

ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет имени профессора  
В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Патологии воли и влечений»

Выполнил:  
Ординатор специальности психиатрия  
Литвинов Ю.С.  
Проверила:  
Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2023

## **Актуальность**

Расстройства воли и влечений относятся к группе психических заболеваний, которые оказывают значительное влияние на качество жизни и функционирование индивидуума. Актуальность изучения и понимания этих расстройств заключается в следующих аспектах:

1. Клиническое значение: Расстройства воли и влечений являются серьезными психиатрическими заболеваниями, которые могут приводить к значительным нарушениям в поведении, эмоциональной сфере и социальной адаптации пациента. Понимание причин, симптомов и механизмов этих расстройств помогает врачам в диагностике, лечении и поддержке пациентов.
2. Общественная значимость: Расстройства воли и влечений могут оказывать негативное воздействие на окружающих и общество в целом. Неконтролируемые влечения и нарушенная воля могут приводить к агрессивности, насилию, антисоциальному поведению и другим нежелательным последствиям. Понимание этих расстройств помогает разработать эффективные методы реабилитации и управления рисками для общества.
3. Исследовательский потенциал: Изучение расстройств воли и влечений позволяет расширить наши знания о функционировании мозга, психологических механизмах и биологических факторах, связанных с этими расстройствами. Исследования в этой области могут привести к разработке новых методов диагностики, лечения и профилактики расстройств воли и влечений.

## **Психологическая, физиологическая и клиническая характеристика волевых процессов.**

Поведение человека может быть произвольным и непроизвольным. Примером непроизвольного поведения является, поведение, когда действия человека полностью определяются ситуацией. Например, испытуемый, находящийся в пустой комнате, в центре которой на полу лежит футбольный мяч, скорее всего, подойдет и ударит по мячу.

В отличие от непроизвольного поведения, произвольное поведение сознательно направляется и регулируется. Преднамеренное действие осуществляется с помощью саморегуляции. Ее структура включает цель, которую стремится достигнуть человек; программу тех действий и операций, которые он должен осуществить, чтобы достигнуть ее; выяснение критериев успешности действий и сопоставление с ними реально полученных результатов действия; наконец, принятие решения о том, надо ли считать действие законченным или его следует продолжать, внося в него необходимые коррективы. Таким образом, саморегуляция преднамеренного действия предполагает произвольный контроль над его планированием и исполнением.

В структуре деятельности преднамеренные действия образуют ее высший уровень, им присущи сознательно поставленная цель и выбор средств, необходимых для достижения этой цели. Волевое действие, сохраняя все существенные признаки преднамеренного действия, включает в качестве необходимого условия преодоление трудностей. То или иное преднамеренное действие может принадлежать и не принадлежать к волевым, в зависимости от того, связано оно с преодолением трудностей или нет.

Воля – это сознательная организация и саморегуляция человеком своей деятельности и поведения, направленная на преодоление трудностей при достижении поставленных целей. Воля – это особая форма активности личности, особый вид организации ее поведения, определяемого поставленной ею самой целью.

Побуждения человека к действиям образуют определенную упорядоченную систему – иерархию мотивов – от потребностей в пище, одежде, укрытии от жары и холода до высших побуждений, связанных с переживанием нравственных, эстетических и интеллектуальных чувств. В том случае, если во имя высших мотивов тормозятся и сдерживаются низшие, в том числе, жизненно важные, это происходит за счет проявлений воли.

Фазами волевого процесса выступают:

- 1) возникновение побуждения и постановка цели;
- 2) стадия обсуждения и борьбы мотивов;
- 3) принятие решения;
- 4) исполнение.

Нейрофизиологической основой волевых актов являются сложные взаимодействия разных структур головного мозга, ведущими из которых являются корковые центры лобных долей (целенаправленность), пирамидные клетки (произвольные движения), ретикулярная формация (энергетическое снабжение корковых структур).

### **Патология воли.**

Патология волевой сферы представлена усилением, ослаблением, отсутствием и извращением волевой активности.

1. *Гипербулия* – болезненно повышенная волевая активность. Больные обнаруживают болезненно облегченную решимость, при которой любая идея немедленно реализуется, возможность правильного обсуждения снижена, а действия скоропалительны. Гипербулия – характерный симптом маниакального синдрома. Кроме того, гипербулию могут обнаруживать бредовые больные при реализации своих бредовых идей.

