

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени Х.А.ЯСАВИ

М.А. Бекназар
А.А. Смаилова

Клиническая Психиатрия

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ПСИХИАТРИИ



ТУРКЕСТАН-2018

УДК 616.89
ББК 56.14
Б 39

Утверждено на заседании Сената (№4, 28.02.2018 г) МКТУ имени Х.А.Ясави и разрешено к изданию

Рецензенты:

Бимурзаев Г.Н. – Директор Туркестанского медицинского колледжа, к.м.н.,
доцент

Г.Б.Абасова – Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, заведующая кафедрой Неврологии, психиатрии, наркологии, кандидат медицинских наук, доцент.

Б 39 М.А. Бекназар, А.А. Смаилов, Клиническая психиатрия: учебное пособие по психиатрии - Туркестан: МКТУ им. Х.А.Ясави 2018.-190с.

ISBN- 978-601-243-904-5

«Учебное пособие для практических занятий по психиатрии» предназначено для студентов 5-курса по специальности «Общая медицина» медицинского факультета.

Учебное пособие подготовлено по основным темам, предусмотренным в типовой программе по предмету. Каждая темасодержит такие важные части как «Цель занятия», «Основные вопросы темы», «Методы обучения и преподавания», «Информационно-дидактический блок». Они необходимы для того, чтобы студент мог ознакомиться с рассматриваемой проблемой, кратким содержанием раскрываемых в учебном пособии тем, понять обобщение учебного материала. Контрольные вопросы и тестовые задания помогают студентам в процессе самоподготовки к практическим занятиям.

УДК 616.89
ББК 56.14

ISBN- 978-601-243-904-5

© Бекназар М.А.
Смаилова А.А., 2018

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрия - медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики и лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи населению.

Для изучения психических заболеваний наряду с основными методами клинической медицины (осмотр, пальпация и аускультация) используются основные приемы для выявления и оценки психического состояния — наблюдение за больным и беседа с ним.

При беседе больной может сообщить врачу о своих переживаниях, опасениях, страхах, плохом настроении, объяснить неправильное поведение, высказать неадекватные ситуации суждения и бредовые переживания.

Большое значение для оценки состояния больного имеют сведения о его прошлой жизни, отношении к происходящим событиям, взаимоотношения с окружающими. Часто при этом выявляются болезненные трактовки событий и явлений, и тогда речь идет не столько об анамнезе, сколько о психическом состоянии больного.

Для оценки психического состояния существенную роль играют данные объективного анамнеза, сведения, полученные от родственников больных и окружающих лиц.

Врачам иногда приходится встречаться с отрицанием болезни не только самим больным (анозогнозия), но и его близкими родственниками. Это наиболее часто наблюдается именно при таких психических заболеваниях, как эпилепсия, олигофрения, шизофрения. Известны случаи, когда родители больного, достаточно образованные люди и даже врачи, как бы не видят явных признаков болезни. Некоторые из них, несмотря на отрицание факта болезни, соглашаются на проведение необходимой терапии. В этих случаях врач обязан проявлять максимальную гибкость и такт и, исходя из интересов больного, проводить лечение, не уточняя диагноза, не настаивая на нем, не убеждая ни в чем родственников.

Особенностью психических заболеваний является длительность их течения. Если соматическое заболевание часто является эпизодом в жизни больного, то психические болезни продолжаются годы, а иногда и всю жизнь. В связи с этим возникают социальные проблемы: трудоустройство больного, перенесшего приступ болезни, нормализация семейных отношений, взаимоотношения с окружающими его людьми и т.д.

Психиатрия является клинической медицинской дисциплиной, между соматическими заболеваниями и психическими нарушениями имеются тесные связи. Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного и его психическую деятельность. Иными словами, психические нарушения при соматических заболеваниях складываются из психических соматогенных расстройств и реакций личности на болезнь.

1. Тема №1: Особенности исследования и методы диагностики психических заболеваний. Структура психиатрической помощи. Виды экспертиз. Расстройства восприятия.

2. Цель:

- принципы организации психиатрической службы в РК;
- основные классификации психических расстройств;
- юридические основы психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар;
- методы исследования, применяемые в психиатрии, и их диагностическое значение, роль в определении лечебной тактики.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Современная структура организации психиатрической помощи.
2. Особенности структуры стационаров для психически больных.
3. Первая и неотложная помощь больным с психическими нарушениями, основные показания к госпитализации.
4. Организация амбулаторной психиатрической помощи. Структура психиатрического диспансера.
5. Задачи социально-реабилитационных учреждений.
6. Методы исследования, применяемые в психиатрии.
7. Виды экспертиз.
8. Определение ощущений, восприятий, представлений.
9. Различие между восприятиями и представлениями.
10. Отличия галлюцинаций от метаморфозис и иллюзий.
11. Виды иллюзий.
12. Виды галлюцинаций.
13. Отличия полных галлюцинаций от неполных (псевдогаллюцинаций).
14. Патофизиологические механизмы иллюзий и галлюцинаций.
15. Синдромы расстройств ощущений и восприятий.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Структура психиатрической помощи.

Организация психиатрической помощи в любой стране не может осуществляться без решения вопросов правового положения психически больных.

Психиатрическую помощь населению оказывают в стационарных и амбулаторных условиях.

Стационарная психиатрическая помощь

Для стационарного лечения существуют психиатрические больницы и психиатрические отделения в многопрофильных больницах. Эти отделения могут быть профилированы специально для лечения больных с пограничными непсихотическими состояниями (невроты, психосоматические заболевания, неврозоподобные и церебрастенические расстройства) и лиц, страдающих психозами и одновременно соматическими заболеваниями, требующими активной терапии или оперативного вмешательства.

В психиатрических больницах принят территориальный принцип распределения больных: больные из определенного района или участка психоневрологического диспансера поступают в одно и то же отделение (таким

образом осуществляется преемственность в лечении между этими лечебными учреждениями).

Кроме того, в больнице имеются отделения для лечения больных с пограничными состояниями, лиц пожилого возраста, детей и подростков.

Последние годы в больших психиатрических больницах создаются специальные отделения психореанимации.

В детских и подростковых отделениях больные не только получают лечение, но и обучаются по программе массовой школы.

В психиатрических больницах стремятся создать условия и режим, приближающийся к таковым в соматических стационарах. В связи с тем что в психиатрических отделениях больные проводят более длительный период, здесь должны быть специальные помещения для отдыха, трудовой терапии, музыкальных занятий и др. Все помещения отделения должны быть спланированы так, чтобы облегчить наблюдение персонала за больными.

Внебольничная помощь психически больным

Внебольничная помощь развивается в трех направлениях: совершенствуется помощь больным в психоневрологическом диспансере; развивается новый вид консультативной психиатрической помощи в этом учреждении без постановки больного на учет; совершенствуется психиатрическая помощь вне диспансера, в системе общемедицинской помощи — в психотерапевтических кабинетах поликлиник и медико-санитарных частей, промышленных предприятий — для оказания ее больным с пограничными расстройствами и раннего выявления больных с другими психическими заболеваниями.

