**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**Тема7:** Расстройство чувственной сферы.

Цель занятия: Закрепить теоретические знания студентов по расстройству чувственной сферы.

**Студент должен знать**: Гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория (эксплозивность), страх, тревога и растерянность, аффект недоумения, эмоциональная лабильность и эмоциональная ригидность, слабодушие, апатия, эмоциональная неадекватность, амбивалентность и амбитендентность. Физиологический и патологический аффекты. Депрессив­ный синдром. Понятие витальной тоски. Соматические (вегетативные) нарушения при депрессии, понятие маскированной (ларвированной, соматизированной) депрессии. Маниакальный синдром. Суицидальные тенденции, правила ухода и надзора.

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

**Содержание занятия**

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

Отношение человека к происходящим событиям и удовлетво­рению своих потребностей выражается в чувствах (эмоциях). Вы­деляют эмоции *эпикритические* (корковые), присущие только чело­веку, филогенетически более молодые (к ним относятся эстетичес­кие, этические, нравственные); и *протопатические* эмоции, подкор­ковые, таламические, филогенетически более древние, элементар­ные (удовлетворение чувства голода, жажды, полового чувства). Существуют *положительные* эмоции, которые возникают при удовлетворении потребностей, — это переживание радости, во­одушевления, удовлетворения и *отрицательные* эмоции, при кото­рых переживается затруднение в достижении цели, огорчение, раздражение, гнев. Кроме того, были выделены (Кант Э.) *стенические* эмоции, на­правленные на активную деятельность, борьбу, способствующие мобилизации сил для достижения цели, и *астенические*, обуслов­ливающие пониженную активность, неуверенность, сомнения, бездеятельность.

 Под **аффектом** принято понимать кратковременное сильное ду­шевное волнение, которое сопровождается не только эмоциональ­ной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности. Выделяют ***физиологический аффект***, например гнева или радо­сти, не сопровождающийся помрачением сознания, автоматизма­ми и амнезией. Агрессивные действия в момент психотравмирующего события совершаются осознанно, участники могут рассказать о своих чувствах в момент совершения поступка, раскаиваются в несдержанности, пытаются сгладить плохое впечатление, апеллируя к тяжести нанесенного им оскорбления. *Астенический аффект* — быстро истощающийся аффект, сопровождающийся угнетенным настроением, снижени­ем психической активности, самочувствия и жизненного тонуса. *Стенический аффект* характеризуется повышенным самочувст­вием, психической активностью, ощущением собственной силы. ***Патологический аффект*** — кратковременный психоз, возникающий внезапно после действия психотравмы и сопровождающийся помрачением или аффективным сужением сознания с последующей (часто полной) амнезией. В ряде случаев патологическому аффекту предшествует дли­тельная психотравмирующая ситуация и сам патологический аф­фект возникает как реакция на какую-то «последнюю каплю». Помрачение сознания в момент психоза проявляется неистовством, удивительной жесткостью совершенного насилия. Возможен кратковременный эпизод галлюцинаторных или иллюзорных переживаний. Окружающие не в силах корригировать поступки больного, поскольку он их не слышит. В динамике патологического аффекта обычно выделяют три фазы: аккумуляции психотравмирующей ситуации, «взрыва», разрешения (прострации). При выходе из психоза больные не могут вспомнить ничего из происходившего, не могут поверить окружающим в то, что они совершили. Патологический аффект служит основанием для признания больно невменяемым, т.е. он не подлежит ответственности за совершенное преступление.

**Симптомы эмоциональных нарушений**

 *Эмоциональное реагирование* — острые эмоциональные реакции, возникающие в ответ на различные ситуации. В отличие от измене­ний настроения эмоциональные формы реагирования кратковременны и не всегда соответствуют основному фону настроения. Эмоциональные нарушения характеризуются неадекватнос­тью эмоционального реагирования на внешние события. Эмоциональные реакции могут быть неадекватны по силе и степени вы­раженности, длительности и значимости вызвавшей их ситуации.