2. *Гипобулия* – болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удерживание какой-либо цели. Больные ничем не занимаются, вялы, пассивны, длительно сидят или лежат в одной позе с безразличным выражением лица. Крайняя степень гипобулии называется *абулией* (отсутствие воли) и проявляется отсутствием побуждений, утратой желаний, полной безучастностью и бездеятельностью, почти полным ограничением общения. Снижение воли часто сочетается с оскудением эмоций (вплоть до апатии) и определяет клинику *аптоабулического* синдрома (например при шизофрении). Абулия встречается так же при сенильных психозах, депрессии, астении.

3. *Парабулии* – извращение воли, представлены различными кататоническими симптомами:

*ступор* – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими;

*мутизм* – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;

*негативизм* – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);

*стереотипии* – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – *вербигерации*);

*пассивная подчиняемость* – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;  
*эхопраксия* – больной полностью повторяет все действия другого человека;  
*эхолалия* – повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращенный к нему, больной отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса;  
*каталепсия* (восковая гибкость) – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам больной не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.

### Синдромы нарушения воли.

*Кататония* – симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме *акинеза* (кататонический ступор) или в форме *гиперкинеза* (кататоническое возбуждение).

Для **кататонического ступора** характерно наличие повышенного тонуса мышц, который развивается как бы сверху вниз (жевательные мышцы, шейные и затылочные, далее мышцы плеч, предплечий, кистей рук и, в последнюю очередь, мышцы ног). Гипертонус может предстать в виде *ступора* или в виде *восковой гибкости (каталепсия)*. Кроме того, при кататоническом ступоре выявляются *негативизм, мутизм, пассивная подчиняемость*.

В соответствии с выраженностью и преобладанием тех или иных двигательных расстройств выделяют несколько разновидностей кататонического ступора, которые могут сменять друг друга:

- а) *ступор с восковой гибкостью*;
- б) *негативистический ступор*;
- в) *ступор с мышечным оцепенением*.

Для **кататонического возбуждения** характерно, лишенное внутреннего единства и целенаправленности, повышение двигательной активности, со стремлением к *движению* ( в отличие от стремления к *действию* при маниакальном синдроме), на фоне которого отмечаются такие симптомы как *стереотипии, эхо-симптомы, парамимия, негативизм, мимоговорение*. Может сопровождаться патетикой, экстазом, злобой, яростью, безразличием. Как разновидность психомоторного возбуждения представляет опасность и для себя и для окружающих лиц ( в т.ч. для мед.персонала).

В зависимости от преобладания тех или иных расстройств выделяют несколько разновидностей, которые представляют собой последовательные стадии развития кататонического возбуждения:

1. *растерянно-патетическое* возбуждение с экзальтированностью, восторгом, патетикой в поведении и речи;
2. *гебефрено-кататоническое* с кривлянием, гримасничаньем, нелепыми выходками, грубыми и циничными шутками, колебаниями настроения (от веселости до злобы);
3. *импульсивное* возбуждение в виде внезапных активных действий, нередко агрессивных (бьют окружающих, рвут одежду, ломают предметы, обнажаются, мажутся калом и пр.). Может быть «немым» или с выкриками, бранью;
4. *неистовое* кататоническое возбуждение сопровождается непрерывным беспорядочным и хаотическим метанием. Чаще «немое».

Ступор и возбуждение могут появиться изолированно, но могут и сменять друг друга.

В тех случаях, когда сознание остается не помраченным, кататонию называют *люцидной*. При таком варианте, кататония может быть в виде моносиндрома, а может сочетаться с бредом (кататано-бредовой синдром), галлюцинациями (кататано-галлюцинаторный), аффективными (кататно-депрессивный синдром) расстройствами. Среди же состояний помрачения сознания кататонии, обычно, сопутствует онейроидное помрачение (*онейроидная кататония*). Кататонический синдром чаще всего встречается при шизофрении.

## **Психомоторные расстройства.**

Двигательные расстройства довольно обычны при психических расстройствах, особенно психотического уровня. Именно внешнее поведение обращает на себя внимание окружающих в первую очередь, именно результат такого поведения является важнейшим критерием (поводом) для оценки состояния как чего-то не нормального, не адекватного, наконец угрожающего. Разные психопатологические состояния могут приводить к двигательным расстройствам различного содержания. Однако условно все они делятся на гиперкинетические (психомоторное возбуждение) и на гипокINETические (психомоторная заторможенность, ступор) формы. Паракинетические (извращения) чаще всего предстают в виде кататонических расстройств (см. выше).

