

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

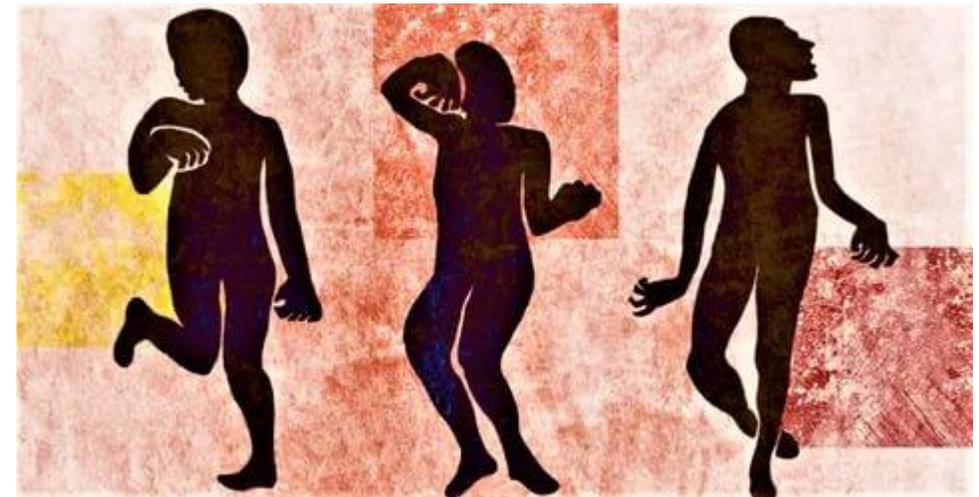
Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
презентация на тему:

Двигательные расстройства (кататонический
синдром). Нарушения интеллекта (умственная
отсталость и деменция). Нарушения памяти и внимания
(Корсаковский синдром)

Выполнила:
студентка 4 курса 9 группы
Стоматологического факультета
Плешкова Т. П.
Проверил: Асс. Кожанов А. В.
Волгоград 2020 г.

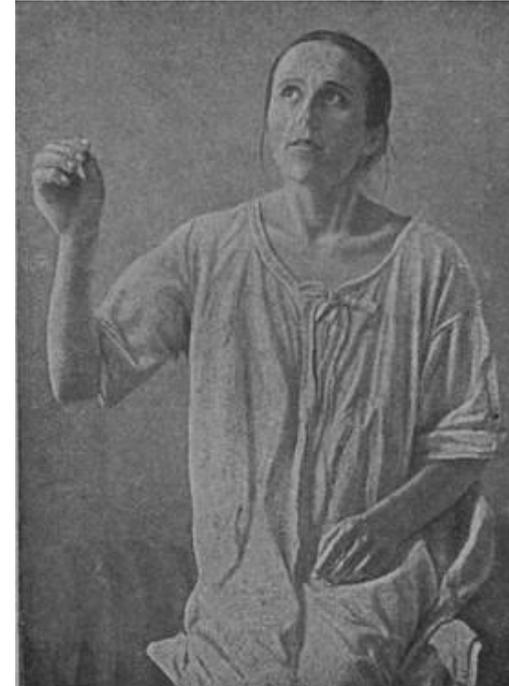
Двигательные расстройства

- **Возбуждение**, или **гиперкинезия**, у психически больных является признаком обострения заболевания. В большинстве случаев движения пациента отражают богатство его эмоциональных переживаний. Им может управлять страх преследования, и тогда он спасается бегством. При маниакальном синдроме основой его моторики является неутомимая жажда деятельности, а при галлюцинаторных состояниях он может выглядеть удивленным, стремиться обратить внимание окружающих на свои видения. Во всех названных случаях гиперкинезия выступает как симптом, вторичный по отношению к болезненным душевным переживаниям. Такой вид возбуждения называют **психомоторным**. При кататоническом синдроме движения не отражают внутренних потребностей и переживаний субъекта, поэтому возбуждение при этом синдроме называют **чистомоторным**.
- Выраженность гиперкинезии нередко говорит о степени тяжести заболевания, его остроте. Однако временами встречаются тяжелые психозы с **возбуждением, ограниченными пределами постели**. Для окружающих такие больные не представляют существенной опасности, однако их состояние может указывать на крайнюю степень истощения, высокую вероятность соматических и неврологических осложнений, требует начать мероприятия по спасению их жизни.
- **Ступор** — состояние бездвиженности, крайняя степень двигательной заторможенности. Ступор может также отражать яркие эмоциональные переживания (депрессия, астенический аффект страха). При кататоническом синдроме, напротив, ступор лишен внутреннего содержания, бессмыслен. Для обозначения состояний, сопровождающихся лишь частичной заторможенностью, используется термин «**субступор**».
- Хотя ступор предполагает отсутствие двигательной активности, в большинстве случаев он рассматривается как продуктивная психопатологическая симптоматика, поскольку не означает, что способность двигаться необратимо утрачена. Как и другие продуктивные симптомы, ступор является временным состоянием и неплохо поддается лечению психотропными средствами.



