

Красноярский государственный Медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.
Кафедра «Психиатрии наркологии и ПО»

Тема: Нарушения мышления при органических поражениях головного
мозга.

Выполнил: Супрунов А.А.,
Врач-ординатор
Проверил: Березовская М.А.,
Доктор медицинских наук,
Доцент.

Красноярск 2018

Содержание

1.Введение-----	3
2.Формы нарушения мышления-----	4
3.Нарушения мышления при поражениях мозга-----	10
4.Психоорганический синдром -----	18
5.Психотические осложнения и течение -----	19
6.Список использованной литературы-----	21

Введение

Одной из важнейших сфер человеческой психики является мыслительная, идеаторная сфера, сфера мышления. Мышление - это процесс познавательной деятельности индивида, который заключается в опосредованном и обобщенном отражении действительности. Мышление считается вершиной познавательной деятельности человека. Это активная форма творческого отражения и преобразования человеком окружающей действительности, получение новых знаний, творческое преобразование имеющихся представлений. Мышление - это движение идей, раскрывающее суть вещей. Основным элементом мышления является понятие. Мыслительные операции включают в себя анализ, синтез, сравнения и обобщения, абстракцию и конкретизацию с последующим переходом к образованию понятий. Процесс образования ассоциаций может нарушаться самым различным образом. Знание различных особенностей патологии сферы мышления актуально для врача общего профиля в силу их относительно широкой распространенности на практике и в силу той социальной опасности, которую представляет ряд больных с расстройствами мышления. Умение диагностировать и оказывать необходимую медицинскую помощь подобным больным обязан каждый врач.

Формы нарушения мышления.

1. Мышление заторможенное - проявляется в затрудненности, замедленности или в отсутствии способности к речевым высказываниям при явном желании больного говорить; замедление процесса возникновения ассоциаций, уменьшение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени. Мысли и представления образуются с трудом, их мало, содержание однообразно и бедно. Больные субъективно жалуются на утрату способности к мышлению, интеллектуальное отупение. Такого рода жалобы особенно часто встречаются в эндогенных депрессиях. Уменьшение числа ассоциаций - их бедность - сопровождается нередко моноидеизмом - доминированием в сознании больного какого-либо одного представления или идеи. -Заторможенность процессов мышления при органической патологии (эпидемический энцефалит, состояние после отравления СО, синдром Паркинсона в начале и в конце экзогенных типов реакций и т.д.) обозначается термином брадипсихизм (брадифрения).

2. Ускорение процесса мышления – увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения. Непрерывно возникающие мысли, суждения, умозаключения становятся более поверхностными, обусловленными случайными связями. Мышление приобретает крайнюю отвлекаемость с преобладанием образных представлений, над абстрактными идеями. В выраженных случаях ускорение мышления достигает степени скачка идей, вихря мыслей и представлений. Тема мышления, постоянно меняется, часто .в зависимости от созвучия произносимых слов, предмета, случайно попавшего в поле зрения.

3. Ментизм - непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, наплыв образов, представлений, «вихрь идей», ни на одной из которых больной не может задержать своего внимания. Содержание мыслей и представлений, а также

реакция на них самого больного носит тягостный характер. Эта черта отличает ментизм от ускоренного мышления вообще, вариантом которого является данное расстройство. Очень часто ментизм встречается в клинике шизофрении, нередко входя в структуру синдрома Кандинского-Клерамбо.

4. Мышление амбивалентное – характеризуется одновременным возникновением и сосуществованием противоположных, противоречащих по содержанию друг другу мыслей.

5. Мышление аутистическое - мышление, опирающееся не на факты реальной жизни, а на переживания, обусловленные внутренним миром больного - его субъективными установками, желаниями, фантазиями. Аутистически мыслящий больной не обращает внимания на противоречия с действительностью.

6. Мышление аффективное - использует суждения и умозаключения, основывающиеся не на логических посылках и реальных обстоятельствах, а на преобладающих в данный момент эмоциях и желаниях.

7. Мышления вязкое (тугоподвижное) - определяется замедленностью мыслительных процессов, обеднением ассоциаций, трудностью переключения содного круга представлений на другой. Всегда «застревают» на второстепенных деталях, повторяю ту же сказанное.

