

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

На тему: Расстройства сознания

Выполнил: ординатор 1 года специальности "Психиатрия"

Тубашев Александр Витальевич

Проверил: ДМН, доцент

Березовская Марина Альбертовна

Красноярск, 2024

Содержание

Актуальность.....	3
Количественные расстройства сознания (выключения сознания).....	5
Обнубиляция сознания.....	5
Оглушение сознания.....	5
Сомнолентность.....	6
Сопор.....	6
Кома.....	6
Качественные расстройства сознания (помрачение сознания).....	7
Делирий.....	7
Онейроид.....	11
Сумеречное помрачение сознания.....	12
Выводы.....	14
Список литературы.....	15

Актуальность

Сознание — свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире.

Сознание характеризуют следующие психологические свойства: Активность - действия человека обусловлены не столько внешней ситуацией, сколько внутренними целями. Кроме того, это указывает на значительную устойчивость деятельности в отношении принятой цели. Поведение человека нельзя определить термином «приспособляемость», на пассивное уподобление предметам оно похоже меньше всего; Интенциональность - направленность на объект. Другими словами, сознание — это всегда сознание чего-то, какого-то конкретного объекта или явления; Самонаблюдение или рефлексия, то есть осознание самого себя. Вместе с тем рефлексия предполагает осознание мотивационно-ценностных аспектов происходящего, то есть оценку объектов в их отношении к индивидууму;

Следует подчеркнуть, что сознание, как социальный по своему происхождению феномен, тесно связано с речевыми процессами. В сущности своей сознание — это мировой опыт всех поколений человеческого общества, отпечатанный в психике индивида в виде более или менее законченной словесно-логической структуры. Осознанным в этом смысле можно считать лишь то, что имеет словесно-логическое выражение. Впечатления, образы, действия, не включенные в эту структуру, мы должны считать следовательно, неосознанными.

Есть значительные противоречия в определениях сознания, что связано с тем, что этот термин в разных ситуациях используется в разных значениях, в том числе в медицине можно найти три таких значения:

- 1) Сознание как состояние бодрствования. В общем определяется способностью реагировать на происходящее вокруг, возможность активной умственной и физической деятельности. Отличается от состояния сна и состояний утраты сознания. Состояние бодрствования обеспечивается оптимальной функциональной активностью всего мозга, особое значение в поддержании состояния бодрствования играет ретикулярная формация ствола мозга.
- 2) Сознание как осознанное бытие; способность осмысленно воспринимать действительность во всей целостности событий; позволяет ориентироваться в действительности, времени и собственной личности, обеспечивает преемственность опыта,

непрерывность и последовательность психической деятельности, объединяет знания об объективном мире и субъективные переживания. Человек может бодрствовать, но быть не в состоянии осмысленно оценивать происходящее. В наиболее общем виде под ясным сознанием в этом контексте понимают полностью правильное понимание действительности. Однако значительная часть психических расстройств, например, бред и галлюцинации тем или иным образом искажают понимание действительности человеком, поэтому в психиатрии термин «ясное сознание» стараются не использовать, а непосредственно сознание оценивают как способность правильно ориентироваться в происходящем вокруг, а также целно и последовательно воспринимать и понимать происходящее.

- 3) Сознание как полное и точное осознание действительности; «способность идеального воспроизведения действительности; знание о мире, включающее представление о роли и месте человека в нем, о „смысле жизни“; о свободе человека...». Многие психопатологические симптомы могут нарушать точное понимание действительности, поэтому обобщенную оценку сознания в психиатрии избегают, давая оценку двум первым уровням в отдельности
- 4) Также выделяют самосознание — осознание себя, своей идентичности, своих психических процессов. Сложный феномен, базирующийся на различных переживаниях «Я»: витальности - чувство личного реального бытия, существования, активности - чувство возможности управления самим собой, своими устремлениями и пр., целостности - ощущение себя, своего тела, психики как единого, нераздельного целого, идентичности - ощущение постоянства себя, несмотря на биологические и социальные изменения, происходящие во времени и границ «Я» - возможность различать, что принадлежит нашему «Я», а что не принадлежит. К непосредственным нарушениям самосознания относят обычно деперсонализацию и дереализацию.