 *Эксплозивность* — повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к бурным проявлениям аффекта, неадекватная по си­ле реакция. Реакция гнева с агрессией может возникнуть по не­значительному поводу.

 *Эмоциональное застревание* — состояние, при котором возник­шая аффективная реакция фиксируется на длительное время и оказывает влияние на мысли и поведение. Пережитая обида «заст­ревает» надолго у злопамятного человека Человек, усвоивший оп­ределенные догмы, эмоционально для него значимые, не может принять новые установки, несмотря на изменившуюся ситуацию.

 *Амбивалентность* — возникновение одновременно противопо­ложных чувств по отношению к одному и тому же человеку. При психических заболеваниях амбивалентность причиняет значительные страдания пациентам, дезорганизует их поведение, приводит к противоречивым, непоследовательным действиям (*амбитендентность*).

 *Чувство потери чувств* — утрата способности реагировать на происходящие события, мучительное бесчувствие, например при психогенном «эмоциональном параличе»

**Симптомы расстройств настроения**

Под **настроением** понимается преобладающее на определен­ный период эмоциональное состояние, оказывающее влияние на всю психическую деятельность. Расстройства настроения характеризуются двумя вариантами: симптомами с усилением и ослаблением эмоциональности.

***К расстройствам с усилением эмоциональности относятся: гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория, тревога, эмоциональная слабость.***

 *Гипертимия* — повышенное веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, хорошим, даже прекрас­ным физическим самочувствием, легкостью в решении всех во­просов, переоценкой собственных возможностей.

 *Эйфория* — благодушное, беспечное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием, недо­статочная оценка происходящих событий.

 *Гипотимия* — сниженное настроение, переживание подавлен­ности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и буду­щее воспринимаются в мрачных тонах.

 *Дисфория* — злобно-тоскливое настроение с переживанием не­довольства собой и окружающими. Часто сопровождается выра­женными аффективными реакциями гневливости, ярости с аг­рессией, отчаяния с суицидальными тенденциями.

 *Тревога* — переживание внутреннего беспокойства, ожидание не­приятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровож­даться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу

 *Эмоциональная слабость* — лабильность, неустойчивость наст­роения, изменение его под влиянием незначительных событий. У больных легко могут возникать состояния умиления, сентимен­тальности с появлением слезливости (слабодушие). Например, при виде шагающих пионеров человек не может удержать слезы умиления.

 *Болезненное психическое бесчувствие* (anaesthesia psychica dolorosa). Больные мучительно переживают утрату всех человече­ских чувств — любви к близким, сострадания, горя, тоски. Они го­ворят, что стали «как дерево, как камень», страдают от этого, уве­ряют, что тоска легче, так как в ней человеческие переживания

***К нарушениям настроения со снижением эмоциональности относятся такие состояния, как апатия, эмоциональная монотон­ность, эмоциональное огрубение, эмоциональная тупость.***

 *Апатия* — расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, снижением желаний, побужде­нии и полной бездеятельностью. Больные в таком состоянии не проявляют никаких интересов, не высказывают никаких жела­ний, не интересуются окружающими, часто не знают, как зовут соседей, лечащею врача — не из-за нарушения памяти, а из-за безразличия. На свиданиях с близкими молча забирают подарки и уходят.

 *Эмоциональная монотонность* — эмоциональная холодность. У больного наблюдается ровное, холодное отношение ко всем со­бытиям независимо от их эмоциональной значимости.

 *Эмоциональное огрубение*. Оно проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, на­зойливость, бесцеремонность. Такие состояния могут наблюдаться при алкоголизме, при атеросклеротических изменениях личности.

 *Эмоциональная, или аффективная, тупость* — расстройство, ха­рактеризующееся слабостью эмоциональных реакции и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность. Такие больные равнодушны и холодны к близким людям, их не трогает болезнь или смерть роди­телей, иногда сохраняются грубоэгоистические интересы.

