***1. Классификация и определения нарушений эффекторно-волевой сферы.***

Эффекторно-волевая сфера – сложная психическая функция, осуществляющая целенаправленную деятельность человека в соответствии с определенными мотивами, обусловленными внутренними потребностями и требованиями окружающей среды → компоненты: (1) эффекторный (простые и сложные движения, действия и поступки), (2) волевой (способность к сознательному и целенаправленному регулированию).

*Классификация эффекторно-волевых расстройств*

(А) Расстройства влечений

(1) пищевых

(а) ↑ → булимия, полифагия

(б) ↓ → анорексия

(в) полидипсия (неукротимая жажда)

(г) извращение → парорексия (копрофагия, пикацизм)

(2) инстинкта самосохранения:

(а) ↑ → активно-оборонительная форма = агрессивность / пассивно-оборонительная = “мнимая смерть”

(б) ↓→ суицидальные поступки, безразличие к жизни

(в) извращения → самоистязание.

(3) половых (полового инстинкта)

(а) усиление → гиперсексуальность, сатириазис, нимфомания

(б) ослабление → гипосексуальность, фригидность

(в) извращение → нарциссизм, эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм, садизм, мазохизм, педофилия, геронтофилия

(4) навязчивые действия → внезапное влечения и действия, чуждые содержанию сознания с критическим отношением к ним и стремлением от них избавиться.

1. насильственные действия – движения или поступки помимо воли, без борьбы мотивов, с чувством их насильственности, чуждости.

(6) импульсивные действия – собственные внезапные, внешне не мотивированные, неосмысленные действия и поступки (дромомания, клептомания, пиромания, игромания, трихотилломания, дипсомания, наркомания.

(Б) Расстройства волевых побуждений

(1) Гипербулия (патологически ↑стремление к деятельности).

(2) Гипобулия и абулия (болезненное ↓побуждения к деятельности)

(3) Парабулии (извращение волевой активности)

(4) Амбитендентность (двойственность поступков, движений).

(В) Нарушения внимания

(1) Отвлекаемость

(2) Прикованность

(3) Истощаемость

(Г) психомоторные расстройства

(1) с затруднением двигательной активности:

(а) каталепсия

(б) симптом капюшона

(в) пассивно-подчиняемое состояние

(г) негативизм

(д) мутизм

(е) специфические расстройства школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия, акалькулия, диспраксия)

(2) Симптомы с возбуждением и неадекватностью двигательной активности:

(а) гиперкинетические расстройства

(б) импульсивность

(в) стереотипии - многократное повторение одних и тех же движений

(г) эхопраксия - повторение жестов, движений окружающих

(д) вербигерация - повторение одних и тех же слов.

(е) миморечь - ответы больного не соответствуют по смыслу задаваемым вопросам.

(Д) синдромы двигательных расстройств

(1) ступор:

(а) кататонический

(б) депрессивный

(в) апатический

(г) психогенный

(2) возбуждение:

(а) кататоническое

(б) маниакальное

(в) гебефреническое

(г) галлюцинаторно- бредовое

(д) при расстройствах сознания

***2. Клиническая картина маниакально-депрессивного синдрома. Циклотимия.***

*Маниакально-депрессивный психоз* – эндогенное заболевание, (1) биполярный тип течения: с чередованием противоположных состояний (фаз) – маниакальной и депрессивной + светлый промежуток между; (2) монополярный тип течения: только маниакальная / только депрессивная фазы.

*Депрессивная фаза*: резкое усиление негативных эмоций, замедление темпа мышления, заторможенность вплоть до ступора, ↓аппетита, ↓либидо, потеря интереса к чему-либо, расстройство сна, склонность к суицидальным мыслям.

*Маниакальная фаза*: усиление эмоций (эйфория), ↑целенаправленной активности и концентрации внимания, и ее привлечения, ускоренное мышление, ↓потребности во сне. Возможна агрессивность, гипербулия (тяга к деятельности).

*Циклотимия*– форма маниакально-депрессивного психоза, при которой психические нарушения выражены незначительно, возможно полное выздоровление, нет социальной дезадаптации. (1) Субдепрессивные состояния → ↓настроения, ↓волевой активности, расцениваемые как периоды "лености", ↓общительности, немного ↓производительность и инициативность, стремление к одиночеству, ↓разговорчивыми. Многие продолжают ходить на работу, больные "через силу" выполняют домашние обязанности, вызывает у них трудности. (2) Гипоманиакальные состояния: ↑настроения, ↑общаются, быстрая работа, ↑творческий потенциал, ↑производительность труда.