Среди расстройств сознания принято выделять количественные (выключения сознания: обнубиляция, оглушение, сомнолентность, сопор, кома) и качественные (помрачения сознания: делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания).

Количественные расстройства сознания (выключения сознания)

Состояния выключения сознания определяются через оценку уровня бодрствования. По уровню выключения сознания выделяют обнубиляцию, оглушение, сомнолентность, сопор и кому. Выключения сознания встречаются при интоксикациях (алкоголь, угарный газ и т.д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях центральной нервной системы. Состояния выключения сознания свидетельствуют о тяжелом соматическом или неврологическом состоянии пациента и требуют оказания неотложной помощи по основному заболеванию.

Обнубиляция сознания

Обнубиляция — «облачность сознания», «вуаль на сознании». Реакции больных, в первую очередь речевые, замедляются. Появляются рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Часто отмечается беспечность настроения. Такие состояния в одних случаях продолжаются минуты, в других, например, при некоторых начальных формах прогрессивного паралича или опухолей головного мозга, существуют продолжительные сроки.

Оглушение сознания

Оглушение — легкая степень выключения сознания. Основные проявления оглушения — повышение порога возбудимости для всех внешних раздражителей. Характерна отрешенность от происходящего вокруг, обычно складывается впечатление, что человек в этом состоянии пребывает в некой полудреме, от которой не может очнуться; на внешние стимулы он реагирует ограниченно, сложные вопросы не в состоянии осмыслить, а на простые дает односложные ответы (например, обычно может назвать свое имя, возраст), после дополнительных повторений способен выполнить некоторые инструкции — например, открыть рот, высунуть язык и пр. Больные безучастны, окружающее не привлекает их внимания, задаваемые им вопросы воспринимают не сразу, и способны осмыслить из них лишь сравнительно простые или только самые простые. Мышление замедлено и затруднено. Словарный запас обеднен. Ответы

односложные, часто встречаются персеверации. Представления бедны и неотчетливы. Двигательная активность снижена, движения совершаются больными медленно; отмечается двигательная неловкость. Обеднены мимические реакции, выражено нарушение запоминания и репродукции. Продуктивные психопатологические расстройства отсутствуют. Они могут наблюдаться в рудиментарной форме лишь в самом начале оглушения. Период оглушения обычно полностью или почти полностью амнезируется.

Сомнолентность

Сомнолентность — состояние полусна, большую часть времени больной лежит с закрытыми глазами. Спонтанная речь отсутствует, но на простые вопросы даются правильные ответы. Более сложные вопросы не осмысляются. Внешние раздражители способны на некоторое время ослабить симптомы обнубиляции и сомнолентности.

Сопор

Сопор — патологический сон. в этом случае речевому контакту пациент недоступен, не только не отвечает на вопросы окружающих, но и не выполняет словесные инструкции. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесное общение с больным невозможно. Тем не менее присутствует реакция на боль — на болевые раздражители (уколы, щепки) — может открывать глаза и/или осуществлять простейшие относительно целенаправленные движения (носят больше защитный характер — как бы пытается отстранить источник болевых ощущений или отдернуть руку).

Кома

Кома — в этом состоянии утрачивается способность как-либо реагировать на боль (может быть нецеленаправленная и некоординированная реакция в виде сгибания или разгибания, отражающая декортикационную или децеребрационную ригидность). При ухудшении состояния происходит постепенное угнетение витальных функций (в первую очередь дыхания).

