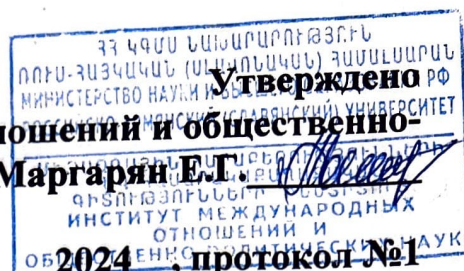


ГОУ ВПО Российско-Армянский (Славянский)
университет

Директор Института Международных отношений и общественно-политических наук Маргарян Е.Г.

« 13 » июня 2024, протокол №1



УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование дисциплины: **Основы патопсихологии**

Автор (ы) Будагян Ани Самвеловна

Ф.И.О, ученое звание (при наличии), ученая степень (при наличии)

Направление подготовки: **37.04.01**

Наименование образовательной программы: **Психология, Психология личности**, Очное форма обучения

1. АННОТАЦИЯ

1.1. Краткое описание содержания данной дисциплины

«Основы патопсихологии» - это дисциплина, при изучении которой, студенты знакомятся с основными закономерностями распада психики, психологическими особенностями людей с расстройствами психического спектра, методами и способами коррекции психологических процессов.

1.2. Трудоемкость в академических кредитах и часах, формы итогового контроля (экзамен/зачет)

3 ЗЕ, 106 академических часов, зачет

1.3. Выписка из ФГОС ВПО РФ по минимальным требованиям к дисциплине (если дисциплина предусмотрена по ФГОС ВПО РФ как обязательная)

В процессе изучения дисциплины студенты должны:

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

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

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

1.4. Взаимосвязь дисциплины с другими дисциплинами учебного плана специальности (направления)

Дисциплина «Основы патопсихологии» взаимосвязана со следующими дисциплинами учебного плана: «Системная психофизиология», «Нейрофизиология», «Основы нейропсихологии», «Введение в клиническую психологию».

1.5. Требования к исходным уровням знаний и умений студентов для прохождения дисциплины

Для успешного освоения курса «Основы патопсихологии» студентам необходимо иметь базовые знания и навыки по общей психологии, введения в клиническую психологию, нейрофизиологии и анатомии ЦНС. Также для прохождения дисциплины студент должен уметь пользоваться литературой, писать рефераты, проводить тестирование.

Код компетенции (в соответствии рабочим с учебным планом)	Наименование компетенции (в соответствии рабочим с учебным планом)	Код индикатора достижения компетенций (в соответствии рабочим с учебным планом)	Наименование индикатора достижений компетенций(в соответствии рабочим с учебным планом)
УК 1	Способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач	УК 1.1 УК 1.2 УК 1.3	Знать--Основные направления в возрастной психологии и психологии развития Особенности функционирования психологических механизмов в области возрастной психологии и психологии развития Уметь--Работать с психологической литературой Владеть--Психологической терминологией и аппаратом
УК 9	Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	УК 9.1 УК 9.2 УК 9.3	Знать--основные психические функции и их физиологические механизмы Уметь--дать психологическую характеристику личности, ее темперамента, способностей, характера; интерпретировать собственные психические состояния Владеть--приемами психической саморегуляции; навыками анализа учебно-воспитательных ситуаций
УК 10	Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности	УК 10.1 УК 10.2 УК 10.3	Знать--Основные направления в психологии Уметь--Работать с психологической литературой Владеть--Психологической терминологией и аппаратом
ОПК 2	Способен применять методы сбора, анализа и интерпретации эмпирических данных в соответствии с поставленной задачей, оценивать достоверность эмпирических данных и обоснованность выводов научных	ОПК 2.1 ОПК 2.2	Знать-- основные положения психологии личности Уметь-- использовать теоретические подходы психологии