Кататонический синдром

- Одна из важных особенностей кататонического синдрома — сложный, противоречивый характер симптоматики: мы можем наблюдать одновременное сочетание, казалось бы, взаимоисключающих симптомов. Все двигательные феномены лишены смысла и не связаны с психологическими переживаниями. Характерно тоническое напряжение мускулатуры.
- *Гипокинезии* представлены явлениями ступора и субступора. Обращают на себя внимание сложные, неестественные, подчас неудобные позы больных. Чаще других наблюдается *утробная поза* с поджатыми к груди коленями и руками. При кататонии описаны *симптом воздушной подушки*, когда пациенты могут долго поддерживать голову приподнятой над изголовьем, и *симптом капюшона*.



- Описать все богатство возможных поз немислимо, однако следует обратить внимание на то, что больные поддерживают неудобное положение тела, не чувствуя утомления. Этому способствует резкое тоническое сокращение мышц. Их тонус позволяет пациентам иногда некоторое время удерживать любую позу, которую придает им врач. Это явление называется *каталепсией*, или *восковой гибкостью*. Часто наблюдается *негативизм*, который разделяют на пассивный, выражающийся отказом выполнять предписания, и активный, когда больной сопротивляется требованиям врача или даже совершает действия, прямо противоположные тем, которые от него ожидают (например, начинают есть только тогда, когда санитар забирает у него тарелку). Нередко ступору сопутствует растормаживание древних рефлексов — хватательного, сосательного. Лицо пациента гипомимично, обычно контакт с ним резко затруднен, часто полностью отсутствует речь (*мутизм*). Иногда больной не реагирует на вопросы, заданные громким голосом, но отвечает на шепотную речь (*симптом Павлова*). Одновременно с негативизмом может наблюдаться *пассивная (автоматическая) подчиняемость*. Этот симптом выражается в том, что больной буквально выполняет все требования, подчас неприятные для него. В этом случае, если собеседник точно не указывает, что именно должен сделать пациент, он будет находиться в полном бездействии, пока не получит конкретных инструкций.
- *Гиперкинезия* при кататоническом синдроме выражается в приступах возбуждения. Характерно совершение бессмысленных, хаотичных, нецеленаправленных движений. Часто наблюдаются *двигательные и речевые стереотипии* (раскачивание, подпрыгивание, размахивание руками, завывание, смех).
- Примером речевых стереотипий служат *вербигерации*, проявляющиеся ритмическим повторением однообразных слов и бессмысленных звукосочетаний. Характерно совершение *импульсивных действий*: больные могут внезапно вскакивать с постели, нападать на окружающих, совершать непонятные пробежки. Хотя подобные действия представляют серьезную опасность для окружающих, они так же, как и другие поступки пациентов, никак не связаны с их психологическим отношением к объекту агрессии, автоматизированы и непредсказуемы.
- *Паракинезии* проявляются странными, неестественными движениями, например вычурной, *манерной мимикой* и пантомимикой. Больные могут ходить, широко расставив ноги, или передвигаться лисьим, осторожным шагом; нелепо выбрасывать ступни вперед или шагать, не сгибая коленей, как деревянные куклы. Мимика подчас не поддается определенному описанию: страдальческие морщины на лбу сочетаются с нелепой улыбкой, зло сдвинутые брови — с вытянутыми губами, удивленные, широко распахнутые глаза — с плотно сжатым ртом. При кататонии описан ряд *эхо-симптомов* — эхолалия (повторение слов собеседника), эхопраксия (повторение чужих движений), эхомимия (копирование мимики окружающих)