Внебольничная помощь, кроме психоневрологического диспансера, осуществляется в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют в трудовых процессах, развлечениях и вечером возвращаются домой.

Существуют ночные стационары, где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например курс внутривенных вливаний, иглорефлексотерапия, лечебный массаж и др. Утром больные возвращаются на работу.

Для детей существуют санаторные школы, в которых ослабленные дети с различными невротическими состояниями получают соответствующую терапию и обучаются в школе. Для восстановления психического здоровья большое значение имеют создание режима труда и отдыха, длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой. В санаторных школах дети находятся в течение одной четверти.

В системе социального обеспечения находятся психоневрологические интернаты, где получают лечение больные, страдающие хроническими психическими заболеваниями.

Умственно отсталые дети обучаются в специальных вспомогательных школах. В эти школы дети могут приходить из дома или жить постоянно в интернатах при школах, где осуществляется постоянное специальное наблюдение и систематическое лечение.

Дети дошкольного возраста с органическими поражениями центральной нервной системы и с заиканием получают помощь в специализированных яслях-садах, где наряду с воспитателями работают врачи-психиатры, психологи и логопеды.

В обязанности психоневрологического диспансера входит лечение больных, оказание им консультативной и социальной помощи.

При диспансере имеются лечебно-трудовые мастерские, в которых работают инвалиды по психическому заболеванию, пребывание в лечебно-трудовых мастерских дает возможность проводить систематическое лечение, обеспечивать питанием и зарабатывать больным небольшое количество денег.

Последние годы получила развитие специальная служба по борьбе с суицидами. Во многих городах работает «Телефон доверия», по которому в любое время суток может позвонить каждый человек, находящийся в тяжелом психическом состоянии, обусловленном жизненными неудачами. Психотерапевтическую помощь по телефону оказывают психиатры и психологи, прошедшие специальную подготовку.

Для оказания психотерапевтической и психологической помощи взрослым и подросткам имеются специальные кабинеты в общесоматических поликлиниках. В ряде крупных городов имеются специальные, так называемые кризисные отделения, работа в которых направлена на профилактику суицидального поведения.

В сельской местности имеется сеть психиатрических кабинетов в сельских больницах и районных поликлиниках и психиатрические отделения в центральных районных больницах.

Особенности исследования и методы диагностики психических заболеваний.

Клиническое обследование. Опрос больного и сбор анамнеза

В психиатрии опрос больного считается важнейшим методом обследования. Большинство симптомов психических расстройств можно выявить только со слов больного (явления психического автоматизма, навязчивые мысли и опасения, бредовые идеи, многие обманы чувств, деперсонализационные и дереализационные нарушения и др.).

Некоторые психические нарушения на основании наблюдения за поведением больного можно лишь заподозрить (слуховые галлюцинации, когда больной к чему-то прислушивается, бред преследования — по напряженному и испуганному виду и т.д.). При резком возбуждении, ступоре, нарушенном сознании расспрашивать приходится после того, как эти состояния минуют. С больным в психотическом состоянии лучше беседовать, предварительно получив о нем сведения от родных и близких, но при непсихотических расстройствах первым лучше расспрашивать самого больного, что повышает его доверие к врачу.

Опрос требует от психиатра определенных навыков, которые приобретаются в процессе накопления профессионального опыта. С одной стороны, больному всегда надо дать высказаться, а с другой — инициатива

всегда должна быть в руках врача. Какая-либо единая схема невозможна. Начинать обычно приходится с того, что послужило причиной обращения к психиатру. От врача всегда требуются выдержка, терпение, неизменная доброжелательность и сочувствие даже при явно враждебном отношении к нему больного. Однако всегда необходимо сохранять дистанцию, не допускать фамильярности. Никогда не следует скрывать от больного цели расспроса, представляться кем-либо другим, а не врачом-психиатром. При отказе отвечать на вопросы важнейшие из них все же должны быть заданы и отмечена реакция больного на них.

В задачу расспроса входит выяснить, насколько больной понимает происходящее вокруг, ориентирован в месте и времени, сохранена память на важнейшие события в его жизни и на события, предшествовавшие обращению к врачу. Больного просят дать объяснение тем его поступкам или высказываниям, которые у других могли вызвать подозрение о психическом расстройстве.

Если больной сам не высказывается о своих болезненных переживаниях, то ему задают наводящие вопросы о галлюцинациях, бреде и других расстройствах, наличие которых можно предположить, судя по его поведению или по полученным о нем сведениям. Всегда полезно задать вопрос о наличии суицидальных мыслей не только в настоящем, но и когда-либо в прошлом. Важно также выяснить отношение больного ко всем выявленным болезненным переживаниям и особенностям поведения: отсутствие критики, частичное, неустойчивое или достаточное критическое отношение к ним.

Субъективный анамнез. Сведения от самого больного собираются в процессе его опроса. Анамнез болезни сводится к выяснению, когда и какие ее признаки впервые появились, какие события этому предшествовали, как эти проявления изменялись, когда исчезали и т.д. Анамнез жизни включает воспоминания: в какой семье вырос, кто родители, как учился, какие в детском и подростковом возрасте были нарушения поведения (побеги из дома и т.д.). Важно выяснить, было ли злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими дурманящими средствами, в каком возрасте началось, насколько интенсивным было. Существенными являются данные о том, как больной оценивает свой социальный статус — трудовой и семейный: удовлетворен ли им, чем тяготится и чего ему недостает. Представляет интерес спросить больного о тех событиях прошлой жизни, которые он сам считает самыми тяжелыми, как он их переживал, были ли суицидальные мысли и попытки. Соматический анамнез, кроме перенесенных тяжелых заболеваний, должен учитывать сведения о черепно-мозговых травмах, даже с мгновенной потерей сознания, о нейроинтоксикациях и мозговых инфекциях и склонность к аллергическим реакциям.

Объективный анамнез — сведения, получаемые от родных и близких и других лиц, хорошо знающих больного. Эти сведения лучше получать от каждого по отдельности, в отсутствие других. Название «объективный» является условным, так как каждый опрашиваемый в свой рассказ

привносит субъективное отношение к больному. Врач должен руководить беседой, узнавая факты и пресекая попытки навязать себе чужое мнение. Так же собирают анамнез болезни: выясняют, когда и какие ее проявления возникли и что этому могло способствовать, а также анамнез жизни: сведения о наследственной отягощенности (психические болезни, слабоумие, алкоголизм и наркомании, суициды среди кровных родственников, а также наличие среди них лиц с необычно тяжелым характером). От родителей можно узнать об особенностях развития в детстве. Далее им задают те же вопросы, что и самому больному. Важно выяснить, о чем больной умолчал и что представил по-иному.

Осмотр больного

Осмотр психиатра отличается от обычного соматического. Должны быть отмечены следы повреждений (кровоподтеки, ссадины, рубцы от бывших порезов и ожогов, многократных инъекций, следы от странгуляционной борозды на шее) и описаны в истории болезни, что важно для возможных последующих экспертиз. Если в психиатрический стационар поступает неизвестный без документов, то должны быть описаны его основные внешние приметы: рост, телосложение, цвет глаз и волос, приблизительный возраст, родимые пятна, татуировки и рубцы на теле, а также имеющиеся физические недостатки.

