**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**Тема8:** Двигательно-волевые расстройства.

Цель занятия: Научить студентов выявлять основную патологию двигательно-волевых расстройств, а также выработать тактику поведения врача при этих нарушениях психики у больного.

**Студент должен знать**: понятие воли, расстройства воли. Расторможенность влечений, снижение и извращение влечений. Различные виды психомоторного возбуждения (маниакальное, кататоническое, гебефреническое) и двигательной заторможенности (ступор кататонический, депрессивный, психогенный). Купирование психомоторного возбуждения, допустимые меры стеснения.

**Студент должен уметь:** диагностировать эти патологические состояния у больных.

**Содержание занятия**

ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Воля** — сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью. Волевая активность присуща только чело­веку. Поведение животных обусловлено инстинктами и условно-рефлекторными связями. У человека в процессе социально-исто­рического развития образовались формы приспособления к окру­жающей среде на основе дифференцированных условно-рефлек­торных реакции и произвольного контролирования инстинктов.

В волевом процессе различают следующие этапы: 1) побужде­ние, осознание цели и стремление достичь ее; 2) осознание ряда возможностей достижения цели; 3) борьба мотивов и выбор; 4) принятие одного из возможных решений; 5) осуществление при­нятого решения.

Совокупность желаний, побуждений, стремлений, приобрета­ющих характер мотивационной деятельности, составляет ***мотивационную сферу***. В мотивационную сферу включаются как осозна­ваемые (волевые), так и недостаточно осознанные действия на основе различных побуждений (влечений, установок и т.д.)

Волевые нарушения могут относиться как к уровню побужде­ний к деятельности и осознания цели, т.е. формирования мотива, адекватности мотивов свойствам личности и ситуации, так и принятия решения, соответствующего поведения на всех этапах волевого процесса.

***Нарушения волевых побуждений***

***Абулия*** (от греч. bule — воля), или дисбулия, — патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности. За абулией обычно следует адинамия (греч. adinamie — бессилие) — уменьше­ние или полное прекращение двигательной активности организ­ма или органа. Абулия наблюдается при различных патологических процес­сах, прежде всего при шизофрении, при различных лобных пора­жениях и при депрессиях. Снижение волевой деятельности может привести к высвобож­дению низших действий — автоматизированных и инстинктивных.

***Гипобулия*** — понижение волевой активности, бедность побуж­дений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной актив­ности, отсутствие желания общаться. Эти особенности часто от­мечаются при депрессивных состояниях, шизофрении. Ослабле­ние внимания, обеднение мышления, замедление речи могут на­блюдаться при состояниях оглушенности.

***Гипербулия*** — повышенная активность, обусловленная значи­тельным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления. Гипербулия наблюдается при маниа­кальных состояниях, паранойяльном синдроме. При маниакальном состоянии продуктивность деятельности обычно мала из-за быстрой отвлекаемости больных, быстрой смены побуждении. При паранойяльном синдроме активность односторонняя, обусловленная бредовыми мотивами.

***Парабулия*** — извращение, изменение волевой активности По­буждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного психопатологическими симп­томами: например, слуховые галлюцинации устрашающего ха­рактера побуждают к агрессивной деятельности и т.д.

***Извращение инстинктивных влечений***

Инстинкты играют существенную роль в жизни человека, с возрастом они подвергаются контролю волевой деятельности. Нарушения инстинктивных реакции чаще наблюдаются у детей и подростков. Обычно выделяют нарушения влечения к пище, ин­стинкта самосохранения, расстройства половых влечений.

**Нарушение влечений к пище.** Усиление влечения к пище — ***булимия*** (от греч. bus — бык + hmos — голод, голод «волчий», кинорексия) — патологическое, резко усиленное чувство голода, не­редко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе. Оно наблюдается при гиперинсулинизме и психических заболе­ваниях, при умственной отсталости, дефектных состояниях при шизофрении. На определенном этапе нервной анорексии на фоне отказа от еды появляется непреодолимое влечение к еде, сопровождающе­еся поеданием огромных ее количеств с последующим вызывани­ем рвоты. Булимия наблюдается при некоторых состояниях эмо­ционального напряжения, когда поедание больших количеств пищи снимает его.

