуховые галлюцинации обычно императивного характера, или комментирующие. Зрительные галлюцинации не характерны, а встречаются индуцированные бредом иллюзии.

**ВЯЛОТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ** - к ней относятся простая, неврозоподобная, психопатическая, стертая параноидная.

Вялотекущая простая - малопрогредиентная шизофрения, характеризуется постепенным началом, медленным развитием, даже без лечения возможны значительные улучшения вплоть до практического выздоровления. Основные симптомы выражены слабо, малозаметны.

Неврозоподобная - напоминает картину затяжного обсессивного невроза, реже - ипохондрического, невротической деперсонализации, , дисморфоманией. Обсессии отличаются от невротических неодолимостью, большой силой принуждения. Больные могут совершать нелепые ритуалы часами, не стесняясь посторонних. Фобии утрачивают эмоциональный компонент. Ипохондрические жалобы предъявляются в необычной, вычурной форме (кости рассыпаются, кишки сбились в комок) часто возникают мучительные сенестопатии. О деперсонализации чаще свего свидетельствуют жалобы на изменение самого себя, своих чувств. Дисморфамания отличается постоянством и вычурностью. Может быть нервная анорексия.

Психопатоподобная - протекает по типу шизоидной(замкнутость, неприязнь к близким, патологические хобби, составление схем и планов, неряшливость, резонерство), эпилептоидной (холодная изуверская жестокость, аффекты злобы), неустойчивой (асоц компании), истероидной (без учета ситуации, фальшивая наигранность),

**ПРИСТУПООБРАЗНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ** - характеризуется периодическим течением, протекает в форме маниакальных, депрессивных или смешанных аффективно-бредовых расстройств.

Развивается в течение нескольких часов или дней и удерживается несколько недель.

Атипичные маниакальные фазы характеризуются чрезмерной активностью, повышенным настроением, идеями величия большого размаха, сам бред величия становится нелепым, может быть эротический бред. Характерен бред инсценировки.

Атипичные депрессивные фазы отличаются тревогой и страхом. Больные даже не могут понять, чего они бояться, ждут каких-то ужасных событий, катастроф. Легко возникает бред преследования, который может сочетаться с бредом самообвинения и отношения, инсценировки и воздействия.

Смешанные состояния характерны для повторных фаз. Одновременно сосуществуют и депрессивные и маниакальные симптомы. Больные взвинченны, гневливы, но пои этом жалуются на неодолимую скуку, тоску и беспричинную тревогу. Высказывания и их эмоциональная окраска часто не соответствуют друг другу.

На высоте маниакальных или депрессивных фаз может развиться онейроидное состояние. Во время этих состояний больные сидят неподвижно с отрешенным видом или лежат с меняющимся выражением лица.

**ИСХОДЫ ШИЗОФРЕНИЙ**

Шизофреническое слабоумие - апатическое или атактическое - характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время, как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

Шизофренический деффект (галлюцинаторный)

в этом случае постоянно на протяжении многих лет удерживаются признаки апатоабулического синдрома, на фоне которых в зависимости от предшествующих форм шизофрении могут сохраняться отрывки прежнего бреда или галлюцинации без нового бредового творчества.

Разорваность мышления - нелогичные переходы от одной мысли или фразы к другой.

**МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ**

это эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов. Продолжительность фаз различна - от нескольких дней до нескольких лет. Характерна сезонность возникновения фаз.

Депрессивные фазы - характеризуются триадой Ясперса - пониженное настроение, замедление мыслительных процессов, двигательная заторможенность. Пониженное настроение характеризуется переживанием тоски, тревоги и апатии, усиливающиеся утром, внешний вид больных соответствует их аффективным переживаниям: выражение скорби, печали, складка Вергаута. Бедность мимики и речи, все оценивается в мрачных красках. Часты идеи самообвинения, навязчивости. См.депрессивный синдром.

Маниакальные фазы - могут быть легкими, средней выраженности и тяжелыми. Сначала больные испытывают прилив бодрости, улучшается настроение, появляется ощущение физического и психического благополучия. Окружающее воспринимается в радужных красках, все психические процессы протекают легко, с повышенной продуктивностью и ослаблением задержек. Затем поведение становится неадекватным. См. ман с-м

**ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ** - группа заболеваний, причиной которых являются инфекции. Психические нарушения при инфекциях зависят от природы инфекционного заболевания, особенностей реагирования на болезнь центральной нервной системы, а также от локализации болезненного процесса. Важное значение в понимании сущности инфекционных психозов сыграла концепция Бонгеффера об экзогенном типе реакции.