Неврологический осмотр проводится по правилам, излагаемым в учебниках нервных болезней.

Соматический осмотр больных, неспособных предъявить жалобы, должен быть особенно тщательным. При наличии некоторых видов бреда, негативизме больные могут намеренно утаивать соматические нарушения. Если из-за резкого возбуждения и сопротивления больного осмотреть не удастся, то это должно быть отмечено в истории болезни.

Наблюдение за поведением больного

Наблюдение за поведением осуществляет не только врач. В стационарах дежурный средний медицинский персонал ведет специальные дневники, где отмечает за период своей смены особенности поведения каждого больного, находящегося под строгим или усиленным наблюдением. Об остальных больных записи делают по мере надобности (нарушения режима, конфликты, отказ от еды или видимые внешние проявления психических расстройств).

Врач начинает наблюдение с первого контакта с больным. При возбуждении отмечают его особенности: целенаправленные действия или бессмысленные стереотипно повторяющиеся движения, возгласы, мимика, реакция на окружающее. При заторможенности надо оценить ее степень. Во время беседы отмечают особенности интонации голоса больного (монотонность, скорбность и т.д.), живость мимики, жесты, а также особенности речи (быстрая, медленная, задержки, тихая и т.д.). На поведении могут ярко отражаться галлюцинации (больной к чему-то пристально приглядывается, прислушивается, принюхивается) и бред, крайняя подозрительность и настороженность, внезапная агрессия по отношению к кому-либо).

Психологическое обследование проводится специалистами — медицинскими (клиническими) психологами или врачами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии. Задачей является обнаружение нарушений психических процессов — восприятия, памяти, внимания, мышления, оценка особенностей интеллекта и личности в целом.

Важны те инициальные, маловыраженные нарушения, которые еще могут не проявляться при клиническом обследовании. Например, с помощью специальных приемов, когда в начале шизофрении еще не проявились нарушения мышления, могут быть установлены характерные искажения процесса обобщения. При надвигающемся атеросклеротическом слабоумии тонкие нарушения памяти и внимания также могут быть установлены только с помощью специальных психологических методик. У больных с дефектами психики в целях реабилитации психологические исследования позволяют оценить наиболее сохранные стороны личности, навыки и умения. Специальные приемы предназначены для обнаружения тех болезненных переживаний, которые больной не раскрывает, например скрытой депрессии или психотравмирующих ситуаций.

Направляя больного на психологическое обследование, необходимо сформулировать вопросы, в первую очередь интересующие врача и позволяющие выяснить уровень интеллекта, наличие нарушений мышления, характерных для шизофрении; изменений памяти и внимания, присущих органическому поражению мозга; личностных особенностей при неврозах и психопатиях и т.д.

Оценка уровня интеллекта чаще всего осуществляется с помощью теста Векслера. На основании выполнения обследуемым заданий вычисляется коэффициент интеллектуальности — «ай кью» (IQ — Intellectual Quotient), официально принятый для этой цели Всемирной организацией здравоохранения. Средней нормой считается 100, но в современной здоровой популяции в развитых странах у большинства величина выше 100. Величины от 90 до 70 считаются областью пограничной, «низкой нормой», но не рассматриваются как слабоумие. К дебильности относят величины от 70 до 50, к имбецильности, т.е. глубокому слабоумию, — ниже 50.

Нарушения памяти можно оценить с помощью таких простых приемов, как запоминание 10 слов, не связанных по смыслу. Возможность их воспроизведения проверяется сразу (кратковременная память) и через несколько часов (долговременная память). Другими приемами проверяется воспроизведение коротких рассказов (смысловая память) или показанных картинок (зрительная память) и др.

Выявление психотравмирующих факторов и болезненных переживаний, которые больной не раскрывает, бывает особенно важным как для диагностики и прогноза, так и для психотерапии.

Чаще всего для этого используются проективные методы. Среди них наиболее известна методика неоконченных предложений: обследуемому предлагают закончить фразы вроде «Супружеская жизнь кажется мне...», «Настоящий друг тот, кто...» и т.д. Применяется также Тематический

апперцепционный тест (ТАТ) — картинки с изображением различных ситуаций, которые испытуемый должен прокомментировать (например: «Прохожего обрызгала грязью проехавшая автомашина»).

Оценка внутрисемейных отношений также может осуществляться методами психологической диагностики. Детям предлагают нарисовать их семью. По тому, как изображаются и где располагаются на листе члены семьи, понятны их отношения к ребенку и отношения между собой.

Медицинский психолог представляет врачу-психиатру полученные результаты психологического обследования больного и их толкование. Эти данные для клинического диагноза служат только вспомогательным материалом, их окончательная оценка остается за врачом.

Нейрофизиологическое обследование

Среди нейрофизиологических методов наиболее часто при обследовании психически больных используется электроэнцефалография, реже реоэнцефалография и эхоэнцефалография.

Нейрорентгенологическое обследование

Краниография — рентгенограмма костей черепа — позволяет по косвенным признакам судить об органическом поражении мозга. Например, усиление пальцевидных вдавлений служит признаком длительного повышения внутричерепного давления. Участки избыточного обызвествления встречаются после перенесенных черепно-мозговых травм.

Пневмоэнцефалография (ПЭГ) — рентгенограмма мозга, проводимая после выпуска части спинномозговой жидкости и введения вместо нее воздуха или кислорода, которые заполняют желудочки мозга и субарахноидальное пространство. Этим методом удастся выявить спасчные процессы в мозговых оболочках, некоторые опухоли, атрофические изменения. С появлением компьютерной томографии головы данный метод можно считать устаревшим.

Ангиография сосудистой системы мозга производится путем введения через сонную артерию контрастных или радиоактивных веществ с последующей рентгенографией. Позволяет выявить поражения мозговых сосудов, а также локальные поражения мозга (опухоли и др.).

Компьютерная томография головы — автоматизированное послыное рентгенологическое исследование тканей мозга с анализом результатов на ЭВМ и последующим построением объемного изображения на специальном экране. Является ценным методом для выявления локализации очагов поражения в головном мозге. Этим методом диагностируются мозговые опухоли, атрофические процессы, кисты, абсцессы и т.д.

Психиатрическая история болезни

История болезни является не только медицинским, но и юридическим, и научным документом. Психиатрическая история болезни имеет ряд особенностей.

В паспортной части, например, необходимо указать адрес не только больного, но и фамилию, имя, отчество, адрес и телефон его ближайшего родственника. При первом осмотре должно быть отмечено, по чьей инициативе

и по какой причине обратились к психиатру или госпитализировали больного. Далее описывается психический статус при первом осмотре: ориентировка в окружающем, признаки нарушения сознания, проявления расстройств восприятия, мышления, памяти. Подробно описываются как жалобы больного (если он отказывается их предъявлять, то это должно быть отмечено), так и высказываемые им бредовые идеи, а также идея навязчивости, двигательные и речевые нарушения. Оценивается степень критичности больного к своему поведению и высказываниям.