	исследований	ОПК 2.3	Владеть-Выработать умение анализировать личности в еіідаеіџа нїоєаеііііџ даеііііа.
ОПК 3	Способен выбирать адекватные, надежные и валидные методы количественной и качественной психологической оценки, организовывать сбор данных для решения задач психодиагностики в заданной области исследований и практики	ОПК 3.1 ОПК 3.2 ОПК 3.3	Знать-основные проблемы и тенденции развития психологии когнитивных процессов Уметь-формулировать и решать различные педагогические задачи; Владеть-интерпретировать результаты изучения психических процессов
ОПК 4	Способен использовать основные формы психологической помощи для решения конкретной проблемы отдельных лиц, групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ограниченными возможностями здоровья и при организации инклюзивного образования	ОПК 4.1 ОПК 4.2 ОПК 4.3	Знать-знать особенности и специфику проявлений каждого когнитивного процесса, Уметь-уметь применять знаний о когнитивных процессах для понимания закономерностей функционирования и развития психики; Владеть-интегрировать знания о когнитивных процессах для решения прикладных и практических задач
ПК 4	способностью к выявлению специфики психического функционирования человека с учетом особенностей возрастных этапов, кризисов развития и факторов риска, его принадлежности к гендерной, этнической, профессиональной и другим социальным группам	ПК 4.1 ПК 4.2 ПК 4.3	Знать-специфику, структуру и модели построения психодиагностического процесса; Уметь-проводить простейшие математические процедуры обработки данных исследования Владеть-приемами психической саморегуляции; навыками анализа учебно-воспитательных ситуаций
ПК 5	способностью к психологической диагностике, прогнозированию изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики,	ПК 5.1 ПК 5.2	Знать-историю становления психологической науки, основные положения ведущих школ Уметь-анализировать и

	способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека	ПК 5.3	прогнозировать поведение человека, Владеть-находить закономерности взаимодействия отдельных структурных единиц психики,
ПК 6	способностью к постановке профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности	ПК 6.1 ПК 6.2 ПК 6.3	Знать-основные методы психолого-педагогического изучения индивида и группы; Уметь-использовать психологические знания в целях самоанализа, самоконтроля и самосовершенствования в процессе профессиональной деятельности; Владеть-о месте и роли психологической и педагогической наук в жизни общества

2. УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

2.1. Цели и задачи дисциплины

Целью дисциплины является ознакомление студентов с основными феноменами нарушений высших психических функций, формирование представлений о методологии, теоретических основах, эмпирических задачах и методиках психологической диагностики психических расстройств.

Задачи дисциплины:

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

1.1. Требования к уровню освоения содержания дисциплины

Знать

- знать историю, основные разделы и принципы патопсихологии;

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

Уметь

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

2.2. Трудоемкость дисциплины и виды учебной работы (в академических часах и зачетных единицах)

2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы

Курс данной дисциплины рассчитан на 108 академических часов, в свою структуру учебный курс включает лекционные и семинарские занятия

2.2.2. Распределение объема дисциплины по темам и видам учебной работы

Виды учебной работы	Всего, в акад. часах	Распределение по семестрам					
		сем	сем	сем	сем.	7 сем	сем.
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Общая трудоемкость изучения дисциплины по семестрам, в т. ч.:	106						
1.1. Аудиторные занятия, в т. ч.:	34					34	
1.1.1. Лекции	16					16	
1.1.2. Практические занятия, в т. ч.							
1.1.2.1. Обсуждение прикладных проектов							
1.1.2.2. Кейсы							
1.1.2.3. Деловые игры, тренинги							
1.1.2.4. Контрольные работы							
1.1.2.5. Другое (указать)							
1.1.3. Семинары	18					18	
1.1.4. Лабораторные работы							
1.1.5. Другие виды (указать)							
1.2. Самостоятельная работа, в т. ч.:	38					38	
1.2.1. Подготовка к экзаменам							
1.2.2. Другие виды самостоятельной работы, в т. ч. (указать)							
1.2.2.1. Письменные домашние задания							
1.2.2.2. Курсовые работы							
1.2.2.3. Эссе и рефераты							
1.2.2.4. Другое (указать)							
1.3. Консультации							
1.4. Другие методы и формы занятий							
Итоговый контроль (Экзамен, Зачет, диф. зачет - указать)	зачет					зачет	

2.3. Содержание дисциплины

2.3.1. Разделы дисциплины с указанием видов занятий (лекции, семинарские и практические занятия, лабораторные работы) и их трудоёмкость в академических часах и зачетных единицах