***Анорексия*** (an — частица, означающая отсутствие признака или качества, + греч. огех — желание есть, аппетит) — утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании. В пубертатном возрасте при нервной анорексии вначале отказ от еды возникает с целью похудания, затем чувство голода угасает и даже появляется отвращение к еде. Утрата чувства голода наблюдается при психических заболева­ниях: депрессии, кататоническом ступоре, тяжелой алкогольной абстиненции. Анорексия со значительным похуданием отмечает­ся при синдромах Симмондса и Шихана.

***Полидипсия*** (от греч. polys — многий, dipsa — жажда) — повы­шенное потребление жидкости, неукротимая жажда, встречающаяся чаще всего при эндокринных заболеваниях, однако описа­ны случаи психогенной полидипсии.

***Парорексия, или пикацизм*** (от лат. pica — сорока), — извраще­ние аппетита, распространяющееся на несъедобные вещества. Копрофагия (от греч. kopros — кал, phagos — пожирающий), или скатофагия (греч. син.), — стремление к поеданию собственных экскрементов.

**Нарушения инстинкта самосохранения.** Эти расстройства могут проявляться обострением защитных реакций, повышенной на­стороженностью и готовностью к паническим реакциям, страха­ми при действии различных раздражителей, особенно болевых. Ослабление рефлекса самосохранения — исчезновение реакции при возникновении реальной опасности, при болевом раздраже­нии, извращение оборонительного рефлекса при психических за­болеваниях проявляется в нанесении себе самоповреждений и су­ицидальном поведении.

***Импульсивные влечения и импульсивные действия***

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

***Импульсивное действие*** — внезапно совершаемое стремитель­ное, немотивированное действие, продолжающееся секунды или минуты; признак выраженного психического расстройства.

*Дромомания* (пориомания) — импульсивное влечение к пере­мене мест. Под дромоманией принято понимать влечение к побе­гам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различ­ных психических заболеваниях. В формировании дромомании выделяют реактивный этап — первый уход из дома в связи с пси­хической травмой, затем уходы становятся привычными, фикси­рованными, на любую незначительную неблагоприятную ситуа­цию возникает привычная реакция — уход из дома. В последующем уходы из дома становятся безмотивными, не­ожиданными, приобретают характер импульсивности. Дромомания наиболее характерна для детского и подростко­вого возраста, но известны случаи, когда, возникнув в детстве, дромомания сохраняется и у взрослых мужчин и женщин, причем женщину не останавливает наличие маленьких детей, здоровье которых во время бродяжничества подвергается опасности.

*Дипсомания* — влечение к пьянству, непреодолимое, сопро­вождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами. Влечение к спиртному бывает настолько сильным, что, несмотря на критиче­ское отношение к нему, вначале преодолеть влечение не удается. В этом состоянии больные совершают всевозможные неблаговид­ные поступки обман, воровство, агрессию для того, чтобы полу­чить желаемое спиртное. В ряде случаев удается выявить предше­ствующее приступу дипсомании изменение настроения.

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

*Клептомания* (от греч. klepto — красть + мания), или импуль­сивное воровство, немотивированное влечение к воровству.

*Копролалия* (от греч. kopros — кал + lalia — речь) — импульсив­ное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств. Этот симптом может наблюдаться при болезни Жиля де ла Туретта.

*Мифомания* — непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлече­ния к себе внимания.

***Нарушения волевой деятельности***

Нарушения волевой деятельности возможны на уровне при­нятия решения и на уровне перехода к осуществлению принятого решения.