Не следует перегружать записываемые сведения незначимой информацией (например, перечислять у взрослых пациентов перенесенные без осложнений детские инфекции) или отмечать отсутствие симптомов, которые вряд ли могут быть при данном синдроме (например, отсутствие суицидальных мыслей у эйфорического больного). При описаниях нельзя пользоваться одной психиатрической терминологией (вроде «у больного бред преследования», «имеются слуховые галлюцинации» и т.д.), необходимо приводить высказывания больного или описывать его поведение, из чего следовала бы констатация определенных расстройств.

Если можно выяснить анамнез со слов больного, то его записывают вслед за статусом (чтобы было видно, в каком состоянии анамнез собран). Если это не удастся, то анамнез оформляют в последующем, когда состояние больного улучшается. Если больного сопровождают близкие, то сведения собирают также с их слов.

Осмотр пациента включает неврологическое обследование и определение соматического статуса.

Дневниковые записи включают высказывания больного, результаты наблюдения за его поведением, консультации специалистов, лабораторные исследования и все лечебные мероприятия. Частота записей определяется состоянием больного — от нескольких в течение одних суток (тогда указывается час) при острых и опасных для жизни состояниях, до одной в неделю у хронических стационарных больных.

При домашних отпусках записываются сведения о дне и часе ухода и возвращения, о выданных на руки лекарствах и психическом состоянии до и после отпуска, а также о поведении дома (со слов близких).

Если пациент лечился ранее в других психиатрических учреждениях, то от них запрашиваются медицинские сведения. При выписке история болезни завершается эпикризом, кратко отражающим все ее содержание. Копия данного эпикриза обычно высылается по запросу других психиатрических учреждений и служит медицинскими сведениями. Сама же история болезни выдается только по требованию прокурора или суда под расписку их представителя.

Виды экспертиз.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе используются понятия правоспособность и дееспособность.

Под правоспособностью понимается право граждан в соответствии с законом иметь имущество в личной собственности, наследовать и завещать имущество, иметь авторские права и др.

Гражданская дееспособность — это способность гражданина приобретать и осуществлять свои права, создавать для себя гражданские обязанности и выполнять их. Гражданская дееспособность осуществляется по достижении 18 лет, т.е. совершеннолетия.

По гражданскому кодексу дееспособность предусматривает у граждан такое психическое состояние, при котором он понимает значение своих действий и может руководить ими, т.е. находится в здравом уме и твердой памяти.

Понятие «дееспособность» включает медицинский и юридический критерии. Медицинский — это наличие психического расстройства. Юридический отражает глубину и характер психических расстройств, т.е. способность или неспособность лица понимать значение своих действий или руководить ими. Для признания человека недееспособным оба критерия должны иметь место. Решающее значение придается юридическому критерию, так как он отражает выраженность психических расстройств, которые приводят к неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

Военная психиатрическая экспертиза предусматривает различные требования к состоянию здоровья следующих категорий граждан:

I — при первоначальной постановке на военный учет призыва на военную службу;

II — военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;

III — военнослужащие, проходящие военную службу по контракту;

IV — предназначенные для прохождения военной службы на подводных лодках, проходящие военную службу на подводных лодках.

Выделяют следующие категории годности к военной службе:

A — годен к военной службе;

B — годен к военной службе с незначительными ограничениями;

B — органично годен к военной службе;

Г — временно не годен к военной службе;

Д — не годен к военной службе.

Так, негодными к военной службе признаются все лица, страдающие всеми формами шизофрении, эпилепсии, выраженными расстройствами личности.

При проведении экспертизы трудоспособности перед врачом возникают два вопроса: во-первых, на основании клинических проявлений, остроты и тяжести болезни, а также значения поврежденной функции для производственной деятельности больного решить, идет речь о полной утрате трудоспособности или о ее снижении; во-вторых, носит ли утрата или снижение трудоспособности временный или стойкий характер.

Решение этих двух вопросов определяет правильность экспертной тактики по отношению к больному, выдача больничного листа, стационарное

лечение или обследование, направление на ВТЭК для оформления той или иной группы инвалидности с последующей трудовой рекомендацией.

При выявлении у больного стойкой утраты трудоспособности врач-эксперт должен определить ее степень, что соответствует 3 группам инвалидности.

Расстройства восприятия

Ощущение — такой вид психической деятельности, который, возникая при непосредственном воздействии предметов и явлений окружающего мира на органы чувств, отражает лишь отдельные свойства этих предметов и явлений. Например, воспринимается только цвет или консистенция предмета либо звук какого-то явления и т.д. Ощущение — самый элементарный акт познавательного процесса.

Восприятие — это целостное отражение тех явлений или предметов окружающего мира, которые непосредственно воздействуют на наши органы чувств (человек воспринимает цветок в целом, видит его цвет и форму, чувствует запах, тонкость его лепестков).

Одним из свойств восприятия является представление, которое позволяет удерживать информацию на непосредственном уровне.

Расстройства, относящиеся к нарушениям чувственного познания, называются сенестопатиями (от лат. *sensus* — чувство, ощущение + греч. *pathos* — болезнь, страдание).

Сенестопатии — патологические ощущения в виде возникающего в различных частях тела или внутренних органах неприятного, а иногда очень тягостного, мучительного чувства покалывания, давления, жжения, скручивания, стягивания, не связанного с какой-либо соматической патологией.

Алгезия — расстройство чувства боли. При наличии такого симптома обязательно следует исключить какую-либо неврологическую патологию.

Анестезия — потеря чувствительности, исчезновение ощущений, что может касаться как отдельных экстерорецепторов (утрата тактильной чувствительности, чаще всего на отдельных участках тела, утрата зрения или слуха с одной или обеих сторон), так и нескольких сразу (например, выпадение слуха и зрения одновременно). При такой патологии, имеющей чаще всего истерическую природу, необходимы самое тщательное объективное обследование, в первую очередь неврологическое (при кожной анестезии, например, участки потери ощущений не соответствуют зонам иннервации), а также другие специальные методы обследования.

Гипестезия — понижение чувствительности к внешним раздражителям. Звуки воспринимаются приглушенно, свет кажется тусклым, краски — какими-то блеклыми, стертыми («все кругом какое-то серое и лампочка так слабо светит»).

Гиперестезия — обостренное, усиленное чувственное восприятие со стороны экстерорецепторов, касающихся как отдельных анализаторов (острое до непереносимости восприятие обычных запахов — гиперосмия; непереносимость обычных звуков — гиперacusия и т.д.), так и сочетания их

(например, и свет, и звук кажутся очень сильными). Гиперестезия сопровождается реакцией раздражения.

Синестезии — особенности чувственного восприятия, заключающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с какого-то другого или нескольких анализаторов. Так, известный французский поэт Бодлер чувствовал в «слиянии воедино» запахи, звуки и краски («Аромат зеленый и звучный»), хотя реально ощущал в это время только запах. У другого известного французского поэта — Артюра Рембо — гласные буквы окрашивались в определенные цвета: «а» — в черный, «е» — в белый, «о» — в голубой и т.д.