8. Закупорка мышления (отключение, обрыв, блокирование мыслей; шперрунг) - внезапный перерыв хода мыслей или задержка мыслительного процесса, сопровождаемая выпадением мыслей из сознания, остающегося непомраченным; расстройство осознается и запоминается больным (этим отличается от абсанса). Больной внезапно умолкает, утратив ход мысли. Пытаясь заменить тему своей речи, он вновь ее утрачивает вследствие закупорки. Данное расстройство мышления возникает вне связи с галлюцинациями, бредом или психическим автоматизмом, чаще всего данный психопатологический феномен встречается при шизофрении.

9. Мышление инкогерентное (мышление бессвязное - характеризуется утратой последовательности ассоциативного процесса, сопровождается

исчезновением логических связей между отдельными мыслями и внутри представлений, в связи с чем наблюдается «распад переживаний» (К. Conzai, 1958). Речь больных представляет бессмысленный набор слов. Утрачивается способность к образованию ассоциативных связей, к соединению восприятий, представлений, понятий, к отражению действительности в ее связях и отношениях; потеря способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу. Мышление исчерпывается хаотически образующимися бессмысленными связями, в связи с этим речь больного произносится без смыслового и грамматического отношения, нередко в рифму.

10. Мышление инфантильное - мышление, объединяющее несовместимые мысли и понятия, не проводящее различий между субъективными представлениями и объективными явлениями о действительности.

11. Мышление обстоятельное - форма нарушения мышления, при которой, несмотря на сохранность конечной цели мышления, преобладают не главные, а вторичные, сопутствующие представления; замедление образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих. При этом утрачивается способность отделения главного от второстепенного, существенного от несущественного, что приводит к снижению продуктивности мышления. Обстоятельное мышление всегда сопровождается той или иной степенью монотонности и замедленности. В ряде случаев обстоятельность мышления захватывает лишь определенную группу представлений, например, при бредовой обстоятельности, в других - все представления больного. Часто обстоятельность мышления невозможно дифференцировать от вязкого или тугоподвижного мышления, и поэтому оба термина используются психиатрами как синонимы. Из них предпочтительнее термин «мышление обстоятельное».

12. Мышление паралогическое - основывается на объединении случайных, в том числе несопоставимых явлений и фактов. Сопровождается

нарушением логических связей, игнорированием фактических предпосылок и доказательств, нагромождением и смешением понятий.

13.Мышление персеверативное - на фоне общего резко выраженного затруднения ассоциативного процесса длительное преобладание одной какой-нибудь мысли, одного представления. Больной постоянно возвращается к уже сказанному. Правильный ответ на первый вопрос больной упорно повторяет и на ряд последующих вопросов иного содержания.

14.Мышление разорванное - характеризуется нарушением логических связей между отдельными ассоциациями, их скачкообразностью, соединением разнородных, не связанных общим смыслом мыслей, разрывом мыслей, употреблением неологизмов (новых, придуманных самим больным слов).

15.Резонерство - расстроенное мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, нередко малосодержательных или расплывчатых суждений на тему заданного вопроса или какую-либо общую тему, выбранную самим рассказчиком.

16.Мышление символическое – оперирующее образами и понятиями, имеющими иносказательное значение, часто совершенно непонятное для другого человека, но имеющее для самого больного определенный смысл.

17.Мышление скачкообразное – определяется постоянной сменой мыслительного процесса в связи с неустойчивостью внимания и изменчивостью установок.

18.Мышление соскальзывающее - отклонение начавшегося ассоциативного процесса с мыслями определенного содержания на побочные мысли, которые заменяют главные. Утрата логической связи может быть полной или частичной. В последнем случае остается некоторая смысловая связь начального содержания мыслей с конечной ситуацией.

19.Неясное мышление (расплывчатое) - нецеленаправленное, неточное, но не сопровождающееся ускорением мышления.

20.Сужение объема мышления - крайне ограниченное содержание мышления, обеднение темы, сужение круга представлений, уменьшение подвижности мышления.

Навязчивые состояния (обсессия, навязчивость, ананказм) - непроизвольное, неудержимое и непреодолимое возникновение в сознании больного обычно неприятных и тягостных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, влечений, движений и действий, по отношению к которым сохраняется критическое отношение, понимание их болезненного характера и стремление им противостоять.