### **Синдромы психомоторных расстройств.**

Особенно важное значение в клинической практике имеют разные варианты психомоторного возбуждения, поскольку такие больные могут представлять опасность и для себя и для окружающих, в связи с частыми агрессивными (аутоагрессивными) тенденциями во время возбуждения. Поэтому состояния с двигательным (психомоторным) возбуждением являются экстренными психиатрическими ситуациями и требуют немедленного купирования.

Кроме уже описанных *кататонического* и *маниакального* возбуждений, выделяют так же следующие варианты.

*Тревожное* – в виде метаний, стенаний, причитаний (по типу вербигераций), взываний о помощи, заламываний рук, с возможными самоповреждениями, неожиданными суицидальными попытками. Является проявлением тревожной депрессии.

*Галлюцинаторное* – вызвано галлюцинаторными переживаниями, сопровождающимися выраженным эмоциональным компонентом. Целиком определяется содержанием самих галлюцинаций, которые в таких случаях как правило носят угрожающий, императивный характер. Больные спасаются, бегут, отмахиваются, нападают, прячутся. При этом резко противятся при попытке оказать им помощь. Чаще всего такое состояние разворачивается на фоне помраченного сознания, что еще больше затрудняет контроль и коррекцию со стороны.

*Бредовое* – так же целиком определяется содержанием бредовых переживаний. Чаще это бред преследования, воздействия, ревности и др., и носит острый характер

*Эпилептическое* – сопутствует дисфории и обычно связано с каким-то внешним поводом, вызвавшим недовольство больного. Возбуждение сопровождается гневной или яростной реакцией, агрессией и разрушительными действиями, выкриками, угрозами и ругательствами. Может длиться в однообразном виде довольно долго.

*Гебефреническое* – в виде поясничанья, дурашливости, кривляний, гримасничаний, шутовского копирования поступков и слов окружающих. Придумывают экстравагантные наряды (с использованием белья, газет, тряпок и т.п.), пристают к окружающим с неуместными и циничными вопросами, пытаются чем-либо помешать окружающим (бросаются под ноги, толкают, хватают за одежду). Отмечаются элементы регресса поведения (едят стоя, без ложки, отплевывая и чавкая). В таком состоянии они то веселы, не к месту смеясь и гогоча, то хныкают и визжат или рыдают и воют, то становятся злобными и агрессивными. Чаще

встречается в молодом возрасте при шизофрении. Не редко сочетается с кататоническим с-м ( гебефренно-кататонический синдром).

*Импульсивное* – в виде внезапного начала. Чаще это вариант кататонического возбуждения.

*Истерическое*- всегда спровоцировано ситуацией ( психогенная обусловленность) и носит демонстративный характер в виде разнообразных гиперкинезов, вплоть до имитации эпилептического припадка. ( подробнее в разделе об истерии)

*Аффективно-шоковое* ( реактивный психоз)- в ситуации массивной угрозы жизни ( подробнее в соответствующем разделе).

Для быстрого купирования самого психомоторного возбуждения чаще всего применяют препараты с седативным эффектом: нейролептики ( например аминазин, тизерцин), транквилизаторы ( реланиум, седуксен), оксибутират натрия и др. в виде инъекций.

При кататоническом, галлюцинаторном, бредовом, маниакальном возбуждениях сочетают с нейролептиками с антипсихотической активностью ( галоперидол) и чаще вводят смесь , состоящую из 2-4 мл аминазина и 2-4 мл галоперидола.

*Ступорозные* состояния так же отличаются большой вариабельностью. Кроме описанных кататонического и депрессивного выделяют следующие варианты.

Галлюцинаторный, бредовой, истерический, аффективно-шоковый, апатический, коматозный.

## **Расстройства влечений.**

Эти нарушения, так же как характерологические аномалии, проявляются главным образом поведенческими расстройствами. Чаще всего они представлены в качестве симптомов какого-либо психического заболевания, однако могут быть рассмотрены и как самостоятельная данность. Общей чертой импульсивных действий и влечений является то, что они характеризуются повторяющимися поступками без ясной рационализации мотивации, которые в целом противоречат интересам самого больного и других людей.