Нарушения интеллекта

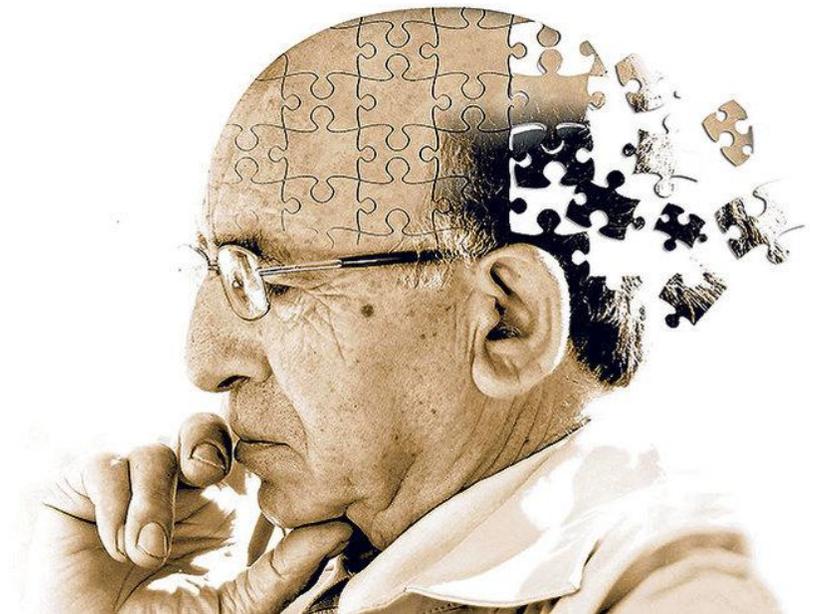
- **Олигофрения (малоумие)** – это форма умственной отсталости, которая возникает до развития речи у ребенка.
- Это группа различных по происхождению и течению болезненных состояний, которые проявляются в общем недоразвитии психики вследствие наследственно обусловленной неполноценности мозга или органического поражения его на ранних этапах онтогенеза (внутриутробно или в первые 3 года жизни).
- Важнейший признак олигофрений — **отсутствие динамики** развития расстройства, или даже наличие эволюционной динамики. То есть больному никогда не становится хуже, его недоразвитие интеллекта никогда не усугубляется, в некоторых случаях оно даже может быть подвергнуто коррекции. Олигофрении подразделяют на дебильность, имбецильность и идиотию. В нашем случае этот список построен от наиболее лёгкого повреждения интеллекта к самому тяжёлому.
-
- Дебильность
- Это относительно **лёгкая** степень интеллектуального недоразвития. Такие больные могут заниматься в специализированных учебных заведениях, где их обучат чтению, письму, базовым арифметическим навыкам и элементарным знаниям об окружающем мире. Получать более серьёзные знания, как правило, таким больным не удаётся из-за отсутствия абстрактного мышления.
- В дальнейшем пациенты могут жить самостоятельно, работать на несложных должностях под руководством наставника и заводить семьи. Нередко трудовая деятельность пациентов осложняется их медлительностью и несамостоятельностью. В отличие от остальных нарушений интеллекта, люди с таким диагнозом **осознают** свои недостаточные способности и пытаются компенсировать их любознательностью, использованием научных терминов или иными способами. Чарли в самом начале рассказа «Цветы для Элджернона» — наглядный пример именно такого пациента.
-



- Имбецильность
- Имбецильность — уже значительно **более тяжёлая** умственная отсталость, здесь имеется только конкретное мышление. Воображение полностью отсутствует. Пациенты могут знать отдельные цифры, однако простейшие арифметические операции (сложение и вычитание единиц) им недоступны. Социальные навыки почти полностью отсутствуют, однако пациенты обычно очень привязаны к родственникам/опекунам. На критику или похвалу пациенты реагируют адекватно.
- Имбецилы теряются в незнакомой обстановке или с появлением незнакомых людей. **Нуждаются в** постоянном присмотре и **уходе**.
- Движения пациентов очень плохо скоординированы, только упорная реабилитация и педагогические занятия могут привить таким пациентам навыки ходить в туалет, одеваться и есть при помощи ложки.
- Идиотия
- Идиотия — **самая тяжёлая** степень умственной отсталости. Такие пациенты полностью беспомощны. У них отсутствует речь и мышление, они способны лишь издавать отдельные нечленораздельные звуки или выкрики. Пациенты не узнают родственников/опекунов и не понимают обращённой к ним речи (включая критику и похвалу). Они не могут отличить съедобные предметы от несъедобных и склонны пытаться съесть любые предметы из зоны досягаемости, включая режущие или колющие.
- Идиотия сопровождается **тяжелыми дефектами** формирования внутренних органов и внешними уродствами. Пациенты, как правило, не доживают до 20 лет и нуждаются в постоянном присмотре. Такие больные полностью необучаемы.