Разделы и темы дисциплины	Всего (ак. часов)	Лекции (ак. часов)	Практ. Занятия (ак. часов)	Семинары (ак. часов)	Лабор. (ак. часов)	Другие виды занятий (ак. часов)
1	2=3+4+5+6+7	3	4	5	6	7
Модуль 1.						
Введение	2	1		1		
Раздел 1. (Патопсихология: теоретические основы и практическое значение)	4	2		2		
Тема 1.1. (Предмет, задачи и методы патопсихологии)	2	1		1		
Тема 1.2. (Психическое нарушение и болезнь как предмет патопсихологии)	2	1		1		
Раздел 2. (Основные симптомы нарушения психических процессов)	12	6		6		
Тема 2.1 Нарушения чувственного познания.	2	1		1		
Тема 2.2 Нарушения памяти.	2	1		1		
Тема 2.3 Нарушения эмоций.	2	1		1		
Тема 2.4 Нарушения волевой сферы и внимания.	2	1		1		
Тема 2.5 Нарушения сознания.	2	1		1		
Тема 2.6 Нарушения рационального познания.	2	1		1		
Раздел 3. Основные синдромы нарушения психических процессов.	18	7		9		
Тема 3.1 Астенический синдром.	2	1		1		
Тема 3.2 Синдромы аффективных расстройств.	2	1		1		
Тема 3.3 Невротические и невротоподобные синдромы.	2	1		1		
Тема 3.4 Корсаковский синдром.	4	1		2		
Тема 3.5 Паранойяльные синдромы.	4	1		2		
Тема 3.6 Психоорганический синдром.	4	2		2		
ИТОГО	34	16		18		

2.3.2. Краткое содержание разделов дисциплины в виде тематического плана

Введение

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

Патопсихология как отрасль клинической психологии, изучающая психологические закономерности нарушения, распада психической деятельности и личности у больных психическими заболеваниями и пограничными нервно-психическими расстройствами в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Раздел I. Патопсихология: теоретические основы и практическое значение

Тема 1.1 Предмет, задачи и методы патопсихологии

Возникновение патопсихологии как области знания, пограничной между психологией и психиатрией. Научные, практические и методологические предпосылки выделения патопсихологии как самостоятельной ветви клинической психологии.

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 1.2. Психическое нарушение и болезнь как предмет патопсихологии

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Раздел2. Основные симптомы нарушения психических процессов.

Определение понятия симптом.

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

Тема 2.1 Нарушения чувственного познания.

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 2.2 Нарушения памяти.

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 2.3 Нарушения эмоций.

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 2.4 Нарушения волевой сферы и внимания.

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

Варианты нарушения внимания. Апрозексия.

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 2.5 Нарушения сознания.

Непароксизмальные и пароксизмальные нарушения сознания.

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 2.6 Нарушения рационального познания.

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Раздел 3. Основные синдромы нарушения психических процессов

Тема 3.1 Астенический синдром.

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

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 3.2 Синдромы аффективных расстройств.

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

Аффективные синдромы включают равномерно представленную триаду обязательных симптомов: расстройство эмоций (тоска, эйфория), воли (гипо- или ги-пербулия), течения ассоциативного процесса (замедление, ускоренное ведущие среди них — эмоциональные. Депрессивные синдромы: субдепрессивный (непсихотический) синдром и депрессивный (психотический) синдром, депрессия классического типа. Типичные маниакальные синдромы: гипоманиакальные (непсихотические) синдромы, маниакальные (психотические) синдромы .

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 3.3 Невротические и неврозоподобные синдромы.

Синдромы навязчивостей. Фобический синдром. Истерический синдром.

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

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

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

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

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

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 3.4 Паранойяльные синдромы.

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 3.5 Корсаковский синдром.

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

Тема 3.6 Психоорганический синдром.

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

Основная литература

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

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

Дополнительная литература:

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

2.4. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Для демонстрации дидактического материала запланировано использование атласов, проектора.

2.5. Модульная структура дисциплины с распределением весов по формам контролей

Формы контролей	Веса форм текущих контролей в результирующих оценках текущих контролей			Веса форм промежуточных контролей в оценках промежуточных контролей			Веса оценок промежуточных контролей и результирующих оценок текущих контролей в итоговых оценках промежуточных контролей			Веса итоговых оценок промежуточных контролей в результирующей оценке промежуточных контролей	Веса результирующей оценки промежуточных контролей и оценки итогового контроля в результирующей оценке итогового контроля
	M1 ¹	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3		
Вид учебной работы/контроля											
Контрольная работа											
Тест						0.5					

¹ Учебный Модуль

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

2.6. Формы и содержание текущего, промежуточного и итогового контролей

Текущий и промежуточный контроль осуществляется в форме опросов на семинарских занятиях по темам, указанным в пунктах 2.4.1 и 2.4.2. Итоговый контроль осуществляется в форме теста.