Термин «навязчивые идеи» предложен И.М. Балинским, во французской литературе ему соответствует термин «obsession», а в немецкой «zwangsvorstellungen». К. Ясперс (1913) предложил разделять навязчивые состояния на отвлеченные, не сопровождаемые измененным аффектом, и образные, при которых навязчивостям всегда сопутствует тягостный аффект тревоги и страха. Подобное разделение навязчивых состояний в значительной степени относительно. Определенная часть отвлеченных навязчивостей сопровождается явным аффективным компонентом.

Отвлеченные навязчивости - включают в себя болезненное (бесплодное) мудрствование (умственная жвачка), навязчивый счет, некоторые случаи навязчивых воспоминаний, разложение слов на слоги, в ряде случаев навязчивые действия.

Болезненное мудрствование – навязчивое состояние, при котором больным овладевает потребность решать вопросы о причине зависимости явлений друг от друга. Это явление под названием «Yrubeljucht» (нем. транскрипция) впервые было описано Гризингером в 1868 году. Идеаторный компонент при болезненном мудрствовании имеет самое различное содержание: метафизическое («почему Земля круглая?», «где верх, а где низ Земли?» и т.д.), нравственное, правильности или неправильности своих поступков, религиозное. Подобными вопросами больные нередко доводят себя до изнурения. Часто при этом у них возникает тревожно-подавленное

Настроение. Болезненное мудрствование нередко появляется и исчезает внезапно. Его содержание может быть однообразным, повторяясь как бы в форме «клише». У других больных в разные периоды расстройство может затрагивать самые необычные темы.

Навязчивый счет (арифмомания) - навязчивой состояние, проявляющееся либо одним счетом, либо счетом со стремлением запомнить число каких-либо попадающихся на глаза больному предметов. Например, больной едет в автобусе и стремится успеть подсчитать число этажей в домах, встречающихся ему по пути. Счет может касаться самых различных предметов и явлений. Считают число пройденных шагов, встречающихся лиц, определенным образом одетых, проезжающие мимо автомобили, их номера и т.д. Нередко в уме производят самые различные счетные операции.

Навязчивые воспоминания - больные помимо желания стремятся припомнить какие-либо бывшие ранее незначительные жизненные события. Частой разновидностью навязчивых воспоминаний является ономатомания - навязчивое припоминание имен собственных, дат, названий предметов, редких или странных слов и т.д.

К отвлеченным навязчивостям относят разложение слов на слоги, составление фраз из слов, каждое из которых должно состоять из определенного числа слогов или букв. Отвлеченные навязчивости необходимо дифференцировать с ритуалами. В тех случаях, когда отвлеченные навязчивости сопровождаются определенным значением, ограждающим больного от неприятностей - речь идет о ритуале.

Образные навязчивости - крайне разнообразные расстройства на фоне тягостных аффективных переживаний.

По частоте первое место занимают навязчивые страхи - фобии. Фобия - страх, боязнь, опасение или тоскливое отвращение, возникающее по отношению к одушевленным или неодушевленным предметам, а также к ситуациям, собственному физическому или психическому состоянию, явлениям природы.

Нарушения мышления при поражениях мозга.

Нарушения мышления при локальных поражениях мозга. Разработка проблемы мозговой организации мышления зависит от взглядов на то, что такое мышление как психическая функция и каковы общие принципы соотношения психических функций с мозгом.

В научной психологической литературе мышление рассматривается как отображение связей и отношений между предметами и явлениями объективной действительности. Специфика этого отображения усматривается в том, что оно является обобщенным и опосредованным, благодаря чему выводится за пределы непосредственного опыта. Однако четкой демаркационной линии между образным и мыслительным регулированием поведения нет.

Принципиальным обстоятельством, включенным в психические познавательные процессы, является факт пространственно-временного охвата действительности, который в процессе становления человека прогрессивно развивается и ступенчато совершенствуется при переходе от сенсорики к перцепции и далее к представлениям допонятийного и понятийного мышления. Описательное определение мышления, исходящее из внешней его стороны, это - активная психическая деятельность, направленная на решение определенной задачи. Содержательно мышление определяется как опосредованное аналитико-синтетическими операциями и словом обобщенное отражение действительности в ее существенных признаках, связях и отношениях. Правила и законы мышления являются предметом исследования формальной и диалектической логики. К формам мышления относят: понятие, суждение, умозаключение, доказательства и рассуждения. Основными мыслительными операциями являются: анализ и синтез, абстракция и конкретизация, обобщение, сравнение, классификация и систематизация, установление причинно-следственных связей. Ни один из упомянутых психических процессов не является изначально готовой функцией мозга, все они формируются в процессе жизни. Именно этим

можно объяснить то, что мышление у разных людей осуществляется по-разному.