**Нарушения настроения и эмоционального реагирования мо­гут сопровождаться изменениями мимики и выразительных движений, которые могут быть неадекватными по силе и выраженно­сти эмоциональному состоянию или не соответствовать пережи­ваемым эмоциям.**

 *Гипермимия* — расстройство, сопровождающееся живой, быст­ро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро появляю­щихся и исчезающих аффектов. Проявление мимических реак­ций часто утрировано, чрезмерно бурно и ярко. Выразительные действия усилены, ускорены, быстро меняются, достигая в ряде случаев маниакального возбуждения.

 *Гипомимия* — ослабление, обеднение мимики, однооб­разная застывшая мимика горя, отчаяния, характерная для де­прессивных состояний. На лице застывшее скорбное выражение, губы плотно сжаты, углы рта опущены, брови сдвинуты, между ними залегают складки. Характерна складка Верагута: кожная складка верхнего века на границе внутренней трети оттянута квер­ху и назад, в связи с чем, дуга превращается в этом месте в угол. Выразительные движения ослаблены, замедлены, смазаны. Иногда двигательная активность полностью утрачивается, боль­ные становятся обездвиженными, но мимика сохраняется скорб­ная. Это картина депрессивного ступора.

 *Парамимия* — неадекватность мимики и выразительных дейст­вий ситуации. В одних случаях это выражается в появлении улыб­ки на похоронах, слез и гримас, плача при торжественных и при­ятных событиях. В других случаях мимические реакции не соот­ветствуют каким-либо переживаниям — это различные гримасы. Например, больной зажмуривает глаза и открывает рот, морщит лоб, надувает щеки и т.д.

**Синдромы эмоциональных расстройств**

К этим синдромам относятся депрессивный и маниакальный, для которых характерна триада, состоящая из расстройств настро­ения, двигательных нарушений и изменений течения ассоциатив­ных процессов. Однако этой триадой не исчерпывается клиниче­ская картина как депрессивных, так и маниакальных состояний. Характерны нарушения внимания, сна, аппетита. Вегетативные расстройства наиболее типичны для эмоциональных эндогенных расстройств и характеризуются признаками повышения симпати­ческого тонуса вегетативной нервной системы, более отчетливы­ми при депрессиях, но имеющими место и при маниакальных синдромах.

**Депрессивный синдром.**

 ***Депрессивный синдром*** ха­рактеризуется депрессивной триадой: гипотимией, подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления идвигательной заторможенностью. Выраженность указанных рас­стройств различна.

 Диапазон *гипотимических расстройств* велик — от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубо­кой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в гру­ди, бесперспективность, никчемность существования. Все вос­принимается в мрачных красках - настоящее, будущее и про­шлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душев­ная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердсчная тоска».*Замедление в ассоциативном* процессе проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к не­приятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направление этих мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный харак­тер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.*Двигательная заторможенность* проявляется в замедлении движений и речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, дви­жения медленны, однообразны, больные подолгу могут оставать­ся в одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной обездвиженности (депрессивный ступор). Двигательная заторможенность при депрессиях может играть как бы защитную роль. Депрессивные больные, испытывая мучи­тельное, тягостное состояние, безысходную тоску, бесперспек­тивность существования, высказывают суицидальные мысли. При выраженной двигательной заторможенности больные часто говорят, что им так тяжело, что жить невозможно, но предпри­нять что-либо, убить себя, нет сил: «Пришел бы кто-либо и убил, и то было бы замечательно».Иногда двигательная заторможенность внезапно сменяется приступом возбуждения, взрывом тоски (*меланхолический раптус* — raptus melancholicus). Больной внезапно вскакивает, бьется голо­вой об стену, царапает себе лицо, может вырвать глаз, разорвать рот, поранить себя, разбить головой стекло, выброситься из окна, при этом больные истошно кричат, воют. Если больного удается удержать, то приступ ослабевает и снова наступает двигательная заторможенность. Больные ни от чего не получают удовольствия – *ангедония*.