***3. Понятие психопатологического синдрома, симптома и заболевания***

*Психопатологические симптомы* — строго фиксированное по форме описание патологического признака, соотнесенного с определенной патологией. *Специфическими являются*: *продуктивные (позитивные) симптомы* → привнесение чего-то нового в психику от болезненного процесса (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение); *негативные* → признаки обратимого или стойкого ущерба, изъяна, дефекта от болезненного процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия).

*Психопатологический синдром* — закономерное сочетание симптомов, связанных между собой единым патогенезом и соотносящихся к определенным нозологическим формам. Синдромы и их смена, преобладание одних над другими → клиническая картина болезни.

*Позитивные* = качественно новые, симптомокомплекс → прогрессирование психического заболевания (астенический, аффективнвх расстройств, Кандинского-Клерамбо). *Негативные (дефицитарные)* = выпадение из созревшей психической деятельности присущей ей качеств и свойств, минус-симптомы (истощаемость психики,осознаваемые изменения Я, дисгармония)

*Психическое заболевание* – нарушение психических функций, которое приводит к дезадаптации человека. Четкий термин отсутствует. Влечёт изменения и нарушения в сфере чувств, мышления, поведения, почти всегда происходят изменения соматических функций организма.

***38. Классификация и обозначение нарушений эффекторной сферы.***

эффекторно-волеваясфера**– сложная психическая функция,**

осуществляющая целенаправленную деятельность человека в соответствии с определенными мотивами, обусловленными внутренними потребностями и требованиями окружающей среды.

Эффекторно-волеваясфера состоит из двух основных компонентов: а)**эффекторного, или двигательного** (простые и сложные движения, действия и поступки) и б)***волевого*** (способность к сознательному и целенаправленному регулированию человеком своей деятельности и поступков).

Побудительным мотивом к эффекторно-волевойдеятельности у человека являются потребности: низшие, инстинктивные в виде потребности в пище и т.п. (инстинктивные влечения – пищевое, половое, самосохранения), и высшие,социально-обусловленныев виде потребности в труде, самосовершенствовании и т. д. (высшие влечения).

Классификация целенаправленной деятельности

1.Произвольные, или сложные волевые действия.

2.Автоматизированные действия.

Классификация инстинктивных влечений (инстинктов)

1.Пищевой.

2.Половой.

3.Самосохранения.

**Инстинкт** – это сложнейший цепной безусловный рефлекс, направленный на удовлетворение биологических потребностей организма (пищевых, половых, самосохранения). Он может включать более простые движения, имеющие непроизвольный характер.

**Произвольные действия** – осознанные, целенаправленные волевые действия, основанные на прошлом опыте и направленные на приспособление человека к окружающей среде, на достижение сознательно поставленной цели.

**Автоматизированные действия** – простые и сложные двигательные акты, произвольные по происхождению, но в процессе тренировки приобретшие автоматизированный, не контролируемый сознанием характер.

Расстройства эффекторно-волевойсферы

Расстройства эффекторно-волевойсферы в виде патологического усиления, ослабления или извращения отдельных ее компонентов

(двигательных и волевых) могут проявляться не только в нарушениях отдельных двигательных функций, но и сложных поведенческих реакций, основанных на инстинктивных и высших влечениях.

Классификация эффекторно-волевыхрасстройств I. Расстройства влечений

1.Расстройства пищевых влечений: а) усиление (булимия, полифагия) б) ослабление (анорексия)

в) полидипсия г) извращение - парорексия (копрофагия и др.)

2.Расстройства инстинкта самосохранения:

а) усиление (активно-оборонительнаяформа – агрессивность и т.п.,пассивно-оборонительная–“мнимаясмерть” и т.п.)

б) ослабление (суицидальные поступки) в) извращения (самоистязание).

3.Расстройства половых влечений:

а) усиление (гиперсексуальность –сатириазис,нимфомания) б) ослабление (гипосексуальность, фригидность)

в) извращение (нарциссизм, эксгибиционизм, вуайеризм, транссексуализм, трансвестизм, онанизм, фетишизм, садизм, мазохизм, педофилия, геронтофилия, гомосексуализм и др.)