Вопреки гипотезе о неспецифичности поражений мозга, вызывающих изменения мышления, было показано, что они имеют столь же локальные предпосылки, как и нарушения других познавательных процессов. Лурия, описывая нейропсихологические синдромы поражения различных отделов левого полушария мозга (у правшей), выделяет несколько типов нарушений интеллектуальной деятельности.

Левая височная область - на фоне сенсорной или акустико-мнестической афазии грубо нарушаются те смысловые операции, которые требуют постоянного опосредующего участия речевых связей. Эти трудности возникают и в неречевых операциях, если требуется удерживать в памяти вербальный материал. У данных больных при сохранности непосредственного понимания наглядно-образных и логических отношений нарушена способность выполнять последовательные дискурсивные (основанные на логических звеньях) вербальные операции. Частичная компенсация этого мыслительного дефекта возможна только с опорой на зрительные образы. Теменно-затылочные отделы - выпадение оптико-пространственного фактора приводит к дефектам пространственного анализа и синтеза отдельных элементов в группы. Можно сказать, что здесь страдает гностическая сторона интеллектуальной деятельности. Возникают трудности там, где при решении интеллектуальных задач необходимо выделение наглядных признаков и их пространственных отношений (например, при тестировании по методике "Кубики Коса" распавшиеся элементы модели не обретают соответствия целостной конструкции). В основе нарушений восприятия и опознания предметов, актуализации образов-представлений лежит дефект вычленения их существенных сторон и качеств. При этом намерение выполнить задачу и понимание общего смысла остается относительно сохранным. Аналогичные трудности возникают и при решении арифметических задач, где первичная акалькулия (непонимание сути

математических операций) обусловлена и сопровождается непониманием определенных логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные и "квазипространственные" отношения, предложенные в условиях. Премоторные отделы левого полушария - при их повреждениях страдает временная организация всех психических актов, включая и интеллектуальные, что выражается в изменениях динамики мыслительного процесса. Нарушается свернутый, автоматизированный характер интеллектуальных операций, свойственный взрослому здоровому человеку. Эти нарушения входят в вышеописанный синдром динамической афазии - инертности, замедленности процесса понимания речи, особенно ярко проявляющийся при предъявлении длинных фраз со смысловыми инверсиями (перестановками) или трудностями. В качестве механизма, опосредующего эти нарушения понимания, выступают нарушения внутренней речи - развертывания речевого замысла и процесса свертывания речевых структур, необходимых для понимания общего смысла текста. При решении арифметических задач и при выполнении серий графических проб появляются стереотипные ответы. Пространственные операции и понимание логико-грамматических конструкций сохранены. Лобные префронтальные отделы - их поражения сопровождаются нарушениями интеллектуальных процессов в широком диапазоне - от бессимптомных случаев до грубых дефектов: нарушения порождения мыслительной деятельности, аномалии организации, программирования, а также регуляции протекания мышления. Первая стадия интеллектуальной деятельности - формирование ориентировочной основы поведения у таких больных либо полностью выпадает, либо резко сокращается. Больные не сопоставляют элементы задачи или фрагменты проблемной ситуации, не могут сформулировать гипотезу, они импульсивны, выполняют случайные хаотичные действия, не сличая их с исходными целями. Эти нарушения наблюдаются в вербально-логической и в невербальной деятельности. Процесс наглядного мышления при разглядывании сюжетных картин заменяется на угадывание смысла по