 При депрессиях часто наблюдаются суточные колебания, они наиболее характерны для эндогенных депрессий. В ранние утрен­ние часы больные испытывают состояние безысходности, глубо­кую тоску, отчаяние. Именно в эти часы больные особенно опас­ны для себя, самоубийства совершаются часто именно в это время. Для депрессивного синдрома характерны *идеи самообвине­ния,* греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве. Вместо переживания тоски при депрессии может возникнуть состояние «эмоционального бесчувствия». Больные говорят, что они потеряли способность переживать, утратили чувства: «При­ходят мои дети, а я к ним ничего не чувствую, это хуже, чем тос­ка, тоска — это человеческое, а я как деревяшка, как камень». Та­кое состояние называется *болезненным психическим бесчувстви­ем* (anaesthesia psychica dolorosa), а депрессия анестетической.

 Депрессивный синдром обычно сопровождается выраженны­ми *вегетативно-соматическими нарушениями:* тахикардией, не­приятными ощущениями в области сердца, колебаниями артериального давления с тенденцией к гипертензии, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, потерей аппетита, сниже­нием массы тела, эндокринными расстройствами. В ряде случаев эти соматовегетативные расстройства могут быть настолько выра­женными, что маскируют собственно аффективные расстройства.

 В зависимости от преобладания в структуре депрессии различ­ных компонентов выделяют тоскливую, тревожную, апатическую депрессии и другие варианты депрессивного состояния. Нарушения идеаторных и моторных компо­нентов депрессивной триады бывают представлены двумя вари­антами расстройств: торможением и расторможенностью. В зависимости от соответствия характера и степени выраженно­сти идеаторных и моторных нарушений доминирующему аффекту выделяются гармоничные, дисгармоничные и диссоциированные варианты депрессивной триады, которые имеют диагностическое значение, особенно на начальных этапах развития депрессии. Идеи самообвинения при депрессивном синдроме иногда до­стигают выраженности бреда. Больные убеждены, что они преступ­ники, что вся их прошлая жизнь греховна, что они всегда соверша­ли ошибки и недостойные поступки и теперь их ждет расплата.

 *Тревожная депрессия*. Характеризуется тягостным, мучитель­ным ожиданием неизбежного конкретного несчастья, сопро­вождается однообразным речевым и двигательным возбуждени­ем. Больные убеждены, что должно произойти что-то непопра­вимое, в чем они, возможно, виноваты. Больные не находят се­бе места, ходят по отделению, постоянно обращаются к персо­налу с вопросами, цепляются за проходящих, просят помощи, смерти, умоляют выпустить их на улицу. В ряде случаев двига­тельное возбуждение достигает неистовства, больные мечутся, охают, стонут, причитают, выкрикивают отдельные слова, могут наносить себе повреждения. Такое состояние носит название «ажитированная депрессия».

 *Апатическая депрессия*. Для апатической, или адинамической, депрессии характерно ослабление всех побуждений. Больные в таком состоянии вялы, безучастны к окружающему, безразличны к своему состоянию и положению близких, неохотно вступают в контакт, не высказывают каких-либо определенных жалоб, часто говорят, что единственное их желание, чтобы их не трогали.

 *Маскированная депрессия*. Для маскированной депрессии (депрессия без депрессии) характерно преобладание различных двигательных, чувствительных или вегетативных рас­стройств по типу депрессивных эквивалентов. Клинические про­явления этой депрессии крайне разнообразны. Часто встречаются различные жалобы на расстройства сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Наблюдаются приступы болей в области сердца, желудка, кишечника, иррадиирующие в другие участки тела. Эти расстройства часто сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Сами депрессивные расстройства недостаточно отчет­ливы и маскируются соматическими жалобами. Существует точка зрения, что депрессивные эквиваленты являются начальным эта­пом в развитии депрессий. Это положение подтверждается на­блюдениями последующих типичных депрессивных приступов у больных с маскированной ранее депрессией. При маскированной депрессии: 1) больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у врачей различных специальностей; 2) при применении различных методов исследования не выявляется кон­кретного соматическою заболевания; 3) несмотря на неудачи влече­нии, больные упорно продолжают посещать врачей.