***Навязчивые сомнения.*** Больной после борьбы мотивов, идти в кино или к друзьям, принимает решение идти в кино, но после этого решения снова возникают сомнения и так бесконечно. Ригидность принятого решения означает отсутствие его коррек­ции и гибкости в соответствии с изменившейся ситуацией. Боль­ной из-за этих особенностей не может перейти к осуществлению решения, так как ситуация уже изменилась, а он не может при­нять другое решение с учетом ситуации. Это наблюдается у ригид­ных эпилептоидных личностей.

Деятельность по типу ***«короткого замыкания»*** возникает вне­запно в ответ на эмоциональное состояние: обиду, страх, отчая­ние. При этом она совершается без достаточного осознания воз­можностей достижения цели и борьбы мотивов.

***Нарушения внимания***

Нарушения внимания проявляются в отвлекаемости, при этом человек не может сосредоточиться на нужном объекте, происхо­дит ослабление активного внимания и преобладает пассивное.

***Прикованность, застреваемость*** внимания наблюдается при де­прессиях. Больные не могут переключиться на другие события, все мысли, воспоминания сконцентрированы на несчастье (если речь идет о реактивной депрессии) и своих тоскливых переживаниях.

***Истощаемость внимания*** наблюдается при органических забо­леваниях и астенических состояниях. При истощаемости внима­ния больные в начале беседы отвечают на вопросы правильно, а затем по мере нарастания истощаемости ответы становятся менее продуктивными. Это отчетливо выступает при счете — отнимании от ста 7 или 17.

ПСИХОМОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Под психомоторикой понимают совокупность сознательно управляемых двигательных действий. Симптомы психомоторных расстройств могут быть представлены затруднением, замедлени­ем выполнения двигательных актов (гипокинезии) и полной обездвиженностью (акинезией) либо симптомами двигательного воз­буждения или неадекватностью движений.

К ***симптомам с затруднением двигательной активности*** отно­сят следующие расстройства:

1. *каталепсия*, восковая гибкость, при которых на фоне повы­шенного мышечного тонуса у больного возникает способность сохранять на длительное время приданную позу;
2. *симптом воздушной подушки*, относящийся к проявлениям восковой гибкости и выражающийся в напряжении мышц шеи, при этом больной застывает с поднятой над подушкой головой;
3. *симптом капюшона*, при котором больные лежат или сидят не­подвижно, натянув одеяло, простынь или халат на голову, оставив открытым лицо;
4. *пассивная подчиняемость состояния*, когда у больного не возника­ет сопротивление изменениям положения его тела, позы, положе­ния конечностей, в отличие от каталепсии тонус мышц не повышен;
5. негативизм, характеризующийся немотивированным сопро­тивлением больного действиям и просьбам окружающих. Выде­ляют пассивный негативизм, который характеризуется тем, что больной не выполняет обращенную к нему просьбу, при попытке поднять с постели сопротивляется напряжением мышц, при ак­тивном негативизме больной выполняет противоположные тре­буемым действия. На просьбу открыть рот сжимает губы, когда ему протягивают руку, чтобы поздороваться, прячет руку за спину. Больной отказывается есть, но когда убирают тарелку, хватает ее и быстро съедает пищу.
6. мутизм (молчание) — состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не дает понять, что он согласен всту­пить в контакт с окружающими

К ***симптомам с двигательным возбуждением и неадекватнос­тью движений*** относятся:

1. импульсивность, когда больные внезапно совершают неадек­ватные поступки, убегают из дома, совершают агрессивные дей­ствия, нападают на других больных и т.д.;
2. стереотипии — многократное повторение одних и тех же движений;
3. эхопраксия — повторение жестов, движений и поз окружающих;
4. парамимия — несоответствие мимики больного поступкам и переживаниям;
5. эхолалия — повторение слов и фраз окружающих;
6. вербигерация — повторение одних и тех же слов и фраз;
7. миморечь, мимоговорение — несоответствие по смыслу ответов задаваемым вопросам.