4.Навязчивые действия

5.Насильственные действия

6.Импульсивные действия

II. Расстройства волевых побуждений

1.Гипербулия

2.Гипобулия

3.Абулия

4.Парабулии

5.Амбитендентность

III.Нарушения внимания

1.Отвлекаемость

2.Прикованность

3.Истощаемость

IV. Психомоторные расстройства

1) симптомы с затруднением двигательной активности: а) каталепсия; б) симптом капюшона;

в) пассивно-подчиняемоесостояние; г) негативизм; д) мутизм

е) специфические расстройства развития школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия, акалькулия, диспраксия)

2)симптомы с возбуждением и неадекватностью двигательной активности:

а) гиперкинетические расстройства б) импульсивность в) стереотипии г) эхопраксия д) вербигерация е) миморечь

V.Синдромы двигательных расстройств

1)Ступор а) кататонический

б) депрессивный в) апатический г)психогенный

2)Возбуждение а) кататоническое б) маниакальное

в) гебефреническое г) галлюцинаторно-бредовое

д) при расстройствах сознания

3)Кататонический синдром

4)Гебефренический синдром

5)Апатико-абулическийсиндром

**Булимия и полифагия** – результат болезненного усиления пищевого инстинкта (влечения), характеризующийся постоянным непреодолимым сильным влечением к пище, прожорливостью и отсутствием чувства насыщения. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, эндокринных нарушениях.

**Анорексия** – болезненное угнетение пищевого инстинкта (влечения), выражающееся в отсутствии аппетита или отвращении к пище. Может иметь психогенное происхождение (психогенная анорексия). Следует дифференцировать с отказам от пищииз-загаллюцинаций или по бредовым мотивам. Анорексия наблюдается при депрессивных, тяжелых астенических состояниях и при ряде эндокринных расстройств. При анорексии приходится прибегать к искусственному кормлению больных. Если отсутствие аппетита сочетается с апатией и абулией, можно покормить больного, садясь рядом с ним, или назначить медикаменты, повышающие аппетит. При какатоническом ступоре можно использовать симптом активного негативизма у больного, забирая у него тарелку с едой. При активном сопротивлении кормлению можно проводить медикаментозное (коффеинбарбамиловое) растормаживание.

В ряде случаев применяют искусственное кормление через зонд, вводимый в желудок через нос (чтобы избежать прикуса зубами).

Манипуляция искусственного кормления должна проводиться с осторожностью, чтобы избежать асфиксии пищей.

**Полидипсия** – неукротимая жажда, повышенное потребление жидкости. Характерна для эндокринных заболеваний.

Извращение пищевого инстинкта (влечения) **– выражается в поедании несъедобных веществ (земли, известки, кала и т.п.). Наблюдается преимущественно при шизофрении, органических поражениях головного мозга.**

Усиление инстинкта самосохранения **– может проявляться, в основном, в двух противоположных фазах: а) пассивно-оборонительной(стремление к уходу от опасных и сложных ситуаций, от ответственных решений, робость, нерешительность, трусливость, реакции «мнимой смерти» и т.п.) и б) активно-оборонительной (реакции протеста, различные виды агрессии и т.п.). Наблюдается в сложных формах поведения при психопатиях, неврозах и других болезненных состояниях.**

Ослабление инстинкта самосохранения **– проявляется в снижении интереса, безразличии к своей жизни и суицидных поступках (особенно при сочетании с депрессивным аффектом). Наблюдается при психопатии, психогенных заболеваниях, шизофрении, маниакально-депрессивномпсихозе и др.**

Извращение инстинкта самосохранения **– проявляется в актах самоистязания, нанесении себе различных увечий, проглатывании металлических и других предметов и т. д. Наблюдается при шизофрении, органических поражениях головного мозга, психопатиях и т.п.**

**Гиперсексуальность** – повышение сексуального влечения с соответствующим поведением, иногда приобретающим характер сексуальной распущенности (у мужчин – сатириазис, у женщин – нимфомания).

**Гипосексуальность** – понижение сексуального влечения (у мужчин – некоторые формы импотенции, у женщин – фригидность) с отсутствием сексуальных чувств к лицам противоположного пола. Может быть различного происхождения (психогенного иэндокринно-органического).