3. Теоретический блок

3.1. Материалы по теоретической части курса

3.1.1. Учебник(и)

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. — М., 1988.
2. Бухановский А. О. Общая патопсихология – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология – М: Эксмо-пресс, 2000, - 576 с.
4. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 3-е изд. Издательство: Прайм-Еврознак, 2002, - 610 с.
5. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Медицина, 1997.

3.1.2. Учебное(ые) пособие(я)

1. Бизюк А.П. Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - 3-е изд., стереотип. – М.: Академия, 2005.
3. Середина Н. В., Шкуренко Д. А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 512 с.

3.1.3. Курс лекций

Курс лекций по медицинской психологии: Учебное пособие / В.В. Васильев. – Ижевск, 2013. – 133 с.

3.1.4. Краткие конспекты лекций

Введение

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

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

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

Раздел I. Патопсихология: теоретические основы и практическое значение

Лекция 1.

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

Патопсихологию следует отличать от психопатологии (о ней речь пойдет позже). Сейчас стоит лишь отметить, что патопсихология является частью психиатрии и изучает симптомы

психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основным методом психопатологии – клинико-описательный.

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

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

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

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

- **Биологический.** Жизнь человека сводится к «природной целесообразности», т. е. человек должен вести себя так, как это «определено» природой или Богом.
- **Естественнонаучный.** При таком подходе возникает готовность к диагностическому заключению по отдельным фактам: патология родов, обнаружение на ЭЭГ повышенной судорожной готовности, выявление на компьютеротомограмме кисты прозрачной перегородки, и т. п. При этом диагностируется не обнаруженная патология, а психическая болезнь.
- **Социальный.** Любое проявление социальной декомпенсации, антисоциальное поведение, какова бы ни была их причина, диагностируется как психическое расстройство (концепция Ч. Ломброзо). В частности, любая суицидальная попытка трактуется как проявление душевного расстройства.
- **Экспериментально-психологический.** Та или иная ненормативность психической функции, ее отклонение от среднестатистических показателей приводит к обнаружению «ненормальности».

Понятие психической болезни появляется при нарушениях в области душевной патологии (эндогенные заболевания), а не в области соматики или духовности, хотя патология здесь

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

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

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

Лекция 2. Нарушение чувственного познания

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

Основные нарушения ощущений

- Анестезия, или утрата чувствительности, может захватывать как отдельные виды чувствительности (парциальная анестезия), так и все виды чувствительности (тотальная анестезия).
- Довольно часто встречается так называемая истерическая анестезия – исчезновение чувствительности у больных с истерическими невротическими расстройствами (например, истерическая глухота).
- Гиперестезия обычно захватывает все сферы (наиболее часто встречаются зрительная и акустическая). Например, такие больные не переносят звук обычной громкости или не очень яркий свет.
- При гипозестезии больной как бы нечетко воспринимает окружающий мир (например, при зрительной гипозестезии предметы для него лишены красок, выглядят бесформенно и расплывчато).
- При парестезии у больных отмечаются тревожность и суетливость, а также повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с постельным бельем, одеждой и т. д.
- Разновидностью парестезии является сенестопатия – появление довольно нелепых неприятных ощущений в различных частях тела (например, чувство «переливания» внутри органов). Такие нарушения обычно возникают при шизофрении.

Определение восприятия.

Основные нарушения восприятия

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

По характеру возникновения выделяют три вида иллюзий:

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

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

Зрительные и слуховые галлюцинации обычно делят на две группы:

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

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

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

Выделяют следующие виды агнозий:

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

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

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

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

Лекция 3. Нарушение памяти

Определение памяти. Основные виды нарушения памяти:

К дисмнезиям относятся гипермнезии, гипомнезии и амнезии.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Лекция 4. Нарушение эмоций.