**Расстройства речи**

Заикание — затруднение в произношении отдельных слов или звуков, сопровождающееся нарушением плавности речи.

Дизартрия — смазанная, запинающаяся речь. Затруднения при правильной артикуляции звуков. При прогрессивном параличе речь у больного бывает настолько нечеткой, что говорят, что у не­го «каша во рту». Для выявления дизартрии больному предлагают произнести скороговорки.

Дислалия — косноязычие — расстройство речи, характеризую­щееся неправильным произношением отдельных звуков (пропус­ки, замена другим звуком или его искажение).

Олигофазия — обеднение речи, малый запас слов. Олигофазия может наблюдаться у больных эпилепсией после припадка.

Логоклония — спастическое многократное повторение отдель­ных слогов слова.

Брадифазия — замедление речи как проявление заторможен­ности мышления.

Афазия — нарушение речи, характеризующееся полной или час­тичной утратой способности понимать чужую речь или пользовать­ся словами и фразами для выражения своих мыслей, обусловленное поражением коры доминантною полушария головного мозга, при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха.

Парафазия — проявления афазии в виде неправильного пост­роения речи (нарушение порядка слов в предложении, замена от­дельных слов и звуков дру1 ими).

Акатофазия — нарушение речи, употребление сходных по зву­чанию, но не подходящих по смыслу слов.

Шизофазия — разорванная речь, бессмысленный набор отдель­ных слов, облеченных в грамматически правильно построенное предложение.

Криптолалия — создание больным собственного языка или особого шрифта.

Логорея — неудержимость речи больного, сочетающаяся с ее быстротой и многословием, с преобладанием ассоциаций по со­звучию или контрасту.

**Синдромы двигательных расстройств**

Двигательные расстройства могут быть представлены ступорозными состояниями, двигательным возбуждением, различны­ми навязчивыми движениями, действиями и припадками.

**Ступор**

Ступор — полная обездвиженность с мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе болевое. Выделяют различные варианты ступорозных состояний: кататонический, реактивный, депрессивный ступор. Наиболее часто наблюдается кататонический ступор, развивающийся как проявление катотонического синдрома и характеризующийся восковой гибкостью или (в наиболее тяжелой форме) резкой мышечной гипертонией с оцепенением больного в позе с согнутыми конечностями. Находясь в ступоре, больные не вступают в контакт с окружающими, не реагируют на происходящие события, шум, мокрую и грязную постель. Больные обычно лежат, мышцы напряжены, напряжение чаще начинается с лицевой мускулатуры, затем спускается на шею, позднее на спину, руки и ноги. В этом состоянии отсутствует эмоцио­нальная и зрачковая реакция на боль. Симптом Бумке — расшире­ние зрачков на боль — отсутствует.

Выделяют *ступор с восковой гибкостью*, при котором, кроме мутизма и обездвиженности, больной длительное время сохраняет приданную позу, застывает с поднятой ногой или рукой в неудоб­ной позе. Часто наблюдается симптом Павлова: больной не реаги­рует на вопросы, заданные обычным голосом, но отвечает на ше­потную речь. По ночам такие больные могут вставать, ходить, при­водить себя в порядок, иногда есть, и отвечать на вопросы.

*Негативистический ступор* характеризуется тем, что при пол­ной обездвиженности и мутизме любая попытка изменить позу больного, поднять его или перевернуть вызывает сопротивление или противодействие. Такого больного трудно поднять с постели, но, подняв, невозможно снова уложить. При попытке ввести в ка­бинет больной оказывает сопротивление, не садится на стул, но усаженный не встает, активно сопротивляется. Иногда к пассив­ному негативизму присоединяется активный. Если врач протяги­вает ему руку, он прячет свою за спину, хватает пищу, когда ее со­бираются унести, зажмуривает глаза на просьбу открыть, отвора­чивается от врача при обращении к нему с вопросом, поворачива­ется и пытается говорить, когда врач уходит.