Качественные расстройства сознания (помрачение сознания)

Состояния помрачения сознания определяют как утрату способности правильно осознавать происходящее вокруг. В этом смысле многие психические нарушения можно было бы оценивать как нарушения сознания, так как они так или иначе искажают понимание действительности человеком. Но в непосредственном смысле к нарушениям сознания относят состояния, характеризующиеся совокупностью следующих признаков, называемые критериями К.Ясперса:

1. Отстраненность от реальности, которая возникает из-за отрывочности и ослабления восприятия и понимания происходящего.
 2. Дезориентировка - вытекает из нарушения понимания происходящего вокруг. Она может быть аллопсихической — в месте, времени, ситуации, окружающих лицах; аутопсихическая — собственной личности. Во многих случаях утрата ориентировки в собственной личности свидетельствует о тяжелом состоянии, в том числе с присоединением симптомов выключения сознания. Для дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что нарушение дезориентировки может быть также обусловлено выраженными и стойкими интеллектуально-мнестическими расстройствами такими как деменция, Корсаковский синдром.
 3. Нарушение связности переживаний. Также возникает из-за нарушений восприятия, мышления и запоминания; может приводить к непонятному и непредсказуемому поведению и эмоциональным реакциям.
 4. Амнезия периода нарушенного сознания - связана с тем, что раз пациент не был в состоянии воспринять и понять то, что с ним происходило, то и запомнить этого он не мог. Амнезия может быть тотальная или частичная, например, только в отношении происходившего вокруг, но не своих переживаний, или, в случае ундулирующего течения помрачения сознания, на какие-то отдельные промежутки времени.
- Выделяют делирий, онейроид и сумеречное помрачение сознания.

Делирий

Делирий — наиболее частый вариант помрачения сознания, может возникать в ответ на любые внешние вредности, в том числе в связи с интоксикациями, тяжелыми соматическими заболеваниями, в остром периоде черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения др.

Клиническая картина:

— Все признаки помрачения сознания (критерии К.Ясперса):

Делирий — наиболее частый вариант помрачения сознания, может возникать в ответ на любые внешние вредности, в том числе в связи с интоксикациями, тяжелыми соматическими заболеваниями, в остром периоде черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения др.

Клиническая картина:

— Все признаки помрачения сознания (критерии К.Ясперса):

7

— Дополнительно: Возможны иллюзии, истинные галлюцинации, часто зрительные и вторичный бред. Эмоциональные нарушения: беспокойство, тревога, страх, «реакции ужаса»; быстрая смена эмоций. Психомоторные нарушения: состояния двигательного беспокойства, возбуждения вплоть до выраженного, в том числе с ауто- и гетероагрессивным поведением. Нарушения ночного сна: кошмары, бессонница.

Обычно состояние возникает в течении часов, дней, характерны суточные колебания выраженности с ухудшением в ночное время.

Течение зависит от вызвавших причин. Например, при делирии, вызванном интоксикациями, длительность определяется временем нахождения токсичных веществ в крови.

В среднем длительность делирия обычно составляет несколько дней, но может значительно варьировать от часов до недель и даже месяцев.

Так как в основе делирия как помрачения сознания лежат нарушения познавательных процессов (восприятия, мышления и понимания, внимания, запоминания), это состояние, особенно у пожилых больных, требует дифференциальной диагностики с деменцией. В отличие от деменции, делирий развивается быстро, состояние познавательных процессов изменчиво, как эмоциональные реакции и психомоторная сфера, ухудшение характерны для ночного времени, свойственны обманы восприятия, такие как иллюзии, галлюцинации. При деменции интеллектуально-мнестическое снижение выражено и стойко, для нее характерно в той или иной степени постепенное развитие. При этом необходимо учесть, что делирий может развиваться на фоне деменции.

В современных классификациях болезней в рамках диагноза делирия объединяют, на основе общности патогенеза и лежащих в основе расстройств познания, две категории, которые прежде чаще рассматривали самостоятельно — делирий с яркими истинными галлюцинациями, а также состояние, которое во всем мире называют описательным термином «спутанность сознания». В действительности эти два варианта являются лишь двумя противоположными полюсами одного континуума, между которыми существует множество переходных состояний.

Делирий как «галлюцинаторное помрачение сознания». Более характерен для состояний, связанных с употреблением алкоголя и интоксикациями другими психоактивными веществами, хотя близкая картина иногда может быть и при соматических и неврологических заболеваниях, таких как черепно-мозговых травмах, острых нарушениях мозгового кровообращения.