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

- ***Кататимный тип*** возникает при определенных жизненных ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение (т. е. в стрессовых ситуациях). По такому типу возникают и развиваются неврозы и реактивные психозы.
- ***Голотимный тип*** определяется наличием полярности психопатологических состояний, первичностью (эндогенной обусловленностью) их, относительной устойчивостью и периодичностью возникновения. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эндогенным психозам (маниакально-депрессивный психоз, некоторые инволюционные психозы, шизофрения).
- ***Паратимный тип*** характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности. Он встречается при ишизофрении.
- ***Эксплозивный тип*** патологического эмоционального реагирования отличается сочетанием инертности, тугоподвижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эпилепсии, некоторым органическим заболеваниям головного мозга.
- ***Дементный тип*** сочетается с нарастающими признаками слабоумия. Такой тип эмоциональной патологии свойствен прогрессирующим слабоумливающим заболеваниям (старческое слабоумие, атеросклероз сосудов головного мозга, пре-сенильные деменции, прогрессивный паралич и др.).

Продуктивные эмоциональные расстройства.

Патология чувственного тона включает эмоциональные гиперестезию и гипестезию.

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

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

Входит в структуру дереализационных и деперсонализационных расстройств.

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

Гипотимия

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

Гипертимия

- *Эйфория* — эмоциональное состояние с преобладанием ощущения радости, «лучезарности», «солнечности» бытия, жизненного счастья, с повышенным стремлением к деятельности.
- *Благодушие* — эмоциональное состояние с оттенком довольства, беспечности без стремления к деятельности.

- *Экстаз* — эмоциональное состояние с наивысшей приподнятостью, экзальтацией, часто с религиозным мистическим оттенком переживаний.
- *Гневливость* — высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающим со склонностью к агрессии, разрушительным действиям.

Паратимия

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

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

Нарушения динамики эмоций

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

Негативные эмоциональные расстройства.

Негативные расстройства, оцениваемые по экстенсивности эмоциональных проявлений

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

Негативные расстройства, оцениваемые по интенсивности эмоциональных проявлений

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

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

Определение воли. Нарушение волевой сферы внимания.

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

Виды патологии волевой сферы:

Угнетение

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

Усиление

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

Извращение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Патология на уровне реализации волевого усилия:

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

Патология внимания

Определение внимания. Патологии внимания:

- **Рассеянность внимания**— нарушение способности длительно сохранять его направленность. При этом страдает сосредоточение. Внимание становится неустойчивым, больной не способен сколько-нибудь длительно удерживать его на одном определенном виде деятельности. При этом преобладает произвольное внимание.
- **Истощаемость внимания**— прогрессирующее ослабление его интенсивности в процессе работы при изначально достаточно высокой способности к сосредоточению. В силу этого становятся невозможными углубленность, поглощенность работой, резко падает ее продуктивность.
- **Сужение объема внимания** — патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. При этом содержанием сознания становятся наиболее близкие к больному впечатления. Объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационную или ищущую дуальную личностную значимость.
- **Тугоподвижность внимания** — патологическая его фиксация, инертность, затруднения переключения с одного объекта на другой. Возникает утрированно выраженная

- **Отвлекаемость внимания**— патологическая его подвижность, проявляющаяся частым, ни ситуационно, ни мотивационно не обоснованным изменением направленности, сосредоточения и интенсивности внимания.
- Наиболее выраженная степень отвлекаемое внимания — **апрозексия**. Это состояние резкого ослабления или полного отсутствия способности сосредоточить внимание на определенном объекте при формально ясном сознании.

Лекция 5. Патология сознания и патология рационального познания.

Паталогия сознания. Определение сознания.

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

Непароксизмальные нарушения сознания

- **Онейроидное (сновидное) помрачение сознания.** Ведущие симптомы — алло- и аутопсихическая дезориентировка, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, галлюцинации и иллюзии, грандиозный сказочно-фантастический грезоподобный чувственный бред, интенсивные полярные аффективные состояния, кататоническая симптоматика, частичная или полная конградная амнезия реальных событий и своего поведения при достаточном воспоминании содержания болезненных переживаний.
- **Делириозное (галлюцинаторное) помрачение сознания.** Ведущие симптомы — аллопсихическая дезориентировка при сохранении ориентировки в собственной личности и истинные зрительные галлюцинации. Обязательные симптомы — эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога, заинтересованность), острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовый вариант психомоторного возбуждения. Содержание обязательных симптомов связано с содержанием зрительных галлюцинаций. При делирии имеет место частичная конградная амнезия реальных событий.
- **Аментивное помрачение сознания (аменция)** — спутанность сознания, наиболее глубокое непароксизмальное помрачение сознания. Сутью аменции является глубокая тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, что проявляется такими ведущими симптомами, как грубая тотальная (алло- и аутопсихическая) дезориентировка, выраженное нарушение активного внимания с его резкой отвлекаемостью, принимающей характер гиперметаморфоза, инкогеренция мышления, а также психомоторное бесцельное возбуждение, доходящее нередко до степени яктации (хаотичное метание с дискоординированными движениями и