Психические нарушения при общих инфекциях:

в основе лежат психопатологические расстройства, относящиеся к экзогенным типам реакции: делирий, аменция, сумеречное состояние, эпилептиформное возбуждение, галлюциноз. Они протекают в форме: 1. Транзиторых психозов, (только с-мы помрачения сознания), 2. Затяжных психозов, протекающих без нарушения сознания, в виде галлюциноза, апатического ступора, когфабулеза. 3. Необратимых психических расстройств с признаками органического поражения центральной нервной системы (корсаковский психоз, психоорганический синдром.)

делирий протекает остро, больной не ориентируется в окружающем, на этом фоне возникают обильные зрительные иллюзорные и галлюцинаторные переживания. В формировании которых большую роль играют болезненные ощущения.часто имеет место симптом двойника.

Аменция обычно развивается в связи с тяжелым соматическим состоянием. В картину аменции входят нарушение сознания, резко выраженное психомоторное возбуждение, галлюцинаторные переживания. Аменции свойственно состояние растерянности, бессвязность мышления и речи.

Онейроидные состояния характеризуются отрешенностью больных от окружающего мира, заторможенностью, и т.д.

Затяжные психозы. Развиваются при затяжном течении заболевания и характеризуются большой изменчивостью симптоматики. (депрессия-эйфория-конфабуляции и т.д.).

психические нарушения при мозговых инфекциях

наблюдаются как в острых стадиях так и в отдаленном периоде в виде более или менее стойких последствий. 1. Энцефалиты могут быть первичными и вторичными. Картина психически расстройств при энцефалитах складывается из острых психозов с помрачением сознания, по типу экзогенного типа реакций, переходных синдромов, с аффективными галлюцинаторными, бредовыми и кататоноподобными проявлениями, а также психоорганического и корсаковского синдромов.2. эпидемический энцефалит протекает в делириозной, летаргической, аментивной, маниакальной формах. 3. Бешенство. 4. Лейкоэнцефалит.5. менингит и др развиваются также.

**СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ**

условием для появления соматически обусловленных психозов являются следующие:

присутствие выраженной клиники соматического заболевания, присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями, определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств, возможное, но не обязательное появление органической симптоматики. Клиническая картина соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, индивидуальных свойств заболевшего.

Клинические проявления складываются из следующих расстройств: 1. Астенические. 2. Неврозоподобные. 3. Аффективные .4. психопатоподобные. 5. Бредовые состояния, 6. Состояния помрачения сознания. 7. Органический психосиндром.

Астения - самое типичное явление при соматогениях. Нередко бывает стержневым синдромом. Выражается в повышении утомляемости, , трудности концентрирования внимания, замедления восприятия, эмоциональной лабильности, повышенной ранимости и обидчивости. Характерна гиперестезия к различным раздражителям.

Неврозоподобные нарушения. Возникают при утяжелении соматического состояния, характерно однообразие, вегетативные расстройства.

Аффективные расстройства характеризуются депрессиями в их различных вариантах, при прогрессировании сомиаического заболевания, формировании хронической энцефалопатии тоскливая депрессия постепенно приобретает характер депрессии дисфорической, депрессии с ворчливостью, придирчивостью, капризность.. тревога не постоянная, а возникает обычно в периоды обострения заболевания, особенно с реальной угрозой развития опасных последствий.

Психопатоподобные расстройства чаще всего выражаются в нарастании эгоизма, подозрительности, угрюмости, неприязненном отношении к окружающим, истериформных реакциях с возможной склонностью к аггравации своего состояния, стремлением постоянно быть в центре внимания.

Ьредовые состояния - формируются у больных с хроническими соматическими заболеваниями. Чаще всего это бред отношения, осуждения, материального ущерба, порчи или отравления. Бредовые идеи нестойки, эпизодичны, имеют характер бредоподобных сомнений с заметной истощаемостью.

Состояния помраченного сознания

наиболее часто отмечаются эпизоды оглушения, делириозные расстройства с переходом в кому, аменции, сумерек, онейроида.

Эдейтизм - явление, при котором представление зеркально воспроизводит восприятие.

Фотографическая память

палимсцесты - фрагментарные выпадения памяти.

**РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА**

МАЛОУМИЕ (олигофрения)

СЛАБОУМИЕ (деменция)

Органическое слабоумие - вызванное сосудистыми или иными органическими заболеваниями головного мозга, травмами и т.д. оно может быть диффузным, глобальным, или парциальным, лакунарным.

Тотальное слабоумие. - стойкое снижение всех интеллектуальных функций, слабость суждений, отсутствие критики к своему состоянию.

Частичное слабоумие - характеризуется выраженными нарушениями памяти. Остальные интеллектуальные функции страдают вторично.

Шизофреническое слабоумие - апатическое или атактическое - характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время, как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

Эпилептическое слабоумие - значительное снижение памяти и изменение мышления, когда человек не различает главное и второстепенное (лабиринт)

**СИНДРОМ КОРСАКОВА**

Это разновидность амнестического синдрома. Основой его является невозможность запоминать текущие события при более или менее сохранной памяти на прошлое. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. Еще один симптом - парамнезии в виде конфабуляций или псевдореминесценций.\

**ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

(энцефалопатический, органический) этиология: нейроинфекции, опухоли, травмы и сосудистые поражения головного мозга, асфиксия, алкоголизм, наркомания, старческие психозы, наследственные дегенеративные заболевания.

Основу синдрома составляет триада Вальтер-Бюэля: 1. Снижение интеллекта (снижение уровня суждений. Умозаключений, нарушение критических способностей), 2. Ослабление памяти, 3. Эмоциональная лабильность, которая на начальных этапах проявляется как несвойственная больному слезливость. У больных снижается объем внимания, искажаются волевые процессы (прожорливость, гиперсексуальность, циничность шуток, утрата чувства дистанции и такта в общении) Варианты: астенический, эксплозивный (интел. Снижение , дисфория, злобная раздражительность), эйфорический, апатический.

**ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД НЕЙРОИНФЕКЦИЙ И ЧМТ**

психические нарушения отдаленного периода характеризуются различными вариантами психоорганического синдрома в рамках травматической энцефалопатии.

После перенесенной травмы наблюдаются различные проявления негативных расстройств, обусловленные сформировавшимся дефектом. Основным проявлением психических нарушений в отдаленном периоде чмт является психоорганический синдром с различной его выраженностью. В зависимости от этого выделяют основные варианты расстройств: 1. Травматическая церебрастения, 2. Энцефалопатия, 3. эпилептиформные расстройства, 4. травматическое слабоумие.

Травматическая церебрастения - является основным синдромом. Появляется раздражительность, недовольство собой и окружающими, готовность к аффектам, постоянные вегетативные расстройства: колебания артериального давления, тахикардия, головокружение, головная боль, потливость, вестибулярные расстройства. Бывает нарушение ритма сон - бодрствование. Характерна торпидность и ригидность нервных процессов..

Травматическая энцефалопатия ведущими являются аффективные расстройства, характеризующиеся усилением и недифференцированностью эмоциональных реакций, которые включаются в клиническую картину психоорганического синдрома. Основными являются психопатоподобные формы поведения и отношения к окружающему. Наиболее часто встречаются истероформные и эксилозивные расстройства и их сочетание. Выделяют апатический и гипердинамический синдромы с соответствующей клиникой.

В ряде случаев психопатоподобное поведение развивается после чмт не проходя стадии гипо и гипердинамических расстройств. На первый план выступают нарушения влечений, грубость, жестокость, наклонность к бродяжничеству. интеллектуальная продуктивность снижена, утрачивается интерес к чтению, школе и вообще к любой познавательной деятельность, требующей напряжения.

Эпилептиформные расстройства чаще возникают через несколько лет после травмы, характерен полиморфизм их . встречаются генерализованные , джексоновские и малые припадки. Относительно часто наблюдаются бессудорожные пароксизмы: малые припадки, , абсансы, каталепсия. Могут наблюдаться аафективно-бредовые психозы

**АЛКОГОЛИЗМ** - хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками с патологическим влечением к ним, обусловленным психической и физической зависимостью. При этом могут наблюдаться атипичные картины опьянения: 1. Дисфорическое опьянение встречается при акцентуациях характера эпилептоидного типа, мосле чмт, при эпилепсии с изменениями личности. Характеризуется злобно-мрачным настроением с проявлениями агрессивности. 2. Депрессивное опьянение характерно для сенситивных личностей. Жалобы, причитания и плач сопровождаются высказываниями о мрачной безысходности, м.б. суицид.