случайно зафиксированному фрагменту. Именно нарушения смысла, возникающие при поражении лобных долей, являются существенным фактором регистрируемых дефектов мышления. Целенаправленное сознательное поведение у таких больных дезинтегрируется и заменяется более простыми формами и инертными стереотипами (например, больной закуривает свечу, вместо того, чтобы ее зажечь, и т. п.). В сложных жизненных ситуациях нарушения могут носить более замаскированный характер и внешне выглядеть как рассеянность или чуждость. Медиобазальные отделы лобной области - дефекты интеллектуальной деятельности сводятся к импульсивности в решении задач, которая нарушает в первую очередь ориентировочно-исследовательскую фазу и дефектно упрощает план и стратегию решения. Вместо необходимых, например, арифметических операций производятся случайные манипуляции с цифрами, которые можно привести в систему, если потребовать выполнения действий по перечню инструкций. В серийных счетных операциях доминируют стереотипные ответы, особенно, если нужно удерживать в памяти промежуточный результат. В понимании особого рода текстов типа метафор, пословиц (где есть необходимость дифференцирования прямого и переносного смысла), либо когда необходимо сделать выбор из альтернатив, выделить существенное из второстепенного, больные с поражением медиобазальных отделов лобных долей оказываются несостоятельными, то же самое происходит и при анализе сложного текста. При попытках воспроизвести после прочтения басню, эти больные повторяют лишь отдельные элементы текста, включая в него посторонние рассуждения и не могут ответить на вопрос, в чем мораль. После прочтения двух рассказов и просьбе повторить первый, в пересказе появляются контаминации (смешение двух текстов) как результат всплывания побочных ассоциаций. Нарушается решение задач на классификацию. Отмечаются интеллектуальные персеверации - инертные повторения одних и тех же действий в изменившихся условиях. Типичным

общим дефектом становятся нарушения регулирования и контроля, возникающие из-за ослабления процессов селективности и нарушения критики к своему состоянию.

Условиями, способствующими потере программ поведения даже в норме, являются сильные отвлекающие раздражители. У "лобных" больных эта реактивность на изменения, происходящие вокруг них, особенно повышена и превращается в уже упоминавшееся "полевое поведение" - патологическое усиление непроизвольного внимания и неустойчивость собственных программ поведения. Такие больные беспорядочны в действиях; вмешиваются в разговоры соседей по палате; отвечают на вопросы, адресуемые другим людям, однако не отвечают на заданные им.

При подходе к процессам мышления с позиции межполушарной асимметрии можно выделить следующие особенности. Патология со стороны правого полушария приводит к двум типам нарушений пространственного мышления: 1) ошибкам при решении наглядно-образных задач, связанным с дефектами зрительного восприятия или зрительной памяти, либо с односторонним игнорированием зрительного поля; 2) нарушениям более высокого абстрактного уровня анализа пространства, то есть собственно пространственного мышления, дефектам непосредственных симультанных синтезов пространственных отношений. Для повреждений левого полушария с точки зрения интеллектуальных процессов относительно (но не исключительно) характерны нарушения категориального анализа.

Больные с органическими заболеваниями головного мозга справлялись лучше с вербальными заданиями, чем с невербальными. Обращала на себя внимание большая разница между вербальными и невербальными оценками. Ответы больных адекватны, с тенденцией к излишней конкретизации и детализации. Для больных, перенесших энцефалит, особенно характерны вязкость, обстоятельность мышления и склонность к детализации.

Обнаруживая достаточный уровень обобщения, испытуемые в ряде случаев не удерживали правильный способ решения и допускали ошибки. В отличие от больных шизофренией, у которых отмечается искажение уровня обобщения, для больных с органическими заболеваниями головного мозга более характерно его снижение. Нередко при выполнении психологических заданий у больных с органическим заболеванием головного мозга наблюдается резонерство, имеющее более конкретный (чем при шизофрении) характер и носящее при снижении интеллектуальной деятельности и известной аффективной сохранности компенсаторный характер, -- так называемое «компенсаторное резонерство». При исследовании ассоциаций у этих больных выявляется аспонтанность (называние того, что «перед глазами»).

Для больных с органическими заболеваниями головного мозга характерна связь нарушений интеллектуальной деятельности с нарастающей психической истощаемостью, сниженной сенсомоторной реактивностью. При «психоорганическом» синдроме они утрачивают способность к высшим формам мыслительной деятельности.

Значительная часть литературы посвящена нарушениям интеллектуальной деятельности при локальных поражениях головного мозга (Лурия, Хомская). Остановимся лишь на результатах исследования лиц с поражением лобных долей (Шауре, Хомская). У этих больных отмечены изменения интеллектуальной деятельности количественного (значительное увеличение времени выполнения заданий и числа ошибок) и качественного характера. Часть из них связана с содержанием деятельности и проявляется в нарушениях категориального аппарата, трудностях актуализации понятий и оперирования ими; другой тип ошибок (персеверативные ответы, соскальзывание на привычные ассоциации, забывание предыдущего результата, замена нужных ассоциаций случайными) обусловлен нарушениями в системе произвольного интеллектуального внимания или произвольной регуляции интеллектуальной деятельности.