гиперкинетические подергивания мышц). Больной, как правило, не покидает постели. Возбуждение порой прерывается обездвиженностью. Обязательные симптомы — растерянность, недоумение, эмоциональная лабильность с резкой сменой периодов страха, тревоги, печали, экзальтации, эпизоды изменчивых по содержанию зрительных и слуховых галлюцинаций, фрагментарный, с изменчивой фабулой образный чувственный бред. Бред и галлюцинации в поведении отражения почти не находят. Аменция сопровождается полной конградной амнезией.

Непароксизмальные включения сознания

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

Пароксизмальные помрачения сознания

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

Виды сумеречных состояний:

- Классическое сумеречное состояние сознания
- Ориентированное сумеречное состояние сознания
- Бредовой вариант сумеречного состояния сознания
- Неистовое возбуждение
- Сумеречное состояние сознания с автоматизмами
- Сумеречные состояния сознания с амбулаторными автоматизмами
- Транс
- Фуга

Особые состояния сознания (аура сознания).

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

Патология рационального познания.

Определение мышления, понятия, суждения, умозаключения.

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

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

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

Они делятся на навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

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

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

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

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

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

Виды бредовых идей: систематизированный бред, несистематизированный бред, бред с пониженной самооценкой, бред с повышенной самооценкой, persecutory бред (бред

преследования), смешанные формы бреда, сенсорный бред, конфабуляторный бред, аффективный бред, резидуальный бред.

Нарушения формы ассоциативного процесса.

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

Виды нарушений формы ассоциативного процесса:

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

Лекция 6. Астеннчгскнй синдром

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

Падают физическая и нервно-психическая трудоспособность.

Обязательные симптомы: эмоционально-гиперэстетические и вегетовисцеральные расстройства. К первым относятся раздражительная слабость — остро возникающие кратковременные реакции недовольства, гневливость по малозначимым поводам (симптом «спички»), эмоциональная лабильность, слабодушие. Ведущий фон настроения — гипотимия, мрачность, капризность. Имеют место нетерпимость и плохая переносимость ожидания.

Выделяют две формы астенического синдрома — гипер-астеническую и гипостеническую.

При гиперастенической форме в клинической картине астенического синдрома преобладают эмоционально-гиперэстетические расстройства, *При гипостенической форме* на первый план выступает резко выраженная собственно астения.

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

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

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

Депрессивные синдромы

Типичные депрессивные синдромы:

Субдепрессивный (непсихотический) синдром.

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

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

Атипичные депрессивные синдромы:

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

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

Депрессивные (психотические) синдромы

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

Маниакальные синдромы

Типичные маниакальные синдромы:

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

Атипичные маниакальные состояния:

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

Маниакальные (психотические) синдромы.

- **Маниакальный синдром с преобладанием идей величия.** Ведущий симптом — умеренно выраженная эйфория с колебаниями аффекта от приподнято-благодушного до гневливо-раздражительного. Особенность гипербулии — характерный оттенок поведения, проявляющийся в горделивых позах, осанке, жестикуляции, обличительном или приказном тоне беседы.
- **Гневливая мания.** Ведущий симптом — нерезко выраженная эйфория, доминирует раздражительно-гневливый аффект. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия, в которой преобладают активная «борьба за справедливость»,

нетерпимость к малейшим недостаткам, язвительность, сварливость, склонность к сарказму.

- *Экстатически-экзальтированная мания.* Ведущий симптом — эйфория с преобладанием торжественно-приподнятого настроения, чувства радостного благоговения, слезливого умиления. Обязательные симптомы — эйфорическая гипербулия и ускорение темпа мышления — выражены незначительно или отсутствуют.

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

Лекция 7.

Невротические и неврозоподобные синдромы.

Синдромы навязчивостей

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

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

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

Варианты фобий: нозофобия; социофобия; агарофобия.

Истерические синдромы.