Синестезии не обязательно патология, они могут встречаться и в норме — у одаренных музыкантов, поэтов, художников. Они могут возникать как временная патология при действии психотомиметических средств.

Иллюзии — расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может иметь место и на фоне полного психического здоровья, когда искаженная перцепция связана с недостатком того или иного органа чувств или с проявлением одного из законов физики.

Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельности, чаще всего подразделяются на аффективные или аффектогенные, вербальные и парэйдолические.

Аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием сильного чувства, такого аффекта как сильный страх, чрезмерное нервное напряжение. В таком напряженном состоянии человек прозрачную штору ошибочно воспринимает как качающийся скелет, пальто на вешалке кажется страшным бродягой, галстук на спинке стула — ползущей змеей, в шуме вентилятора слышатся угрозы в свой адрес и т.д.

Вербальные иллюзии (от лат. *verbalis* — устный, словесный) выражаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного страха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему.

Парэйдолические иллюзии (от греч. *para* — возле, около + *eidoles* — образ) — расстройства восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются измененно, обычно в причудливо-фантастическом виде. Например, узор на обоях воспринимается как гигантская жаба, тень от торшера — как голова какого-то страшного ящера, узоры на ковре — как прекрасный, никогда прежде не виданный пейзаж, очертания облаков — как живописная группа людей.

Иллюзии подразделяют по органам чувств, но чаще всего выделяют зрительные и слуховые.

Галлюцинации — расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует. Это, как говорят, восприятие без объекта.

К галлюцинациям нельзя относить миражи — явления, основанные на законах физики.

Подобно иллюзиям, галлюцинации подразделяются по органам чувств. Обычно выделяют слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные и так называемые галлюцинации общего чувства, к которым чаще всего относят висцеральные и мышечные галлюцинации.

Могут быть и комбинированные галлюцинации (например, больной видит змею, слышит ее шипение и чувствует ее холодное прикосновение).

Все галлюцинации, независимо от того, относятся ли они к зрительным, слуховым или другим обманам чувств, делятся на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации всегда проецируются вовне, связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой («голос» звучит из-за реальной стены; «черт», помахивая хвостиком, садится на реальный стул, оплетая хвостом его ножки и т.д.), чаще всего не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи. Истинные галлюцинации иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

Псевдогаллюцинации характеризуются следующими отличительными особенностями:

- а) чаще всего проецируются внутри тела больного, главным образом в его голове («голос» звучит внутри головы, внутри головы больной видит визитную карточку с написанными на ней неприличными словами и т.д.);
- б) если даже псевдогаллюцинаторные расстройства проецируются и вне собственного тела (что бывает гораздо реже), то они лишены характера объективной реальности, свойственной истинным галлюцинациям, совершенно не связаны с реальной обстановкой. Более того, в момент галлюцинирования эта обстановка как бы куда-то исчезает, больной в это время воспринимает только свой галлюцинаторный образ;
- в) появление псевдогаллюцинаций, не вызывая у больного каких-либо сомнений в их реальности, всегда сопровождается чувством сделанности, подстроенности, наведенности этих голосов или видений.

Псевдогаллюцинации являются, в частности, составной частью синдрома Кандинского—Клерамбо, в который входит также бред воздействия, поэтому больные и убеждены, что «видение» им «сделали с помощью особых аппаратов», «голоса наводят прямо в голову транзисторами».

Слуховые галлюцинации чаще всего выражаются в патологическом восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров (фонемы), а также отдельных звуков или шумов (акоазмы).

Словесные (вербальные) галлюцинации могут быть самыми разнообразными по содержанию: от так называемых окликов (больной «слышит» голос, называющий его имя или фамилию) до целых фраз или даже длинных речей, произносимых одним или несколькими голосами.

Наиболее опасны для состояния больных императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер, например больной слышит приказание молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение. Ввиду того, что подобные «приказы» являются следствием патологии психической деятельности галлюцинирующего человека, больные с такого рода болезненными переживаниями могут быть очень опасны как для себя, так и для окружающих, а потому нуждаются в особом надзоре и уходе.

К слуховым галлюцинациям относятся также комментирующие, когда больной «слышит речи» обо всем, о чем бы он ни подумал или что бы ни сделал.

Антагонистические (контрастирующие) галлюцинации выражаются в том, что больной слышит две группы «голосов» или два «голоса» (иногда один справа, а другой слева) с противоречивым смыслом («Давайте сейчас с ним расправимся». — «Нет, подождем, он не такой уж плохой»; «Нечего ждать, давай топор». — «Не трогай, он свой в доску»).

Зрительные галлюцинации могут быть либо элементарными (в виде зигзагов, искр, дыма, пламени — так называемые фотопсии), либо предметными, когда больной очень часто видит не существующих в действительности зверей или людей (в том числе и тех, кого он знает или знал), животных, насекомых, птиц (зоопсии), предметы или иногда части тела человека и т.д.

Подчас это могут быть целые сцены, панорамы, например поле боя, ад со множеством бегающих, кривляющихся, дерущихся чертей (панорамические, киноподобные). «Видения» могут быть обычных размеров, в виде очень мелких людей, животных, предметов и т.д. (лилипутские галлюцинации) или в виде очень больших, даже гигантских (макроскопические, гулливерские галлюцинации). В некоторых случаях больной может видеть себя, свой собственный образ (галлюцинации двойника, или аутоскопические).

Иногда больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения (экстракамбинные галлюцинации).

Обонятельные галлюцинации чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (больной ощущает запах гниющего мяса, гари, тления, яда, пиши), реже — совсем незнакомый запах, еще реже — запах чего-то приятного. Нередко больные с обонятельными галлюцинациями отказываются от еды, так как уверены, что «в пищу им подсыпают ядовитые вещества» или «кормят гнилым человеческим мясом».

Тактильные галлюцинации выражаются в ощущении прикосновения к телу, жжения или холода (термические галлюцинации), в ощущении хватания (гаптические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические галлюцинации), ползания по телу насекомых. Больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают.

Висцеральные галлюцинации — ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей («в животе лягушка сидит», «в мочевом пузыре головастики расплодились», «в сердце клин вбит»).

Гипнагогические галлюцинации — зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах (их название происходит от греч. *hypnos* — сон), что делает их более родственными псевдогаллюцинациям, чем истинным галлюцинациям (нет связи с реальной обстановкой). Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сценopodobными, иногда калейдоскопическими («у меня в глазах какой-то калейдоскоп», «у меня теперь собственный телевизор»). Больной видит какие-то рожи, гримасничающие, показывающие ему язык, подмигивающие, чудовищ, причудливые растения.

Значительно реже такое галлюцинирование может возникать во время другого переходного состояния — при пробуждении. Подобные галлюцинации, также возникающие при закрытых глазах, носят название гипнопомпических.

Оба этих вида галлюцинации нередко бывают одними из первых предвестников белой горячки или какого-то другого интоксикационного психоза.