Сексуальные перверзии (извращения) **– нарушения полового инстинкта, проявляющиеся в извращении направленности или форм его проявления. Наблюдается при олигофрении, деменциях, психопатии и ряде других болезненных состояний, нередко их проявления приводят к сексуальным правонарушениям.**

Разновидности сексуальных извращений:

а) **нарциссизм** – получение полового удовлетворения посредством самолюбования, любования собственным обнаженным телом;

б) **эксгибиционизм** – получение полового удовлетворения путем обнажения своих половых органов и иногда мастурбации в присутствии лиц противоположного пола;

в) **онанизм (мастурбация)**– половое самоудовлетворение посредством мастурбации (раздражения своих половых органов);

г) **фетишизм** – получение полового удовлетворения путем любования фетишем (предметом туалета особ противоположного пола и т.п.), иногда в совокупности с мастурбацией;

д) **садизм** – получение полового удовлетворения при истязании полового партнера;

е) **мазохизм** – противоположное явление (половое удовлетворение при получении болевых раздражений со стороны партнера);

ж) **педофилия** – половое влечение (и удовлетворение его) к детям,**геронтофилия** – то же по отношению к старикам,**некрофилия** – влечение к трупам,**зоофилия** – к животным;

з) **гомосексуализм** – влечение и удовлетворение его с лицами того же

пола;

е) **транссексуализм** – нарушение половой идентификации, постоянное ощущение неадекватности своего пола и активное стремление его изменить; ж)**трансвестизм** – патологическое стойкое стремление носить одежду,

прическу, играть роль человека другого пола, при этом нет стремления к анатомическому изменению своего пола, желания избавиться от первичных и вторичных половых признаков;

з) вуайеризм – влечение к разглядыванию чужих половых органов и подсмативание за половыми сношенями между другими.

Навязчивые действия и влечения **– внезапно появляющиеся влечения и действия, чуждые содержанию сознания в данный момент, с критическим отношением к ним и стремлением от них избавиться. Часто имеют контрастный характер, то есть проявляются в стремлении осуществить то, что в данный момент недопустимо. Входят в структуру синдрома навязчивых состояний. Отмечаются при неврозе навязчивых состояний, церебральном атеросклерозе, шизофрении.**

**Насильственные действия** – движения или поступки, возникающие помимо воли, независимо от личности; осуществляются без борьбы мотивов, с чувством их насильственности, чуждости.

**Импульсивные действия** – внезапные, внешне не мотивированные, неосмысленные действия и поступки. К ним относятся:

а) дромомания – периодически возникающее стремление к перемене мест, к бродяжничеству;

б) клептомания – периодическое влечение к немотивированному воровству, хищению;

в) пиромания – неотвратимое стремление к поджогам; г) патологическая склонность к азартным играм;

д) трихотилломания – патологическое стремление к вырыванию собственных волос;

е) дипсомания – неудержимое влечение к спиртным напиткам. ж) наркомания – неудержимое влечение к наркотикам.

**Парабулия** – извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей деятельностью, негативизмом, ипмульсивностью,

вычурностью в связи с имеющимися у больного психотическими симптомами: бредом, галлюцинациями и др.

**Амбитендентность** – двоякая, противоречивая реакция на один раздражитель, двойственность поступков, действий, движений.

**Гипербулия** – патологически усиленное стремление к деятельности (общее – при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, одностороннее

– у наркоманов, при параноидных и паранойяльных состояниях). **Гипобулия и абулия** *–* болезненное снижение или полное отсутствие

побуждения к деятельности. Наблюдается при апатико-абулическомсиндроме различного генеза (при шизофрении, тяжелых травмах и т.д.).

**Отвлекаемость внимания** *–* невозможность сосредоточиться на одном виде занятий и объектов, иногда в сочетании с повышенным вниманием к несущественному.

**Прикованность внимания** *–* снижение переключаемости внимания, застревание на одних и тех же мыслях, желаниях. Характерно для депрессий, больные не могут переключиться на мысли, события, не соответствующие их переживаниям.

**Истощаемость внимания** *–* когда больные вначале беседы адекватны, но быстро устают, и ответы становятся менее продуктивными. Характерно для астенических состояний.

**Каталепсия** *–* повышение мышечного тонуса, создающее способность длительное время сохранять приданную позу.

**Симптом капюшона** *–* больной лежит или сидит неподвижно, натянув на голову халат, простынь, оставив открытым лицо.

**Пассивная подчиняемость** *–* при обычном тонусе мышц больной не сопротивляется изменениям положения его тела, позы, конечностей.