*Ступор с мышечным оцепенением* характеризуется тем, что больные лежат во внутриутробной позе, мышцы напряжены, глаза закрыты, губы вытянуты вперед (симптом хоботка). Больные обычно отказы­ваются от еды и их приходится кормить через зонд.

При *субступорозном состоянии* обездвиженность неполная, мутизм сохраняется, но больные могут произносить несколько слов иногда спонтанно. Такие больные медленно передвигаются по отделению, застывая в неудобных, вычурных позах. Отказ от еды неполный, больных чаще всего удается накормить из рук пер­соналу и родным.

При *депрессивном ступоре* при почти полной обездвиженнос­ти для больных характерно депрессивное, страдальческое выра­жение лица. С ними удается вступить в контакт, получить одно­сложный ответ. Больные в депрессивном ступоре редко бывают неопрятны в постели. Такой ступор может внезапно смениться острым состоянием возбуждения — меланхолическим раптусом, при котором больные вскакивают и наносят себе повреждения, могут разорвать рот, вырвать глаз, разбить голову, разорвать белье, могут с воем кататься по полу. Депрессивный ступор наблюдается при тяжелых эндогенных депрессиях.

При *апатическом ступоре* больные обычно лежат на спине, не реагируют на происходящее, тонус мышц понижен. На вопросы отвечают односложно с большой задержкой. При контакте с род­ственниками реакция адекватная эмоциональная. Сон и аппетит нарушены. Бывают неопрятны в постели. Апатический ступор наблюдается при затяжных симптоматических психозах, при эн­цефалопатии Гайе—Вернике.

**Психомоторное возбуждение** — психопатологическое состоя­ние с выраженным усилением психической и двигательной ак­тивности. Выделяют кататоническое, гебефреническое, маниа­кальное, импульсивное и другие варианты возбуждения.

***Кататоническое возбуждение*** проявляется манерными, вычур­ными, импульсивными, некоординированными, иногда ритмичны­ми, однообразно повторяющимися движениями и говорливостью, вплоть до бессвязности. Поведение больных лишено целенаправ­ленности, импульсивно, однообразно, наблюдается повторение дей­ствий окружающих (эхопраксия). Мимика не соответствует каким-либо переживаниям, отмечается вычурное гримасничанье. Катато­ническое возбуждение может принимать характер растерянно-пате­тического, негативизм сменяется пассивной подчиняемостью.

Выделяют люцидную кататонию, при которой кататоническое возбуждение сочетается с другими психопатологическими симп­томами: бредом, галлюцинациями, психическими автоматизма­ми, но без помрачения сознания, и онеироидную кататонию, ха­рактеризующуюся онейроидным помрачением сознания.

**Двигательное возбуждение**

***Гебефреническое возбуждение*** проявляется нелепо-дурашли­вым поведением (гримасничанье, кривляние, немотивированный смех и т.д.). Больные прыгают, скачут, передразнивают окружаю­щих, пристают к ним с нелепыми или циничными вопросами, дергают окружающих, толкают, иногда катаются по полу. Настро­ение чаще повышенное, но веселость может быстро сменяться плачем, рыданиями, циничной бранью. Речь ускорена, много вы­чурных слов, неологизмов.

***Маниакальное возбуждение*** проявляется повышенным настро­ением и самочувствием, характеризующимся выразительной ми­микой и жестами, ускорением ассоциативных процессов и речи, усиленной, часто беспорядочной деятельностью. Каждое дейст­вие больного носит целенаправленный характер, но так как быс­тро меняются побуждения к деятельности и отвлекаемость, то ни одно действие не доводится до конца, поэтому состояние произ­водит впечатление хаотического возбуждения. Речь также уско­ренная, доходящая до скачки идей.