- приобретённые виды слабоумия объединяются под общим понятием «деменция». Деменция отличается от олигофрении тем, что большинство её видов неуклонно прогрессируют вплоть до полной потери интеллекта — такое происходит, если мы говорим о нейродегенеративных, сосудистых и онкологических заболеваниях головного мозга. После черепно-мозговой травмы или инсульта возможно частичное восстановление интеллекта.
- Органическая деменция
- Органическая деменция наступает в качестве исхода тяжёлых органических заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, СПИД, прионные болезни, нейросифилис, рассеянный склероз и других. Органическая деменция подразделяется на лакунарную, тотальную и концентрическую.
- Лакунарная деменция
- Лакунарная деменция — это вид слабоумия, который возникает из-за [расстройства памяти](#). Остальные компоненты интеллекта не нарушены, поведение и **характер** человека **сохраняется**. Разве что появляется небольшая сентиментальность, изредка — плаксивость. Больной полностью критичен к своей проблеме, он искренне хочет вылечиться и старается компенсировать нарушения памяти при помощи записных книжек, наклеек или приложений-напоминалок.
- Типичная причина возникновения лакунарной деменции — атеросклероз сосудов головного мозга. При качественной терапии, улучшающей [кровообращение головного мозга](#), возможно значительное затормаживание прогрессирования деменции.
- Тотальная деменция
- Тотальная деменция — это **грубое** нарушение интеллекта и памяти, причём первично поражается логика и понимание действительности. Разрушается возможность оперировать как абстрактными, так и конкретными понятиями. Грубо нарушается ядро личности — пациент с лёгкостью совершает постыдные поступки, употребляет непотребные ругательства в сторону ни в чём не повинных людей, справляет физиологические потребности, не снимая одежды. Также типична бурная агрессия по отношению к близким. **Критика** к заболеванию **полностью отсутствует**, больной не тяготится своим состоянием, не признаёт грубых изменений личности и, как правило, не желает лечиться.