Изменения мышления у больных эпилепсией.

Описаны типичные изменения мышления у больных, страдающих эпилепсией. Замедленность, тугоподвижность, вязкость мышления эпилептиков обусловлены изменением подвижности нервных процессов, инертностью их психологической деятельности. Эти изменения мышления хорошо видны в ассоциативном эксперименте (увеличение латентного периода, частые эхоталические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов). Больные эпилепсией склонны к чрезмерной обстоятельности, детализации; при экспериментально-психологических исследованиях фиксируют внимание на несущественных деталях, суждения их носят конкретно-ситуационный характер, не понимают условности, юмора, не в состоянии выявить существенные свойства предметов, раскрыть смысловые связи между ними. В основе этих нарушений находится снижение процесса обобщения. Особенности мышления больных эпилепсией проявляются в их речи. Последняя характеризуется замедлением темпа, речевыми штампами, употреблением уменьшительных слов.

Расстройство мышления при травматических поражениях головного мозга.

Наиболее характерным в плане расстройств мышления при травматических поражениях головного мозга является нарушение операционной стороны мышления при относительной сохранности личностно-мотивационной сферы. Обращает на себя внимание прежде всего снижение уровня обобщений.

Расстройств мышления при деменциях.

В гериатрической практике экспериментально-психологическое исследование позволяет дифференцировать разные типы деменций с констатацией в одних случаях снижения интеллекта при сохранности «ядра» личности (лакунарная деменция), в других -- нарушения памяти в качестве основы слабоумия (амнестическая деменция) либо преобладания диффузных изменений личности в сочетании с общим психическим снижением

(псевдопаралитическая деменция). Нередко возникает необходимость в дифференциации атеросклеротической деменции от болезни Пика и Альцгеймера. При первой отмечается общее снижение интеллекта с характерными изменениями эмоциональности, при второй -- своеобразные выпадения речи, нарушения праксиса и гнозиса.

Расстройство мышления при инфаркте миокарда.

У больных, перенесших инфаркт миокарда (исследования проводились на 2-м месяце болезни), отмечены нерезкие интеллектуальные затруднения, утомление при интеллектуальном напряжении, снижение продуктивности, что требует врачебного контроля не только за физической нагрузкой, но и умственным напряжением больных, целесообразность ее дозирования и постепенного нарастания с учетом клинического состояния больных и результатов экспериментально-психологического исследования

Психоорганический синдром — состояние психической слабости, обусловленное органическим поражением головного мозга (сосудистых заболеваниях головного мозга, поражениях центральной нервной системы, при сифилисе, черепно-мозговых травмах, различных интоксикациях, хронических нарушениях обмена веществ, при опухолях и абсцессах головного мозга, энцефалите, токсикомании, а также при заболеваниях сопровождающихся судорожными припадками). Но особенно часто психоорганический синдром возникает при атрофических процессах головного мозга в предстарческом и старческом возрасте (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие). В наиболее лёгкой форме психоорганический синдром представляет собой астеническое состояние со слабостью, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью, неустойчивостью внимания, снижением работоспособности. При тяжёлых формах психоорганического синдрома на первое место выступает интеллектуально-мнестическое снижение, достигающее до степени слабоумия (деменция).

Психотические осложнения и течение

Иногда в ночное время возникают рудиментарные признаки делирия и сумеречного расстройства сознания. В отдельных случаях развиваются депрессивные состояния, бредовые синдромы и галлюцинации, а также эпилептиформные припадки с явлениями дереализации и деперсонализации (периодические психозы). В редких случаях симптоматика психоорганического синдрома может стабилизироваться или приобретать характер обратного развития. Обычно же под влиянием внешних психотравмирующих и вредных физических воздействий он развивается прогрессивно и достигает степени органического слабоумия (деменции).

Выделяют 4 основных варианта психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический

Список использованной литературы

Психиатрия : М.В Коркина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 4-е изд : МЕДпресс-информ, 2008.

Психоорганический синдром: причины, виды, диагностика, лечение. Пер с англ Н.Д. Фирсовой 2017.

Клиническая психология . Карсаварский Б. Д.- 4е издание .СПБ 2010.