**Негативизм** *–* сопротивление больного просьбам окружающих. При*пассивном* негативизме больной просто не выполняет инструкцию, при*активном* – совершает действие, противоположное инструкции.

**Мутизм** *–* отсутствие речи при сохранности речевого аппарата.**Дислексия –** трудности в узнавании слов и понимании написанной

речи.

**Дисграфия** – изолированное расстройство правописания. В письменной речи много грамматических и стилистических ошибок, много зачеркиваний и переписываний текста.

Дискалькулия, акалькулия **– трудности в выполнении простейших арифметических операций, в использовании математических терминов, распознавании цифр, математических символов.**

**Диспраксия** – расстройство развития двигательных функций (неловкость, неуклюжесть движений, тонкой моторики, трудно застегивать одежду, брать и не ронять предметы, дети часто падают при ходьбе).

Гиперкинетические расстройства – **встречаются чаще у мальчиков в препубертатном возрасте. Основные признаки:**

1)нарушение внимания (не в состоянии выполнять любое задание без ошибок, довести начатую работу до конца, организовать свою работу, выслушать замечания старших, избегают работу, требующую усидчивости);

2)гиперреактивность (машут руками, ногами, часто вертятся на сидениях, подолгу не могут оставаться на одном месте, бегают, шумят, не реагируют на замечания);

3)импульсивность – проявляется в нарушении дисциплины, т.к. ребенок не в состоянии предвидеть последствия своих поступков. Дети часто агрессивны. Отвечают на вопрос не дослушав его, не могут дождаться своей очереди в играх, вмешиваются в разговор или игру других детей, излишне многословны, непослушны.

**Стереотипия** *–* многократное повторение одних и тех же движений.**Эхопраксия** *–* повторение жестов, движений окружающих.**Эхолалия** *–* повторение слов и фраз окружающих.

**Вербигерация** *–* повторение одних и тех же слов.

**Миморечь** *–* ответы больного не соответствуют по смыслу задаваемым вопросам.

Общее психомоторное возбуждение ***–* состояние патологического двигательного возбуждения, сопровождающееся расстройствами мышления, эмоций и других психических функций.**

Маниакальное возбуждение ***–* повышенная двигательная активность, стремление к целенаправленной деятельности, сопровождающееся эйфорией, ускоренным, поверхностным мышлением. Деятельность и мышление не продуктивны из-за неустойчивости внимания. Характерно для маниакального синдрома.**

**Гебефреническое возбуждение** *–* повышенная двигательная активность в виде нецеленаправленных, вычурных, нелепых движений в сочетании с дурашливостью и разорванностью мышления (гебефренический синдром). Наблюдается преимущественно при шизофрении.

Кататоническое возбуждение ***–* бессмысленные, нецеленаправленные движения, иногда импульсивное возбуждение с немотивированной агрессией; сопровождается стереотипиями (стереотипными «гиперкинезами»), эхопраксиями (повторениями движений окружающих), эхолалиями (повторениями слов окружающих) и амбитендентностью (двойственность поступков, действий, движений). Наблюдается преимущественно при шизофрении.**

Психомоторное возбуждение при состояниях нарушенного сознания ***–* состояния повышенной двигательной активности, имеющей характер: 1) сложных автоматических и инстинктивных движений (при трансе и сомнамбулизме), 2) сложных действий и поступков, определяемых галлюцинаторными и бредовыми переживаниями (при делириозных и других синдромах), 3) хаотического подкоркового возбуждения (при глубоком помрачении сознания).**

Различные виды психомоторного возбуждения требуют неотложной помощи, с целью купирования возбуждения в/м вводят нейролептики (аминазин 2,5% раствор 2,0-3,0;тизерцин 2,5% раствор2,0-3,0;галоперидол 0,5%1-2мл). Введение больших доз аминазина и тизерцина могут резко снизить АД и вызвать коллапс, с целью его предупреждения одновременно вводят кордиамин. Побочным действием галоперидола является нейролептический паркинсонизм, с целью профилактики которого необходимо назначать антипаркинсонические средства (циклодол, норакин, тремблекс и др.).

Общая психомоторная заторможенность ***–* состояние патологической двигательной заторможенности с замедлением темпа течения всех психических функций (мышления, речи и др.). Входит в структуру депрессивного, апатико-абулического и астенического синдромов.**

**Ступор** *–* состояние обездвиженности, возникающее в результате торможения двигательных функций.

**Кататонический ступор** *–* полная или частичная обездвиженность, сопровождающаяся пассивным или активным негативизмом, мутизмом. В некоторых случаях больные сохраняют приданную позу (восковая гибкость, каталепсия), длительно удерживают голову над подушкой («воздушная подушка»). Входит в структуру кататонического синдрома, чаще встречается при шизофрении.