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

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

При истерии встречаются следующие виды расстройств:

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

истерические боли, локализованные в различных органах ; истерические выпадения функции органов чувств — амавроз (слепота), глухота, потеря обоняния, вкуса.

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

Лекция 8. Синдром деперсонализации и дереализации.

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

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

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

К дереализации также относятся:

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

Парамнестические синдромы

Корсаковский синдром — важнейший клинический компонент алкогольного корсаковского полиневритического психоза. Он также встречается при органических поражениях головного

мозга интоксикационной, инфекционной природы, травмах головного мозга, его опухолях, сосудистых и атрофи-ческих церебральных заболеваниях.

Корсаковский синдром представляет собой единство продуктивных и негативных расстройств

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

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

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

Конфабулез— состояние, которое характеризуется наличием лишь парамнезий без признаков помрачения сознания или амнезии. Ведущий симптом — фантастические конфабуляции. Они множественны, отличаются изменчивостью фабулы, в которой больной переоценивает себя как личность. Обязательные симптомы — эйфория с оттенком благодушия, беспечности; однотематический чувственный бред; бредовое поведение, которое, однако, грубо не страдает. Речь, как правило, имеет

обычный темп, носит повествовательный характер констатации фактов. Выход чаще критический, с адекватным пониманием перенесенной болезни. При особо остром начале и бурном развитии симптоматики возникает конфабуляторная спутанность. Его особенностями являются резкое усиление изменчивости содержания и множественность конфабуляций, а также появление ложных узнаваний, когда окружающие принимаются за знакомых, соседей, палата — за квартиру, вокзал и т. п. Речь при этом становится непоследовательной, бессвязной.

Лекция 9. Паранойяльные синдромы, Галлюцинозы

Паранойяльные синдромы

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

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

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

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

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

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

Паранойяльный синдром с острым течением. Ведущий симптом — остро возникающий интерпретативный бред, как правило, персекуторный (отравления, ущерба, ревности,

преследования, ипохондрический), реже — эротический, реформаторства. Бред имеет тенденцию к систематизации, но полной завершенности, стройности, законченности разработки системы доказательств не возникает. Обязательные симптомы — аффективные расстройства (эмоциональное напряжение, тревога, страх), соответствующие содержанию бреда, бредовое поведение, растерянность большей или меньшей степени выраженности.

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

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

Психоорганический синдром.

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

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

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

- **Астеническая форма.** Преобладают астенические и эмоционально-гиперэстетические расстройства: истощаемость психических процессов, утомляемость, ухудшение внимания, эмоциональная гиперестезия с раздражительностью, легкая гипомнезия, психическая гиперестезия, парестезии, сенестопатии, склонность к дереализации.
- **Эксплозивная форма.** Наряду с выраженными признаками предыдущей формы значительное место занимают аффективные расстройства: раздражительность приобретает черты брутальности, грубости, злобности, появляются мрачная подавленность со злобно-гневливым оттенком, ворчливость, брюзгливость. Нарастают эмоциональная лабильность, слабодушие, детализация и дисмнезия. Повышается чувствительность и снижаются адаптационные возможности организма. У ряда больных возникают нозофобии, склонность к формированию сверхценных идей ипохондрического содержания или сутяжнических.
- **Эйфорическая форма.** Аффективные расстройства имеют оттенок благодушия, беспечности. Выражены дисмнезии и обстоятельность, у больных снижается критическое отношение к своему болезненному состоянию, появляются и нарастают гиподинамия, ухудшение сообразительности. Для эмоциональной лабильности характерны непродолжительные гневливые взрывы, завершающиеся ощущением беспомощности, слезливости, слабодушия.
- **Апатическая форма.** Для аффективного фона наиболее характерно безразличие. Нарастают гиподинамия, инактивность, нередко достигающая степени аспонтанности. Резко суживается круг интересов, побуждений. Значительно выражены амнестические расстройства, обстоятельность, вязкость. Активное внимание значительно страдает.

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

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

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

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

http://grinvald.com/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=58 - А.В. Снежневский *«Лекция по психопатологии»*.

4. Практический блок

4.1. Планы практических и семинарских занятий

Семинарское занятие 1

Вопросы для подготовки:

1. Патофизиология как один из разделов клинической психологии.
2. Цель и задачи патофизиологии.