Функциональные галлюцинации — те, что возникают на фоне реального раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия

Так же могут возникать зрительные, тактильные и другие галлюцинации. От истинных галлюцинаций функциональные отличаются наличием реального раздражителя, хотя и имеют совершенно иное содержание, а от иллюзий — тем, что воспринимаются параллельно среальным раздражителем (он не трансформируется в какие-то «голоса», «видения» и т.д.).

Внушенные и вызванные галлюцинации.

Галлюцинаторные обманы чувств можно внушить во время сеанса гипноза, когда человек будет чувствовать, например, запах розы, сбрасывать с себя «обвивающую» его веревку. При известной готовности к галлюцинированию возможно появление галлюцинаций и тогда, когда спонтанно эти обманы чувств уже не появляются (например, если человек только что перенес делирий, особенно алкогольный). Симптом Липмана — вызывание зрительных галлюцинаций легким нажатием на глазные яблоки больного, иногда к надавливанию следует добавить и соответствующее внушение. Симптом чистого листа (симптом Рейхардта) заключается в том, что больному предлагается очень внимательно рассматривать чистый лист белой бумаги и рассказывать, что он там видит. При симптоме Ашаффенбурга больному предлагают поговорить по выключенному телефону; таким образом проверяется готовность к возникновению слуховых галлюцинаций. При проверке последних двух симптомов также можно прибегнуть к внушению, сказав, допустим: «Посмотрите, какого вы мнения об этом рисунке?», «Как вам нравится эта собака?», «Что вам сообщает по телефону этот женский голос?»

Изредка внушенные галлюцинации могут иметь и индуцированный характер: здоровый, но внушаемый, с истерическими чертами характера

человек может вслед за больным «увидеть» черта, ангелов, какие-то летающие предметы и т.д.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Клинические методы: опрос и наблюдение.
2. Особенности стиля психиатрической беседы.
3. Роль и стратегии врача психиатра.
4. Субъективный и объективный анамнез.
5. Управление диалогом.
6. Проявления симуляции, аггравации и десимуляции.
7. Соматический осмотр.
8. Неврологический осмотр.
9. Нейрофизиологические методы, ЭЭГ, РЭГ, МРТ, КТ.
10. Психологические методы.
11. Структура диспансерного раздела психиатрической помощи.
12. Стационарный раздел психиатрической помощи.
13. Контроль качества психиатрической помощи.
14. Виды экспертиз.
15. Понятие о невменяемости.
16. Правоспособность и дееспособность.
17. Какими вопросами занимается судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском кодексе?
18. Какими вопросами занимается судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном кодексе?
19. Определение потенциальной опасности психически больных.
20. Критерии определения беспомощности состояния психически больных.
21. Определение степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические расстройства совершенного преступления.
22. Степени ограничения жизнедеятельности при психических заболеваниях.
23. Основные функции и задачи военно-врачебной экспертизы (ВВЭ).
24. Определите и перечислите степени функциональных нарушений.
25. Формулировка решений ВВЭ о причинах заболеваний и увечий.
26. Определение ощущений, восприятий, представлений.
27. Различие между восприятиями и представлениями.
28. Отличия галлюцинаций от метаморфозий и иллюзий.
29. Виды иллюзий.
30. Виды галлюцинаций.
31. Отличия полных галлюцинаций от неполных (псевдогаллюцинаций) .

Тесты для самоконтроля

1. Основанием для установления психически больному инвалидности является:

- а) наличие психического расстройства

б) стойкое ограничение трудоспособности

- в) динамическое наблюдение в психоневрологическом диспансере
- г) наличие суицидных мыслей
- д) желание пациента

2. Факт вменяемости устанавливает:

- а) врач-психиатр психиатрического диспансера
- б) комиссия врачей-психиатров психиатрического стационара
- в) судебно-психиатрическая экспертиза
- г) суд
- д) органы внутренних дел

3. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится по постановлению:

- а) следователя
- б) прокурора
- в) органов дознания
- г) родственников
- д) суда

4. Врач-психиатр впервые осматривает больного, находящегося на лечении в соматическом стационаре. В начале беседему следует:

- а) представиться терапевтом или невропатологом
- б) представиться сослуживцем или знакомым родственником больного
- в) представиться психологом или лицом, проводящим социальный опрос
- г) точно назвать свою специальность и цель консультации
- д) вовсе не обращать внимания на этот момент консультации

5. Больной чувствует, что внутри его тела что-то «лопается», «отслаивается», «переворачивается». Описанное расстройство называется:

- а) парейдолии
- б) парестезии
- в) психосенсорные расстройства
- г) сенестопатии
- д) висцеральные галлюцинации

6. Больной жалуется, что окружающие звуки воспринимались как бы через толстое стекло. Освещение в палате воспринималось тусклым. Описанное расстройство называется:

- а) парестезия
- б) гипостезия
- в) сенестопатия
- г) парейдолии
- д) псевдогаллюцинации

7. Больной жалуется, что обычный свет ослепляет, звуки оглушают, щелчок замка воспринимается как выстрел. Все раздражает. Описанное расстройство называется:

- а) гиперестезия**
- б) сенестопатия
- в) психосенсорные расстройства
- г) парейдолии
- д) псевдогаллюцинации

8. Больная жалуется, что ее ноги удлиняются, закручиваются, пальцы становятся то длиннее, то короче. Голова распадается на дольки, которые то сдвигаются, то расходятся, надколенники воспринимаются как раздробленные и части их то отходят в сторону, то стремятся к центру. Описанное расстройство называется:

- а) аутометаморфозии**
- б) сенестопатии
- в) макросии
- г) парейдолии
- д) псевдогаллюцинации

9. Галлюцинации при засыпании называются:

- а) гипналомпические
- б) экстракампинные
- в) гипнагогические**
- г) функциональные
- д) рефлекторные

10. Больная заявляет, что «внутренним взором» видит все, что происходит за пределами квартиры. Описанное расстройство называется:

- а) сенестопатии
- б) истинные галлюцинации
- в) вербальные галлюцинации
- г) парейдолические иллюзии
- д) псевдогаллюцинации**

7. Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

1. Материалы лекции.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
5. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядощ А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ. – Москва: «АСТ»- Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №2: Клиническая характеристика расстройств мышления и интеллекта.

2. Цель: Расстройства мышления и интеллекта.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ
Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

3. По теме настоящего занятия:

- Классификация нарушений мышления.
- Расстройства образования понятий.
- Нарушения мышления по темпу течения ассоциаций.
- Расстройства формы мышления.
- Нарушения содержания мышления.
- Навязчивые идеи.
- Доминирующие и сверхценные идеи.
- Бредоподобные фантазии.
- Насильственные мысли.
- Бред, формы бреда.

- Содержание бреда
- Нарушения интеллекта.

4. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Классификация нарушений мышления

Мышление — обобщенное отражение человеком предметов и явлений в их закономерных связях и отношениях. Основным элементом мышления является понятие — отражение в сознании человека наиболее общих и существенных свойств и качеств предметов и явлений в отличие от ощущений, восприятий и представлений, которые отражают либо отдельные конкретные свойства предметов и явлений (ощущения), либо эти конкретные явления и предметы в целом (восприятия), либо воспроизведение образов, воспринятых в прошлом (представления). Например, понятие «дом» отражает общие свойства самых различных построек разной архитектуры, величины, стиля, месторасположения, содержит смысл «собственного жилища» и т.д.

Одной из самых главных особенностей понятий является то, что они базируются не только на собственном опыте человека, но и включают в себя опыт предыдущих поколений, закрепленный с помощью языка. Именно поэтому овладение языком способствует усвоению всего багажа знаний, накопленных человечеством.

Мыслительные операции включают в себя анализ, синтез, сравнения и обобщения, абстракцию и конкретизацию с последующим переходом к образованию понятий.

Процесс ассоциации может нарушаться самым различным образом в зависимости от характера болезни, ее стадии, типа течения и исхода.

Расстройства ассоциативного процесса

Ускорение мышления выражается в ускоренном течении ассоциативных процессов; мысли очень быстро сменяют друг друга, их так много, что больные, несмотря на очень быструю речь, все-таки не успевают их высказывать. Внешне такая речь больных может напоминать шизофазию (разорванную речь), однако если ее записать, например, на магнитофон, то потом можно найти в ней определенный смысл, чего нет при шизофазии.

Для патологически ускоренного течения ассоциативных процессов характерна также отвлекаемость: мышление больного становится поверхностным, склонным к моментальному переключению; все, что попадает в поле зрения такого больного, тут же привлекает его внимание, занимает его мысли, дает новое направление его идеям. Крайняя степень отвлекаемости выражается в «скачке идей» (*fuga idearum*), когда мысли больных, молниеносно сменяя друг друга, переключаются с одного предмета на другой так быстро, что уже трудно бывает уловить в них какой-нибудь общий смысл.

Может быть прерывистость ассоциаций (так называемые шперрунги; от нем. *spernung* — загораживание, баррикадирование).

Замедление мышления характеризуется бедностью ассоциаций, медленным течением ассоциативного процесса, заторможенностью его. Больные с такими явлениями жалуются, что у них «часами не бывает в голове никаких мыслей», «ничего не приходит в голову». На вопросы они обычно отвечают очень лаконично, односложно, иногда только словами «да» или «нет», часто после очень долгой паузы, когда у спрашивающего уже может создаться впечатление, что больной не расслышал или не понял вопроса. Сами больные в таком состоянии говорить не начинают, ни к кому ни за чем не обращаются.

Патологическая обстоятельность мышления заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных процессов; больным очень трудно переключиться с одной темы на другую, они застревают на самых незначительных деталях, им все кажется важным, нужным — каждая мелочь, каждый штрих; они не могут выделить главного, основного, существенного.

Патологическая обстоятельность мышления характеризуется очень малой продуктивностью, подчас же вообще непонятно, что больной хотел сказать, какой смысл имела его длинная речь (лабиринтное мышление).

Персеверация мышления (лат. *perseveratio* — настойчивость, упорство) — патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что клинически выражается в повторении (иногда очень длительном) одних и тех же фраз или слов. Чаще всего такие больные могут правильно ответить только на первый вопрос врача, а затем уже однообразно повторяют тот же ответ или части его.

Вербигерация (от лат. *verbum* — слово + *gero* — веду, совершаю) — речевая стерсотипия — бессмысленное, нередко ритмическое повторение одних и тех же слов, реже — фраз или их обрывков.

Паралогичное мышление характеризуется отсутствием в мышлении логической связи; выводы, которые делает больной в таких случаях, не только не закономерны, но часто совершенно нелепы.

Резонерство — склонность к пустым рассуждениям, когда, как творят, «очень много слов и мало мыслей». Такое мышление характеризуется бесплодностью, отсутствием конкретности, целенаправленности: «Вы видите, как это важно, мне бы хотелось сказать и отметить, что это очень важно, важность значительная, это надо отметить, вы же не будете думать, что это не важно».

Разорванность мышления выражается в отсутствии связи между отдельными мыслями или даже отдельными словами. Речь такого больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, и поэтому ее нередко называют словесной крошкой, словесным салатом.

Паралогичное мышление, резонерство и разорванность мышления наиболее характерны для шизофрении.

Бессвязность мышления (инкогерентность, инкогерентное мышление; лат. *in* — частица отрицания + *coherentia* — сцепление, связь) характеризуется полной хаотичностью, бессмысленностью мышления, речь состоит из набора отдельных слов, никак между собой не связанных.

Инкогерентность внешне может напоминать то, что носит название разорванного мышления, но главное отличие состоит в том, что разорванное мышление возникает на фоне ясного сознания; инкогерентность же всегда является следствием помрачения сознания (обычно по типу аментивного синдрома, аменции).

Символическое мышление. Символика свойственна и нормальному мышлению тогда, когда она отражает общепринятые идеи, взгляды, связана с той или иной реальностью (например, символика гербов, математических знаков, наконец, рисунков в виде сердца, пронзенного стрелой).

При патологическом символизме (свойственном главным образом больным шизофренией) эта патология мышления сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. Эта символика может касаться как отдельных слов, понятий, так и всего строя мышления в целом. Больной может воспринимать символически и речь окружающих.

Больные с символическим мышлением могут придавать особый смысл самым обыденным вещам («желтый цвет обоев — значит, здесь живут ненадежные, склонные к изменам люди»; слова «хороший аппетит» говорят о том, что этот человек «сживет со света всех ему неугодных»).

Сверхценные идеи

Патология мышления может выражаться в таком феномене, как сверхценные идеи — гиперквантивалентные идеи (от лат. *hyper* — над, сверх + лат. *quantum* — сколько + *valenti* — сила) — мысли, возникающие в связи с какими-то действительными фактами или событиями, но приобретающие для человека особую значимость, определяющие все его поведение. Характеризуются большой эмоциональной насыщенностью, выраженным эмоциональным подкреплением. Например, человек, действительно пишущий стихи и, может быть, удостоившийся за это когда-то похвалы, начинает думать, что он необыкновенный, чрезвычайно талантливый, гениальный поэт, и вести себя соответствующим образом. Непризнание же его окружающими он расценивает как происки недоброжелателей, зависть, непонимание и в этом своем убеждении уже не считаете ни с какими реальными фактами.

Такие сверхценные идеи собственной исключительности могут возникать и по поводу других чрезвычайно переоцениваемых способностей: музыкальных, вокальных, писательских. Может переоцениваться и собственная склонность к научной деятельности, изобретательству, реформаторству. Возможны сверхценные идеи физического недостатка, недоброжелательного отношения, сутяжничества.