3. сомнолентное опьянение встречается у астеничных и ослабленных субъектов, при быстром всасывании алкоголя. , когда наступает крепкий сон. 4. Истерическое опьянение возникает при истерической психопатии или акцентуации. Проявляется бурной экспрессией эмоций.

Психозы: делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольная паранойя, энцефалопатия гайе-вернике (температура, обезвоживание, пат рефлексы), корсаковский психоз

Стадии алкоголизма:

1. стадия психической зависимости. Характерно:

патологическое влечение к алкоголю . алкоголь становится средством, постоянно необходимым, чтобы поднять настроение, чувствовать себя уверенно, забыть о неприятностях и невзгодах.

Психическая зависимость выпивки делаются главным интересом в жизни, придумываются поводы, изыскиваются компании, выпивки становятся регулярными по 2-3 раза в неделю.

Повышение толерантности к алкоголю - для опьянения требуется доза в 2-3 раза большая, чем прежде.

Утрата количественного и ситуационного контроля - начав пить люди не могут остановиться и допиваются до тяжелого опьянения.

Исчезновение рвотного рефлекса

Блекауты

2. стадия физической зависимости. Регулярное поступление алкоголя служит необходимым для нормального функционирования организма. Алкоголь делается насущной потребностью, возникает абстинентный синдром, начинающийся через 12-24 часа. Характерны истинные и ложные запои, изменения личности. 3. Стадия алкогольной деградации.

**ЭПИЛЕПСИЯ** - хронически протекающее заболевание, вызванное поражением ЦНС, проявляющееся различными пароксизмальными состояниями и довольно частыми изменениями личности( эгоизм, придирчивость, нарушения мышлен).

Клинические проявления складываются из припадков, психических эквивалентов, изменений личности.

Припадки - наиболее часто судорожные, с предвестниками и аурой. Могут быть малые (пикнолептический, нарколептический, каталептический, акинетический), абсенсы.

Психические эквиваленты - проявляются как расстройства настроения или сознания.

Расстройства настроения чаще всего проявляются в приступах дисфории. Больные всем недовольны, придирчивы, мрачны и раздражительны, часто предъявляют различные ипохондрические жалобы, формируются бредовые идеи ипохондрического характера. Иногда расстройства настроения у больных выражаются в приступах эйфории.

Расстройства сознания выражаются в приступообразном появлении сумеречного состояния. Сознание при этом концентрически сужено, больной воспринимает только часть явлений. Могут появиться галлюцинации и бредовые идеи, которые определяют поведение больного.

**ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ**

психическое заболевание, характеризующееся нарастанием разнообразных параличей и тяжелого слабоумия, возникает в результате первичного поражения самого вещества головного мозга. Классическая картина прогрессивного паралича включает в себя три стадии: 1. Начальную, 2. Расцвета болезни, 3. Заключительную.

Клинические стадии и формы прогрессивного паралича:

Психические нарушения в начальной стадии характеризуется появлением неврозоподобной симптоматики в виде все нарастающих головных болей, повышенной утомляемости, раздражительности, плохого сна, снижения работоспособности. К этой симптоматике довольно скоро присоединяется утрата этических установок. Больные становятся развязными, грубыми, неряшливыми, нетактичными, циничными. Затем эти личностные изменения делаются все более бросающимися в глаза - наступает вторая стадия.

 В периоде расцвета выявляются все нарастающие расстройства памяти и слабость суждений, больные уже не могут с полной критикой оценивать свое состояние, неправильно ведут себя.

Нередко возникает склонность к пустым тратам, больные занимают деньги и покупают совершенно случайные вещи. Типично проявление болтливости и хвастливости. Появляется выраженная лабильность эмоций у больных. Преобладающей окраской настроения может быть довольно рано появляющаяся эйфория. Возможно возникновение бредовых идей богатства м величия, поражающих нелепостью и величиной размаха.

Резко нарушается память вплоть до корсаковского синдрома, снижается интеллект.

Третья стадия характеризуется глубоким слабоумием, полным психическим маразмом.

Неврологические нарушения симптом Аргайла Робертсона - отсутствие зрачковой реакции на свет при сохранении ее на конвергенцию и аккомодацию. Характерен миоз, анизокория или деформация храчков. Довольно рано появляется дизартрия, логоклония. Меняется почерк. Часто отмечается изменение сухожильных рефлексов, анизорефлексия, снижение чувстсительности.