Семинарское занятие 2

Вопросы для подготовки:

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

Семинарское занятие 3

Вопросы для подготовки:

1. Привести основную симптоматику нарушения ощущения и восприятия.

Семинарское занятие 4

Вопросы для подготовки:

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

Семинарское занятие 5

Вопросы для подготовки:

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

Семинарское занятие 6

Вопросы для подготовки:

1. Характеристика нарушений волевой сферы.
2. Типы маний. Парафилия.
3. Привести основные симптомы нарушений внимания.
4. Основные виды нарушений сознания. Характеристика параксизмальных и

непераксизмальных нарушений сознаний.

5. Привести основные симптомы нарушений мыслительной деятельности.
6. Охарактеризовать понятие сверхценные идеи, бредовой идеи.
7. Привести варианты нарушения.
8. Привести варианты формы нарушений ассоциативного процесса.

Семинарское занятие 7

Вопросы для подготовки:

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

Семинарское занятие 8

Вопросы для подготовки:

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

Семинарское занятие 9

Вопросы для подготовки:

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

4.2. Планы лабораторных работ и практикумов- не предусмотрены

4.3. Материалы по практической части курса

- 4.3.1. Учебно-методические пособия
- 4.3.2. Учебные справочники
- 4.3.3. Задачники (практикумы)
- 4.3.4. Хрестоматии
- 4.3.5. Наглядно-иллюстративные материалы

5. Блок ОДС и КИМ

5.1. Вопросы и задания для самостоятельной работы студентов

Детская невропатия.

Ранний детский аутизм.

Метаморфопсии подросткового периода.

Большой судорожный припадок, клиническая картина.

Малые судорожные припадки, клиническая картина.

Аментивное помрачение сознания..

Кома, клиническая картина, прогноз.

Сопор, симптомокомплекс, клиническая картина.

Хронический синдром Кандинского-Клерамбо.

Маниакально-галлюцинаторный синдром.

5.2. Тематика курсовых, рефератов, эссе и других форм самостоятельных работ - не предусмотрены

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

ТЕСТ ПО ОСНОВАМ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Вариант 1

1. Какой из нижеперечисленных симптомов наблюдается при утрате чувствительности

А. анорексия

Б. амнезия

В. анестезия

2. Истерическая слепота это -

А. нарушение мышления

Б. патология зрительного аппарата

В. конверсионное расстройство

3. Нарушения восприятия, возникающие без наличия реального объекта

А. иллюзии

Б. галлюцинации

4. Искажение восприятия окружающего мира называется

А. дереализация

Б. эйдетизм

В. апраксия

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

А. агнозия

Б. амнезия

В. абулия

6. К количественным расстройствам памяти относится

А. гипомнезии

Б. псевдореминисценции

В. конфабуляции

Г. криптомнезии

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

А. амнезия

Б. гипермнезия

В. гипомнезия

8. Отставленная, запаздывающая амнезия называется

А. ретардированной

Б. конградской

В. регрессирующей

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

А. криптомнезии

Б. псевдореминисценции

В. конфабуляции

10. Анорексия это –

А. резкое угнетение пищевого инстинкта

Б. угнетение полового влечения

В. угнетение инстинкта самосохранения

11. Резкое усиление полового влечения у мужчин называется

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

12. Болезненное влечение к самоубийству называется

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

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

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

14. Патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью распределения внимания это -

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

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

- А. эмоциональной гиперестезией
- Б. эмоциональной гипестезией

16. К симптомам гипотимии относится

- А. тоска
- Б. эйфория
- В. страсть

17. К симптомам гипертимии относится

- А. тоска
- Б. эйфория
- В. гиперкинезия

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

- А. симптомом «стекла и дерева»
- Б. симптомом «деревянной железки»
- В. симптомом «радости и горя»

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

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

20. К выключениям сознания относится

- А. делирий
- Б. онейроид
- В. кома

5.4. Перечень экзаменационных вопросов-- не предусмотрены

5.5. Образцы экзаменационных билетов- не предусмотрены

5.6. Образцы экзаменационных практических заданий- не предусмотрены

5.7. Банк тестовых заданий для самоконтроля- не предусмотрены

5.8. Методики решения и ответы к образцам тестовых заданий- не предусмотрены

6. Методический блок

6.1. Методика преподавания

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

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

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

6.2. Методические рекомендации для студентов

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

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

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

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