 *Депрессивные эквиваленты.* Под депрессивными эквивалента­ми принято понимать периодически возникающие состояния, ха­рактеризующиеся разнообразными жалобами и симптомами пре­имущественно вегетативного характера, заменяющие приступы депрессии при маниакально-депрессивном психозе

**Маниакальный синдром**

 Для ***маниакального синдрома*** характерна маниакальная триа­да: гипертимия — приподнятое радостное настроение, ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремле­нием к деятельности Выраженность этих расстройств различна: *ускорение ассоциативной деятельности* может колебаться от не­значительного облегчения ассоциативной деятельности до «скач­ки идей»; повышение активности может достигать беспорядочно­го возбуждения (спутанная мания). Настроение бывает не только радостным и веселым, но в некоторых случаях преобладает гнев­ливый аффект (гневливая мания). Для маниакального синдрома характерна *отвлекаемость,* в связи с чем, больные не могут довести начатое дело до конца, по­следовательно сообщить о себе анамнестические сведения. Не­смотря на то, что больной говорит без умолку и охотно беседует с врачом, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоци­ации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер. Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматических жалоб, они испытывают не только «душевный подъ­ем», но и прилив физических сил. В этом состоянии больные склон­ны *переоценивать свои способности* и возможности. Женщины, несмотря на преклонный возраст, убеждены в своей неотразимой привлекательности, уверяют, что все студенты и врачи в них влюб­лены. Больные стремятся украшать свою одежду, неумеренно поль­зоваться косметикой, делать замысловатые прически. У больных в маниакальном состоянии обнаруживаются способности сочинять стихи, рисовать, петь, сочинять музыку. Обычно чем менее выраже­ние маниакальное состояние, тем продуктивнее эта деятельность. Возможности для реализации многочисленных планов таким больным кажутся неограниченными, никаких препятствии они не замечают. Повышено чувство собственного достоинства. Больные бывают убеждены, что их ждут большие открытия, что они могут иг­рать роль в решении серьезных социальных проблем. Такая пере­оценка возможностей может достигать уровня экспансивного бреда. У больных наблюдается *речевое возбуждение*, они говорят много, быстро, громко. При выраженном речевом возбуждении через несколько дней голос становится охрипшим. В ряде случаев больные не могут полностью высказать мысль, из-за выраженной отвлекаемости они не договаривают фразы или выкрикивают только отдельные слова. Сами больные при этом говорят, что их язык не успевает за мыслями. При менее выраженном речевом возбуждении ускорение ас­социативной деятельности выявляется при письме, больные не дописывают фразы или пишут только отдельные слова

 *Внешний вид больных* характерен: они оживлены, лицо часто гиперемировано, мимика живая, движения быстрые, усидеть на месте не могут, хватаются за различные дела, но ни одно из них не могут довести до конца. Аппетит чаще повышен, едят с жаднос­тью, быстро глотают плохо пережеванную пищу. Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необосно­ванные обещания.

 Наличие соматических расстройств не характерно для маниакальных больных. Жалоб не предъявляют, выглядят молодо, повышенное артериальное давление соответствует высокой активности пациентов, масса тела обычно повышается, но при выраженном психомоторном возбуждении снижается.

 Маниакальный синдром при маниакально-депрессивном психозе обычно не сопровождается возникновением истинных бредовых идей величия, хотя больные переоценивают свои воз­можности и свою роль в прошлой жизни. Эти высказывания, как правило, не достигают уровня бреда, носят характер сверхценных идей величия и не отличаются стойкостью.