**Задания для самоконтроля**

1. Апатию считают довольно типичным проявлением:

1. депрессивного синдрома
2. астенического синдрома
3. эпилепсии
4. шизофрении
5. истерии

2. Отсутствие аппетита обозначается термином:

1. абулия
2. гипобулия
3. пикацизм
4. булимия
5. анорексия

3. Чрезвычайно выраженная потребность в алкоголе, которую больной не может подавить усилием воли и реализует в неподходящее время, следует назвать:

1. импульсивнымвлечением
2. компулъсивнымвлечением
3. обсессивнымвлечением

4. У больных в состоянии кататонии часто можно обнаружить:

1. ментизм
2. дереализацию
3. гипотимию
4. галлюцинации
5. шперрунг
6. мутизм

5. У больных в состоянии кататонии часто можно обнаружить:

1. мышечную гипотонию
2. эмоциональную лабильность и слабодушие
3. манерность и вычурность позы
4. раннее утреннее пробуждение
5. ускорение мышления и отвлекаемость

6. Кататонический синдром проявляется:

1. только ступором
2. ступором и гипотимией
3. ступором и возбуждением
4. возбуждением и галлюцинациями
5. только возбуждением

7. Наиболее серьезной проблемой при кататонии считают:

1. упорную бессонницу
2. отказ от еды
3. склонность к конфликтам с окружающими
4. стремление к суициду
5. дезориентировку в окружающей обстановке

8. Кататонию считают характерным проявлением:

1. алкогольных психозов
2. эпилепсии
3. истерии
4. шизофрении
5. биполярного расстройства

9. Кататонию относят к:

1. продуктивным
2. негативнымрасстройствам.

10. Благоприятным обратимым расстройством считают:

1. онейроидную кататонию
2. люцидную кататонию
3. гебефрению
4. все перечисленные состояния
5. ни одно из указанных расстройств

11. Характерными чертами гебефренического синдрома считают:

1. преобладание ступора
2. чрезмерность и театральность жестов
3. детскость и дурашливость
4. стремление к хвастовству и демонстрации своих способностей
5. стремление к суициду

12. Возбуждение может возникнуть при:

1. делирии
2. остром чувственном бреде
3. истерии
4. кататонии
5. депрессии
6. всех перечисленных состояниях

13. Ступор может возникнуть при:

1. делирии
2. остром чувственном бреде
3. истерии
4. галлюцинозе
5. дисфории
6. всех перечисленных состояниях

14. Наиболее правильной тактикой при возникновении возбуждения является:

1. фиксация мягкими ремнями
2. помещение в изолятор с мягкими стенками
3. внутривенное введение антидепрессанта
4. лечение нейролептиками
5. психотерапия путем убеждения или внушения

15. Негативизм считают характерным проявлением:

1. депрессивного ступора
2. истерического ступора
3. психогенного ступора
4. кататонического ступора

**Ситуационные задачи**

**1.**Больная оживлена, радостна, многоречива, речь ускорена, не всегда можно понять о чем она говорит. Ни минуты не сидит. Вмешивается во все дела персонала. Делает замечания больным, сама же на замечания не реагирует. Не устает. Голос охрипший. Иногда шутит остроумно. Определите тип возбуждения.

1)гебефреническое;

2)маниакальное;

3)кататоническое;

4)общее психомоторное;

5)обусловлено нарушением сознания.

2.больная обратилась к врачу с жалобами, что в последние 2 недели у нее появилось странное желание перебегать дорогу в момент, когда недалеко идет машина. Несколько раз водители ругали ее, однажды чуть не погиб пешеход, когда машина резко повернула в сторону. Говорит: «я ничего не могу сделать, выше моих сил не исполнить это желание». Назовите эти патологические желания.

1)насильственные;

2)навязчивые;

3)импульсивные;

4)моторные автоматизмы;

5)парабулии.

Литература:

1. Уч. психиатрии MB. Коркина, Н.Д. Лакосина 2002 г.
2. Уч. психиатрии Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин 2000 г.