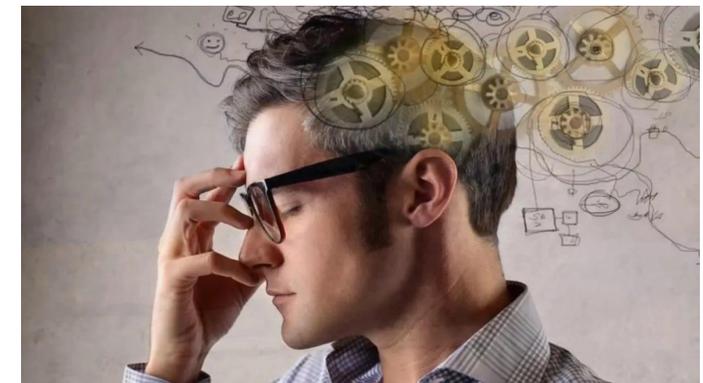


- Концентрическое слабоумие
- Концентрическое (эпилептическое) слабоумие — это расстройство интеллекта, которое может возникнуть на поздних стадиях **эпилепсии**. Мыслительные процессы у пациентов с такой проблемой заторможены, присутствует патологическая обстоятельность, больному очень трудно выразить свою мысль и не «увязнуть» в деталях. При концентрическом слабоумии значительно **изменяется личность** — пациент концентрирует всё внимание на себе (отсюда и происхождение термина), а к близким относится деспотично и агрессивно. Однако в обращениях к вышестоящим людям (начальник, врач, средний мед. персонал) пациент использует комплименты, лесть, излишнюю слащавость с обилием уменьшительно-ласкательных слов.
- Способность к абстрактному мышлению постепенно ухудшается. Это особенно заметно при попытках толкования пословиц, когда пациент способен проявлять только конкретно-образное мышление. Например, на предложение пациенту истолковать смысл пословицы «цыплят по осень считают», он ответит: «Причём тут осень, сейчас вообще зима за окном».
- Шизофреническая деменция
- Шизофреническая деменция — это вид слабоумия, который возникает на поздних стадиях **шизофрении**. Одним из главных симптомов шизофрении является редукция энергетического потенциала — этим странным термином обозначается состояние, при котором обычные интеллектуальные операции, такие как планирование, обучение или составление отчётов, вызывают очень большие трудности. Пациенты с редукцией энергетического потенциала вынуждены затрачивать большие усилия на обычные дела, им очень трудно сконцентрировать и удерживать внимание на чём-либо.
- В исходе шизофрении, коим и является шизофреническая деменция, наблюдается нарастающая пассивность и равнодушие ко всему. Полностью **отсутствует стремление** к чему-либо. Это хорошо заметно в попытках установить контакт с пациентом, когда он отказывается отвечать на элементарные вопросы, бросая короткие фразы вроде «Не знаю», «Без понятия».
- Сначала такие пациенты, будучи образованными и физически здоровыми, отказываются ходить на работу (учёбу), объясняя это нежеланием и нехваткой сил. Затем последует отказ от использования душа, чистки зубов и прочих гигиенических процедур. Больные становятся неряшливыми и полностью перестают следить за своей внешностью.



Нарушения памяти и внимания

- **Внимание** – сосредоточение личности на определенных объектах и деятельности.
- · пассивное – то типу ориентационного рефлекса
- · активное – при целенаправленной деятельности
- · селективное – выбор 1 сигнала из ряда подобных.
- Качества внимания: способность к концентрации
- объем
- устойчивость
- переключаемость
- Внимание имеет внешнюю или внутреннюю направленность.
- **Нарушения внимания:**
- 1. Истощаемость – больной быстро устает и не может дальше работать, встречается при астении (соматические и инфекционные болезни), неврозах, органических расстройствах.
- 2. Отвлекаемость – быстрое переключение с одного объекта на другой. Встречается при гипердинамическом Sd в младшем школьном возрасте, маниакальном Sd, гипоманиакальных состояниях.
- Апрозексия – полная невозможность сосредоточения внимания, характерная для органического поражения лобных долей, ранней детской шизофрении.
- 3. Инертность (ригидность) – затрудненное переключение с одного объекта на другой, характерное для эпилепсии, органических расстройств.
- Исследуют внимание с помощью метода наблюдения, психологических методик: счет по Крипелину (вычитают из 100 по 7, 13, 17 последовательно), корректурная проба Бурдона (вычеркивание на время), таблиц Шульте (искать цифры от 1 до 25).



- **Память** – это отражение прошлого опыта, заключенное в воспоминании, сохранение и воспроизведение ранее пережитого и сделанного. Включает в себя 3 этапа: запоминание, сохранение, воспроизведение.
- Классификация памяти:
 1. В зависимости от органов чувств: зрительная, слуховая, тактильная, вкусовая, проприоцептивная.
 2. По продолжительности – оперативная (на несколько секунд), кратковременная (на текущие события), долговременная (сохраняется на важные события, информацию, повторяющуюся много раз).
- Механизмы памяти до конца не изучены. Кратковременная память - это циркуляция возбуждения в гиппокампе, лимбической системе, РФ, височной области. Долговременная память – это информация, записанная на РНК и ДНК.
- **Нарушения памяти:**
 - обратимые – наблюдаются только в период болезни, например, при неврозах.
 - необратимые – при органических нарушениях.
- **Количественные:**
 1. **Гипермнезия** – запоминание информации надолго, детально четко. Встречается при нарушениях интеллекта (имбецил оперирует в уме с 3-4-значными числами), в коме, при тяжелых инфекционных заболеваниях.
 2. **Гипомнезия** – ослабление запоминания. Встречается при эпилепсии, неврозах, органических расстройствах, шизофрении.
- **Закон Рибо:** события, происходившие недавно, запоминаются хуже и стираются быстрее, чем события детства и юности.
- Анэфория - затруднение воспроизведения информации.