 Выделяют несколько вариантов маниакального синдрома: весе­лая мания, наиболее характерная для маниакально-депрессивного психоза, непродуктивная мания, при которой повышенное настрое­ние и двигательное возбуждение не сопровождаются стремлением к деятельности, мания с дурашливостью, при которой повышенное на­строение с двигательным и речевым возбуждением сопровождается манерностью, детскостью, склонностью к нелепым шуткам.

**Задания для самоконтроля**

1. Наиболее частой причиной возникновения эйфории являются:

1. психогенные заболевания
2. шизофрения и шизоидная психопатия
3. эпилепсия и эпилептоидная психопатия
4. истерия и истероидная психопатия
5. экзогенные и соматогенные заболевания

2. Дисфории точнее всего соответствует эмоция:

1. Благодушия
2. Гнева
3. Тоски
4. Экстаза
5. Недоумения
6. Страха

3. Anaesthesia psychica dolorosa рассматривается как характерное проявление:

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

4. Эмоциональная ригидность рассматривается как характерное проявление:

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

5. Одновременное сосуществование взаимоисключающих чувств обозначают термином:

1. Парабулия
2. Гэмблинг
3. Пикацизм
4. Амбивалентность
5. Дромомания

6. Характерным проявлением депрессии считают:

1. Булимию
2. Слабодушие
3. Апатию
4. Ангедонию
5. Артериальную гипотонию

7. Типичным для депрессии расстройством сна считают:

1. сонливость в дневное время
2. неприятные и устрашающие сновидения
3. раннее утреннее пробуждение и отсутствие чувства сна
4. утреннюю сонливость и невозможность проснуться в требуемое время

8. К продуктивным расстройствам относят:

1. только апатию
2. апатию и депрессию
3. депрессию и манию
4. только манию

9. Типичная продолжительность депрессии составляет несколько:

1. Часов
2. Дней
3. Недель
4. Месяцев
5. Лет

10. Мании соответствует эмоция:

1. Гнева
2. Страха
3. Разочарования
4. Счастья
5. Недоумения
6. Благодушия

11. Типичным для мании явлением считают:

1. сонливость в дневное время
2. нормальную продолжительность сна
3. неприятные и устрашающие сновидения
4. сокращение продолжительности сна без чувства усталости
5. отсутствие чувства сна

12. Наиболее строгий надзор в отделении следует установить за больным с выраженной:

1. Депрессией
2. Манией
3. Апатией
4. Абулией

13. Наиболее вероятным прогнозом при мании считают:

1. постоянное прогрессирование
2. стабильное присутствие симптомов до конца жизни
3. волнообразное течение с усилением симптомов в утренние часы
4. исчезновение симптомов через несколько дней
5. исчезновение симптомов через несколько недель

14. Для депрессии характерны:

1. соматическое благополучие
2. мышечная и артериальная гипотония
3. тошнота и потливость
4. ком в горле и чувство нехватки воздуха
5. запоры и тахикардия

15. Для мании характерны:

1. соматическое благополучие
2. мышечная и артериальная гипотония
3. тошнота и потливость
4. ком в горле и чувство нехватки воздуха
5. запоры и тахикардия

**Ситуационные задачи**

**1.**Больной, 27 лет, с 18 лет диагностирована простая форма шизофрении. Последние 3 года нигде не работает, безучастен к своей судьбе. Неопрятен, с трудом удается искупать его, не причесывается, подолгу не меняет белье. Безразличен к родителям, не интересуется здоровьем отца (онкобольного). Не общается с прежними друзьями, полностью бездеятелен. Определите состояние эмоций у больного.

1)апатия;

2)эмоциональная тупость;

3)паралич эмоций;

4)лабильность эмоций.

2.больной страдает эпалепсией. Периодически внезапно меняется настроение, появляется злобность, раздражительность, недовольство окружающими. В этом состоянии на любое замечание реагирует агрессивно. Определите состояние больного.

1)депрессия;

2)агарофобия;

3)слабодушие;

4)дисфория;

5)амбивалетность.

Литература:

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