Часто наблюдаются различные соматические расстройства в виде мезаотрита, поражения печени, легких, кожи и слизистых оболочек.

**МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ**

это эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов. Продолжительность фаз различна - от нескольких дней до нескольких лет. Характерна сезонность возникновения фаз.

Депрессивные фазы - характеризуются триадой Ясперса - пониженное настроение, замедление мыслительных процессов, двигательная заторможенность. Пониженное настроение характеризуется переживанием тоски, тревоги и апатии, усиливающиеся утром, внешний вид больных соответствует их аффективным переживаниям: выражение скорби, печали, складка Вергаута. Бедность мимики и речи, все оценивается в мрачных красках. Часты идеи самообвинения, навязчивости. См.депрессивный синдром.

Маниакальные фазы - могут быть легкими, средней выраженности и тяжелыми. Сначала больные испытывают прилив бодрости, улучшается настроение, появляется ощущение физического и психического благополучия. Окружающее воспринимается в радужных красках, все психические процессы протекают легко, с повышенной продуктивностью и ослаблением задержек. Затем поведение становится неадекватным. См. ман с-м

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Функциональные расстройства

Климактерические неврозоподобные состояния - клинически сходные с неврозами расстройства, обусловленные нейроэндокринными и др. Биологическими факторами. Они относятся к ранним проявлениям патологического климакса. Наиболее типичны астеновегетативный синдром ( повышенная утомляемость, истошаемость внимания с многообразными вегетативными дисфункциями. Эмоциональные расстройства выражаются в лабильности, депрессивности. часты сенестопатические нарушения. истероподобные расстройства.часто картину неврозоподобных нарушений дополняют тревожно-пессимистические переживания (внешность).

Пресенильная депрессия - инволюционная депрессия, медленно развивающаяся. Появляется угнетенность, необоснованное опасение за собственное здоровье, состояние близких, материальное благополучие. Во временем эти проявления усиливаются и перерастают в картину выраженной тревожной депрессии. Тревога носит беспредметный характер, лишена конкретного содержания или насыщена неоправданными мрачными предчувствиями, усиливается вечером.

Классической картине инволюционной депрессии свойственно сочетание депрессии с речевым и двигательным возбуждением. У части больных депрессия сопровождается бредом обвинения, преследования, отравления, ипохондрический бред (Котара). Протекает как затяжной однократный приступ.

Инволюционный параноид - характеризуется возникновением и нарастанием недоверчивости, подозрительности. Постепенно это трансформируется в интерпретативный бред, касающийся лиц из непосредственного окружения больного и повседневных житейских событий. Особенно характерен бред материального ущерба. Больным часто присущи активность, стеничность в борьбе с мнимыми недоброжелателями. Бред сохраняется на долгие годы, но может нивелироваться.

Сенильная деменция - развивается в вознасте 65-85 лет. Начало болезни медленное, малозаметное, с характерологических изменений., которые напоминают личностные сдвиги, свойственные естественному старению, но отличаются выраженностью утрированностью, более быстрым прогрессированием. Заостряются индивидуальные психологические особенности, наступает психопатизация личности. Пропадают прежние интересы и увлечения. Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности.

Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки мнестико-интеллектуальной недостаточности, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со временем достигает уровня глубокого слабоумия, распада психической деятельности. Запасы памяти утрачиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии. пробелы в памяти часто заполняются ложными воспоминаниями. Нарушения мышления начинаются с трудностей при абстрагировании и обобщении, установлении причинноследственных связей и прогрессируют до непонимания простых вопросов, невозможности осмысления окружающей обстановки. У части больных наблюдается сдвиг ситуации в прошлое. Извращается формула сна.. течение заболевания непрерывно-прогрессирующее, часть больных доживает до маразма. Различают простую форму и психотическую с бредовыми и галлюцинаторно-бредовыми состояниями.

Болезнь альцгеймера - медленное прогредиентное течение с ослабления памяти, фиксационной амнезии, прогрессирующей амнезии по нарастающей. Нарастают нарушения мышления вплоть до полной интеллектуальной беспомощности . в начале критика сохранена. Сразу нарастают расстройства речи, чтения, письма, счета, гнозиса, праксиса.