- **Амнезия** – отсутствие воспоминаний на определенный период.
- **Ретроградная**– выпадают события, непосредственно предшествовавшие чрезвычайному событию или болезни.
- **Антероградная** – выпадают события, последовавшие после происшествия.
- **Конградная** – выпадение воспоминаний на время травмирующих событий.
- **Отставленная** – амнезия возникает спустя некоторое время после травмирующих событий.
- **Аффектогенная** – выпадают события на период аффекта.
- **Фиксационная** – нарушается запоминание текущих событий, жизнь становится одномоментной. Часто сопровождается амнестической дезориентировкой, когда больной совершенно не может сориентироваться во времени и месте. Человек не помнит, какой сегодня день, что и когда он ел, что он делал до этого, не знает дорогу домой. Встречается при атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера), ЦАС, тяжелой ЧМТ.
- **Тотальная** – человек вообще ничего не помнит.
- **Качественные:**
 - **1.Конфабуляции** – события, которых не было, и которыми заполняются пробелы в памяти. Это галлюцинации памяти. Замена ложными воспоминаниями происходит неумышленно, человек полностью в это верит. Иногда вымышленные события дополняются бредом (шизофрения, органические психозы).
 - **2.Псевдореминисценции** – пробелы в памяти заполняются событиями в действительности происходившими когда-то, но они переносятся в место и времени. Встречается при органических расстройствах.
 - **3.Экмнезия** – больной как-бы живет в своей прошлой жизни. Встречается при ЦАС, истерии, шизофрении.
 - **4.Криптомнезии** – невольный плагиат, пробелы в памяти заполняются чужими мыслями и идеями, но авторство их присваивается.

Корсаковский синдром

КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ (амнестический)

1. Фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка)
2. Ретро-, антероградная амнезия
3. Конфабуляции
4. Эйфория

- основным симптомом данного заболевания является неспособность больного человека к запоминанию и воспроизведению новой информации (фиксационная амнезия). Все, что было до болезни, хорошо сохранилось в **памяти**. Сознание человека не фиксирует события, которые происходили с его участием совсем недавно или происходят в данный момент. Клинически это проявляется так:
- больной плохо ориентируется в пространстве, если он попадает в новое для себя место. Находясь в больнице, человек не способен найти нужную ему палату или свою койку, но дома таких проблем не возникает. Это связано с тем, что долговременная **память** работает относительно нормально. Переезды на новое место или простая перестановка мебели могут стать для больного тяжелейшим стрессом, способным дать толчок к стремительному прогрессированию заболевания;
- дезориентировка во времени. Если у человека диагностировали **корсаковский синдром**, то скорее всего он не сможет правильно назвать сегодняшнее число, месяц и год. Он просто не понимает, где он находится и что с ним происходит;
- в разговоре больной упоминает события, которые никогда с ним не происходили (конфабуляции). Рассказы пациента могут носить фантастический характер, от него можно услышать, то вчера он сражался с чудовищами в другой вселенной или плавал на подводной лодке. Окружающие считают это выдумкой или откровенной ложью, но сам пациент не догадывается о том, что говорит неправду;

- события, когда-либо имевшие место в жизни человека, смещаются во временном пространстве (псевдореминисценции). Таким образом происходит непроизвольное заполнение провалов в памяти. Рассказы человека носят вполне обыденный характер, он может сказать, что вчера ходил в театр на новую постановку или ездил за город. Но на самом деле, эти события произошли намного раньше;
- замещение пробелов в памяти событиями из кинофильмов или книг. Больной обладает некой информацией, но он не знает, когда и как ее получил. Например, он может заученное когда-то стихотворение выдать за свое произведение. С течением времени чужие мысли больного человек воспринимает как свои собственные.
- затруднена концентрация внимания, снижена сила воли.
- события, когда-либо имевшие место в жизни человека, смещаются во временном пространстве (псевдореминисценции). Таким образом происходит непроизвольное заполнение провалов в памяти. Рассказы человека носят вполне обыденный характер, он может сказать, что вчера ходил в театр на новую постановку или ездил за город. Но на самом деле, эти события произошли намного раньше;
- замещение пробелов в памяти событиями из кинофильмов или книг. Больной обладает некой информацией, но он не знает, когда и как ее получил. Например, он может заученное когда-то стихотворение выдать за свое произведение. С течением времени чужие мысли больного человек воспринимает как свои собственные.
- затруднена концентрация внимания, снижена сила воли.
- Часто синдром Корсакова сопровождается ретроградной или антероградной амнезией. Эмоциональное состояние больного неустойчиво. Вялость, безразличие и апатия сменяется благодушием и эйфорией



- Спасибо за внимание
- всего хорошего!!!!))))))