В клинической картине помимо общих симптомов, характерных для делирия, представлены яркие иллюзии, истинные галлюцинации, чаще всего зрительные, чувственный бред, обычно преследования; конкретное содержание бреда при этом часто изменчиво, отражает содержание

8

переживаемых галлюцинаторных образов и отдельные элементы окружающей действительности.

Обычно развитие такого делирия проходит несколько стадий:

1. На инициальном этапе появляются общая взбудораженность, беспокойство, суетливость. У пациентов выражена гиперестезия, внимание неустойчиво, не может надолго сосредоточиться на одном занятии, изменчиво настроение. На этом этапе нарушается сон — не могут заснуть, ночью часто просыпаются, мучают яркие кошмарные сновидения.

2. На стадии иллюзорных расстройств к картине первого этапа присоединяются зрительные парейдолии, чаще устрашающего характера. В узоре на обоях начинают видеть какие-то причудливые меняющиеся картины, не могут избавиться от этих видений, хотя могут относиться к ним с критикой. При засыпании возможно развитие отдельных галлюцинаций.

3. На стадии истинных галлюцинаций к картине второго этапа присоединяются истинные галлюцинации, чаще всего зрительные, но также могут быть и слуховые, и тактильные. Видения, отражая утрату связности психических процессов при помрачениях сознания, также сменяют друг друга достаточно неожиданно, без ясной смысловой связи, но обычно все они имеют угрожающий или какой-либо неприятный характер. Достаточно часто галлюцинации мелкого размера, но могут быть и обычного размера. На основе этих галлюцинаций формируется вторичный чувственный бред, также нестойкий, его содержание преимущественно определяется испытываемыми в настоящее время галлюцинациями. Эмоции и действия человека, находящегося в состоянии делирия, также непредсказуемы и соответствуют содержанию переживаемого им в данный момент. Обычно выражена аллопсихическая дезориентировка: путает дату, чаще всего в пределах нескольких дней, не понимает, где он, куда его привезли.

Течение делирия, как было отмечено выше, обычно ундулирующее — т.е. возможные светлые промежутки, «люцидные окна», в которых у пациента нет продуктивной симптоматики, но затем они достаточно быстро могут смениться новым наплывом галлюцинаций. Галлюцинаторная симптоматика обычно усиливается ночью и при сенсорной депривации.

В многопрофильных стационарах складывается достаточно характерная ситуация: алкогольный делирий обычно начинается спустя несколько дней после поступления в стационар как осложнение абстинентного синдрома, в этом случае первые проявления делирия замечают соседи больного по палате — ночью в темноте он становится суетлив, что-то собирает, копошится под кроватью и пр. Соседи по палате обращаются к дежурной медсестре, та включает в помещении свет, разговаривает с больным, затем вызывает дежурного врача, а когда тот приходит, больной, оглядевшись по сторонам, в большинстве случаев успевает уже правильно

сориентироваться, галлюцинации у него исчезают, и он начинает их отрицать, объясняя свое галлюцинаторное поведение бытовыми факторами. В этом случае для врача будет важно использовать пробы на скрытые галлюцинации.

При устранении причины, вызвавшей делирий, сознание обычно быстро восстанавливается, завершение делирия часто критическое — после длительного медикаментозного сна.

«Спутанность» сознания — в этом случае в большей степени преобладают нарушения познавательных способностей с симптомами двигательного и эмоционального беспокойства, в том числе связанного с непониманием происходящего вокруг. Беспокойство обычно приводит к постоянным сборам, несвязным метаниям, попыткам куда-то уйти, позвать на помощь и пр. Мышление нарушено вплоть до бессвязного, речь с многочисленными персеверациями, поэтому зачастую пациенты никак не могут объяснить, что же их собственно беспокоит и куда они стремятся. Обычно дезориентированы во времени, часто ошибаются в дате достаточно существенно, месте, ситуации, иногда в собственной личности, могут существенно путать свой возраст, иногда не в состоянии правильно назвать себя. Галлюцинации обычно если и есть, то чаще в небольшом количестве, при этом они не определяют поведения пациента. Спутанность характерна для соматически ослабленных больных, особенно пожилых. Часто она развивается на фоне уже имеющейся деменции. Провоцирует развитие спутанности обычно какое-либо неблагополучие в соматической сфере у этих больных: инфекции, нарушения мозгового кровообращения, интоксикации, в том числе некоторыми лекарствами, поэтому при развитии спутанности обязательно должно проводиться соматическое обследование больных.