**Депрессивный ступор** – состояние обездвиженности, сопровождающееся замедлением речи, чувством тоски, иногда тревоги и страха, застывшей страдальческой мимикой, идеями самообвинения и самоуничижения. Входит в структуру депрессивного синдрома.

**Апатический ступор** – состояние обездвиженности, связанное с эмоциональной тупостью, полным безразличием, наблюдающееся при органических заболеваниях головного мозга (поражении лобных долей), при некоторых формах шизофрении.

**Психогенный ступор** – общая обездвиженность, вплоть до полного оцепенения, возникающее при сильных внезапных психических травмах (катастрофы, стихийные бедствия и т.д.).

**Апатико-абулический синдром** *–*сочетаниеравнодушия, безразличия (апатии) и отсутствия или ослабления побуждений к деятельности (абулии). Наблюдается при истощающих соматических заболеваниях, после черепномозговых травм, при интоксикациях, шизофрении.

**Кататонический синдром** *–* проявляется в виде кататонического нелепого и бессмысленного возбуждения или ступора, или периодической смены этих состояний. Наблюдается при шизофрении, инфекционных и других психозах.

**Гебефренический синдром** *–* сочетание гебефренического возбуждения с дурашливостью и разорванностью мышления. Наблюдается преимущественно при шизофрении.

***2. Клиническая картина маниакально-депрессивного синдрома. Циклотимия.***

Маниакально-депрессивный психоз - эндогенное заболевание, характеризующееся чередованием внешне противоположных состояний или фаз - маниакальной и депрессивной, с наличием светлого промежутка между ними - биполярный течение. В других случаях заболевание может проявляться только маниакальной или только депрессивной фазами - монополярный тип течения.

Депрессивная фаза: резкое усиление негативных эмоций, замедление темпа мышления, заторможенность вплоть до ступора, снижение аппетита, либидо, потеря интереса к чему-либо, расстройство сна, склонность к суицидальным мыслям. Маниакальная фаза: усиление эмоций (эйфория), общее усиление целенаправленной активности и концентрации внимания, и ее привлечения, ускоренное мышление, снижение потребности во сне. Возможна агрессивность, гипербулия (тяга к деятельности).

**Циклотимией** - это форма маниакально-депрессивного психоза, при которой психические нарушения выражены незначительно. При субдепрессивных состояний наблюдается ухудшение настроения, снижение волевой активности, сами больные и окружающие расценивают как периоды "лености". Больные становятся менее общительными, немного снижается их производительность и инициативность. Они стремятся быть в одиночестве, становятся менее разговорчивыми. Многие продолжают ходить на работу, больные "через силу" выполняют домашние обязанности, вызывает у них трудности. При гипоманиакальных состояний настроение больных оптимистичен, они охотно общаются, работу выполняют быстро. Значительно повышается творческий потенциал. Растет производительность труда. Характеризуется практически полным выздоровлением. У этих больных полностью сохраняется социальная адаптация.

***3. Понятия психопатологического симптома, синдрома, заболевания.***

Симптом – строго фиксированное по форме описание патологического признака, соотнесенного с определенной патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Специфическими для психиатрии являются психопатологические симптомы, которые делятся на:

Продуктивные (позитивные) – обозначают привнесение чего-то нового в психику в результате болезненного процесса (галлюцинации, бред, кататонические расстройства).

Негативные – включают признаки обратимого или стойкого ущерба, изъяна, дефекта вследствие того или иного болезненного психического процесса (амнезия, абулия, апатия и т. п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни проявляются в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем меньше, беднее и фрагментарнее – позитивные.

Синдром – закономерное сочетание симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами. Синдромы, также как и симптомы, делятся на продуктивные и негативные. Из синдромов и их последовательной смены складывается клиническая картина болезни в ее развитии. Иначе, болезнь проявляется непрерывной сменой синдромов — внешнее выражение патогенетической цепной реакции. Клиническому проявлению каждого нозологически самостоятельного психического заболевания свойственно преобладание одних синдромов над другими и характерная закономерность их смены — стереотипный механизм развития болезни.