**Импульсивные действия** чаще всего представляют собой симптом тяжелого психического заболевания. Они характеризуются внезапностью, возникают спонтанно и не контролируются сознанием. Больные совершают немотивированные агрессивные и аутоагрессивные поступки, пытаются куда-то бежать или совершать какие-либо иные неадекватные действия.

**Импульсивные влечения** также характеризуются не контролируемым рассудком стремлением к совершению действий, поведению, не вытекающему из установок личности и часто не только не совместимыми с интересами больного, но и опасными своими последствиями.

**Патологическая склонность к азартным играм (F63.0)** последнее время встречается наиболее часто. Пациенты испытывают неодолимое влечение к посещению казино, залов игровых автоматов и т.п., где из раза в раз проигрывают имеющуюся наличность. Неконтролируемое чувство азарта заставляет делать это вновь и вновь, в ущерб работе, учебе, семье, другим интересам. Чтобы расплатиться с долгами или добыть деньги для игры, пациенты не останавливаются ни перед чем вплоть до откровенной лжи и правонарушений.

**Патологические поджоги (пиромания) (F63.1)** – непреодолимое и неосознанное стремление к поджогам собственности или других объектов без очевидных мотивов.

**Патологическое воровство (клептомания) (F63.2)** – непреодолимое влечение к краже предметов, что не связано с необходимостью в них или материальной выгодой.

**Дромомания** - стремление к бродяжничеству. Без какой-либо осознанной цели больные оставляют семью, работу и, часто даже не имея необходимых средств, уходят из дома, отправляются в поездку и т.п.

**Дипсомания** – непреодолимое влечение к употреблению алкоголя. Обычно носит запойный приступообразный характер. В межприступные периоды может наблюдаться абсолютное воздержание и отсутствие даже психической зависимости от спиртных напитков (в отличие от запойного пьянства и алкоголизма).

К этой рубрике также примыкают нарушения идентификации пола (F64) и расстройства сексуального предпочтения (F65). В первом случае отмечается поведение, не соответствующее биологическому полу пациента, стремление носить одежду противоположного пола (трансвестизм), чувство полового дискомфорта с желанием подвергнуться гормональному или хирургическому лечению. Во втором случае речь идет об изменении способа получения сексуального удовлетворения (эксгибиционизм, садизм, мазохизм), либо объекта полового влечения (педофилия, зоофилия, геронтофилия, некрофилия).

Гомосексуализм и бисексуализм в МКБ-10 не рассматриваются в качестве расстройства, однако эти варианты сексуальной ориентации могут обуславливать проблемы для индивидуума и поэтому подлежат соответствующей кодировке (F66.x0, x1, x2).

Грубые нарушения сексуального поведения чаще всего наблюдаются психопатических личностей и умственно отсталых, а также при тяжелых психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, старческое слабоумие).

#### **Вывод.**

Расстройства воли и влечений представляют серьезные психические заболевания, которые влияют на функционирование и качество жизни пациентов. Они могут проявляться через изменения волевого контроля, мотивации и эмоциональных реакций.

Понимание причин и механизмов расстройств воли и влечений является ключевым для разработки эффективных методов диагностики и лечения. В настоящее время врачи психиатры используют различные подходы, включая фармакотерапию и психотерапию, для управления симптомами и повышения качества жизни пациентов.

Эти расстройства часто сопровождаются нарушениями социальной адаптации, межличностными конфликтами и нарушениями психического здоровья.

#### **Список используемой литературы.**

1. Парамонова, О.Е., & Колесникова, М.В. (2019). Клиническая психопатология: учебник. Москва: Юрайт.
2. Дмитриева, Т.Б., & Медведева, Т.Н. (2019). Психиатрия: учебник. Москва: Медпрактика-М.
3. Виноградова, Т.А., & Серебrenникова, И.В. (2019). Руководство по психиатрии. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
4. Голощапова, Н.С., & Воробьева, О.В. (2019). Руководство по клинической психиатрии. Москва: Эксмо.
5. Корнилов, Н.В., & Королева, Е.А. (2018). Психиатрия: учебник. Санкт-Петербург: СпецЛит.





РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психологии и наркологии с курсом ПП  
(наименование кафедры)

Рецензия \_\_\_\_\_  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психология  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Психология боли и вмешаний

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	++
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	5/5
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Подпись рецензента

(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(ФИО ординатора)