Спутанность обычно также имеет ундулирующее течение с ухудшением в ночное время — появляется суетливость, больные начинают собирать вещи, не узнают и не слушают своих родных и медперсонал, могут со злобой реагировать на попытки их остановить.

Тяжело протекающий делирий отражает присоединение симптомов выключения сознания в связи с утяжелением соматического и/или неврологического состояния пациента. Выделяют: профессиональный делирий — угнетение сознания приводит к тому, что среди переживаний больных остаются только те, что связаны с наиболее автоматизированной для них деятельностью. Обычно такой деятельностью является работа. Данные пациенты обычно уже не в состоянии встать с постели, но активно размахивают руками, будто бы выполняя профессиональную деятельность. Так как для многих лиц, страдающих алкоголизмом, наиболее прочно усвоенным «профессиональным» навыком является ситуация, связанная с

застольем и употреблением алкоголя, у многих из них в этом состоянии переживания связаны именно с этим; мусситирующий делирий — еще большее угнетение сознания приводит к тому, что у пациентов сохраняется лишь возбуждение в пределах постели, мышление теряет какую-либо связность, больные невнятно что-то бормочут, речь бессвязная, судить о содержании переживаний в этом состоянии невозможно. Обычно продуктивному речевому контакту больные практически не доступны, иногда могут лишь ответить на самые простые вопросы. После выхода из этого состояния характерна тотальная амнезия; аменция — иногда выделяется как самостоятельный тип помрачения сознания, но по сути является вариантом делирия в сочетании с симптомами выключения сознания до уровня оглушения. Речь и мышление бессвязны, лицо зачастую выражает растерянность, отмечается хаотичное возбуждение в пределах постели, обирают себя, продуктивный контакт невозможен, больные соматически ослаблены.

Нарастание симптомов выключения сознания при делирии свидетельствует о тяжести состояния больного и неблагоприятном прогнозе.

Онейроид

Онейроидное помрачение сознания — «сновидное», грезоподобное помрачение сознания — помрачение сознания с наплывом фантастических сноподобных псевдогаллюцинаций, фантастическим чувственным бредом и двигательными расстройствами. Критериями онейроида являются: зрительные представления и псевдогаллюцинации. Следуют одни за другими так, что одна ситуация как бы вытекает из другой — сценородность, сноподобность — подобно тому как мы видим сон, только этот «сон» пациент видит в состоянии бодрствования и не может от него избавиться. Эти образы могут переплетаться с деталями окружающей обстановки, например, больной чувствует себя в пучине моря, которое изображено на фотообоях в его палате, или восприниматься изолированно от того, что окружает пациента; «перевоплощение» — больные ощущают себя участниками действия, становятся героями грез — от каких-либо известных исторических персонажей, например Жанны д'Арк, до совершенно неестественных перевоплощений — больной говорит, что он превратился в «13-е зодиакальное созвездие Сковороды», находятся в «центре борьбы добра и зла». Часто это сопровождается чувством восторженности, недоумения либо полного ужаса; характерна отрешенность от окружающего — погруженность в свои переживания, в то время как реальную обстановку воспринимают лишь частично. Часто

можно отметить «двойную ориентировку» — больной одновременно признает, что он физически находится здесь, но на некоем другом плане он находится совершенно в другом мире. Например, больная при поступлении в стационар говорит, что чувствует, будто «одновременно» физически находится в приемном покое больницы, а какая-то часть ее «в это время ползет улиткой по склону лунного кратера»; переживания как бы «поглощают», «заораживают», «зачаровывают» больных до состояния двигательного оцепенения — т.е. проявления от кататонического субступора с периодами обездвиженности вплоть до развернутого кататонического ступора; после выхода из состояния обычно наблюдается частичная амнезия реальных событий, воспоминания о болезненных переживаниях сохранены лучше; наблюдается преимущественно при шизофрении. В этих случаях полное развитие онейроида обычно проходит ряд стадий: дереализации, иллюзорных, галлюцинаторно-бредовых расстройств и т.п., что занимает достаточно большое время. Длительность онейроида обычно составляет недели. В мировой психиатрии данный вид помрачения сознания в настоящее время описывается редко.

Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное сознание; «сумерки» — внезапная и кратковременная, до минут, иногда часов, дней — реже более продолжительные сроки, утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего или с его отрывочным и искаженным восприятием при сохранении привычных автоматизированных действий.

Для сумеречного помрачения сознания характерно: внезапное возникновение и завершение; нарушение восприятия окружающего: от фрагментарного восприятия до полной отрешенности и дезориентировки; в двигательной сфере: от внешне упорядоченного автоматизированного поведения до выраженного возбуждения; после выхода из помрачения сознания — полная амнезия на реальные события и свои переживания, зачастую после выхода — слабость, тяга ко сну, поэтому засыпают в неподходящих местах; длительность — в большинстве случаев от нескольких минут, реже до нескольких часов.

Выделяют следующие варианты: амбулаторные автоматизмы — во время помрачения сознания человек совершает автоматизированные действия, поведение внешне может выглядеть правильно, выражение лица отрешенно-угрюмое, высказывания стереотипны или отсутствуют. Если сопровождается произвольным блужданием: в бодрствующем состоянии — fuga (несколько минут) или транс (более продолжительное время, в том

числе с уходами из дома, путешествиями); во время сна — сомнамбулизм. Галлюцинаторно-бредовое сумеречное помрачение сознания — продуктивному контакту больной недоступен, но по его поведению можно предположить, что во время помрачения сознания он испытывает различные виды галлюцинаций, вместе с которыми формируется вторичный чувственный бред. Дополнительно присутствуют аффективные расстройства — выраженный страх, тревога, злоба, восторженность, экстаз. Иногда они могут сопровождаться резко выраженным возбуждением с агрессией и разрушительными действиями. К счастью, такие состояния относительно редки, обычно они становятся предметом разбирательства судебно-психиатрических экспертов.

Отдельно обозначают варианты сумеречного помрачения сознания, возникшие в условиях, которые заставляют их дифференцировать с «физиологическими» состояниями. Обычно эти случаи связаны с совершением правонарушений и последующей судебно-психиатрической экспертизой: Патологическое опьянение — сумеречное помрачение сознания, развившееся на фоне употребления небольшого количества спиртного. Дифференцируют с состоянием обычного опьянения. Патологический аффект — сумеречное помрачение сознания, развившееся в ответ на психотравмирующее событие. Дифференцируют с физиологическим аффектом.

Считается, что сумеречное состояние сознания может развиваться у больных с эпилепсией, как эквивалент эпилептического параксизма или как вариант бессудорожного эпилептического статуса, органическим поражением головного мозга. В мировой психиатрии данный вид помрачения сознания в настоящее время описывается редко.

Выводы

1. Сознание — свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире. Сознание интегрирует в себе все сферы психической деятельности и реализует их во внешнем мире;
2. В связи с генетической предрасположенностью, внешними факторами сознание может нарушаться, что приводит к различным психическим расстройствам, негативно влияющим на жизнедеятельность пациентов;
3. Расстройства сознания классифицируются на угнетение и помрачение сознания. Каждое расстройство сознания выделяется как общими критериями, так и характерными особенностями, что важно иметь в виду не только для врача-психиатра, так и для врачей других специальностей;
4. Расстройства сознания - тяжёлое состояние, характеризующее усугубление патологий пациентов. Диагностика любого нарушения сознания нуждается в неотложной медицинской помощи со стороны грамотных специалистов в области медицины.

Список литературы

1. Жмуров В. А. / Психиатрия/ М.: МЕДпресс-информ, 2018 г.
2. Киселёва Ю. В. / Общая психопатология: учебно-методическое пособие / 2021 г.
3. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. / Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / 3-е изд. стер. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
4. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. / Психиатрия. Национальное руководство. Вторая редакция. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
5. Тиганов А. С. Общая психопатология. / 2021 г.