Человек, имеющий небольшой косметический недостаток, например слегка оттопыренные уши, считает, что это — трагедия всей его жизни, что окружающие к нему из-за этого плохо относятся, что все его неудачи связаны только с этим «уродством». Или человека кто-то действительно обидел, и он после этого ни о чем другом уже не может думать, все его помыслы, все его внимание направлены только на это, он уже и в самых безобидных действиях видит только одно — желание ущемить его интересы, вновь задеть его. То же может касаться и сутяжничества (кверулянтства — от лат. *querulus* —

жалующийся) — склонности к бесконечным жалобам, рассылаемым во всевозможные инстанции, причем число этих инстанций все возрастает, так как в конечном итоге каждая инстанция (например, газета, суд и т.д.), куда вначале жаловался такой сутяга, не признавшая его «правоты», сама становится объектом очередной жалобы.

Сверхценные идеи особенно характерны для психопатических личностей.

Бредовые идеи

Бредовые идеи (бред) — неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность, не соответствующие действительности. От обычных человеческих заблуждений бред отличается следующим:

- 1) он всегда возникает на болезненной основе, это всегда симптом болезни;
- 2) человек полностью убежден в достоверности своих ошибочных идей;
- 3) бред не поддается никакой коррекции, никакому разубеждению со стороны;
- 4) бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе они влияют на его поведение, определяют его поступки. Просто заблуждающийся человек при настойчивом разубеждении может отказаться от своих заблуждений. Никакими фактическими доказательствами бредового больного разубедить не удастся.

По клиническому содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи с известной долей схематизма можно разделить на три большие группы:

- 1) бредовые идеи преследования;
- 2) бредовые идеи величия;
- 3) бредовые идеи самоуничтожения (депрессивный бред).

Бредовые идеи преследования

Бред отношения заключается в патологическом убеждении человека, что все имеет к нему отношение: окружающие смеются над ним, перемигиваются по его адресу, он вызывает их насмешливое или даже брезгливое к себе отношение. Такие больные перестают посещать общественные места, пользоваться общественным транспортом, ходить в театр или на лекции, так как убеждены, что стоит им только появиться, как все тут же замечают их, насмешливо улыбаются, как-то подозрительно смотрят, плохо говорят о них. Разновидностью бреда отношения является бред особого смысла (особого значения). При этом самым обычным вещам больные придают особое значение, видят в них особый для себя смысл.

Сенситивный (от лат. *sensibilis* — чувствительный) бред отношения формируется на основе таких особенностей личности, как застенчивость, впечатлительность, ранимость, мнительность.

Бред отравления заключается в болезненной убежденности человека в том, что его хотят отравить, поэтому он отказывается от еды («постоянно яд в пищу подсыпают»), не принимает лекарств («под видом лечения отравить хотят»), не покупает расфасованных продуктов («я же знаю, что мне дадут бутылку с отравленным молоком»).

Бред воздействия может иметь много различных вариантов: больной убежден, что на него на расстоянии воздействуют гипнозом, электричеством,

атомной энергией, влияя таким образом на его мышление, поступки, вызывая у него сексуальное возбуждение.

Бред преследования в собственном смысле означает патологическую убежденность в том, что «преследователи» находятся в непосредственном окружении больного, ходят за ним по улице, подстерегают его под окнами дома, под видом больных проникают вслед за ним в клинику: «Я постоянно чувствую за собой слежку, за мной по пятам идут какие-то подозрительные личности в кепках, куда ни пойду, всюду они меня подстерегают, убить хотят».

Бред материального ущерба характеризуется ложной убежденностью в том, что окружающие постоянно обворовывают больного, крадут его вещи и деньги, носят его одежду, получают за него по зарплату или пенсию, портят его имущество, морят его голодом: «Вот так и сплю в шапке и валенках, только сними — тут же украдут, уже очки украли, все книги растащили, даже кофейник унесли». Бред материального ущерба наиболее типичен для психозов старческого возраста.

Бред порчи, бред околдования. У больного человека появляется убежденность в том, что он стал жертвой колдовства, «его испортили заговором», «дали выпить какого-то зелья и он теперь стал совсем немощным», «от него осталась одна только тень», его «сглазили дурные глаза». Такой бред не следует смешивать с суевериями, когда подобные идеи носят характер простого заблуждения и не являются следствием болезни.

Бред обвинения, состоит в болезненном убеждении, что окружающие обвиняют человека в каких-то неблагоприятных поступках, считают вором, насильником, клеветником, а он «никак не может доказать свою невиновность», ему «все равно не верят», а иногда даже и специально «подстраивают факты». Этот бред наиболее типичен для пресенильных психозов.

Бред ревности — больной или больная немотивированно ревнуют жену или мужа, без всякого повода убеждены в супружеской неверности, они в самых невинных вещах видят «неоспоримые доказательства» своей правоты. Бред ревности может встречаться при различных заболеваниях, в частности при алкоголизме.

Бредовые идеи величия

Бред изобретательства выражается в том, что больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, изобрел вечный двигатель, открыл причину рака, нашел средство для максимального продления человеческой жизни, изобрел «эликсир вечной молодости», «средство для усовершенствования человеческой породы». Близок к этому бреду и бред реформаторства, когда больной убежден, что «открыл идею преобразования мира» и совершит «гениальную реформу».

Бред высокого происхождения заключается в убежденности больного, что он сын всемирно известного писателя, кинозвезды, а «те, кто считается сейчас родителями, всего лишь воспитатели», «подставные лица», «родители в условном смысле».

Бред богатства заключается в убежденности больного, что он «владелец несметных сокровищ», «обладает всеми золотыми запасами на земле», «ему

ничего не стоит подарить каждому студенту по золотой шубе», у него «дом в миллион комнат».

Любовный, эротический (сексуальный) бред заключается в том, что больной или больная твердо убеждены в необыкновенно сильной любви к ним какого-то человека, возможно, даже и незнакомого, который «безумно любит на расстоянии».

Нелепый бред величия (грандиозных размеров) — так называемый мегаломанический (от греч. *megas* — большой) («все дети на земле родились от него», «все книги, какие в мире есть, написал я, но только под разными именами», «я один могу сразу съесть десять быков») характерен для прогрессивного паралича.

Бредовые идеи самоуничтожения (депрессивный бред)

Бред самоуничтожения, самообвинения, виновности, греховности — близкие по клиническому содержанию патологические идеи о своих мнимых ошибках, несуществующих грехах, несовершенных преступлениях («в жизни не сделано ничего хорошего», «я никуда не годный человек», «вся моя жизнь — сплошная цепь ошибок и преступлений»). Такие больные очень часто убеждены, что своими ошибками и поступками они погубили не только свою жизнь, но и жизнь своих близких, что они «всем в тягость». Подобные бредовые идеи особенно характерны для больных с пресенильными психозами.

Ипохондрический бред выражается в ошибочных умозаключениях по поводу состояния собственного организма, болезненной убежденности в наличии заболевания (рак, сифилис, СПИД, «воспаление всех внутренних органов», нарушение обмена веществ), поражения всего организма или отдельных частей тела («кровь сгустилась, в сердце какис-то тяжести и пробки, скоро уже придет полный конец», «весь мочевой пузырь поражен, моча даже не идет»). Иногда больные утверждают, что они уже не существуют, у них нет желудка, нет кишечника («доктор, как я могу есть, когда у меня уже нет желудка, да и кишечник весь сгнил», «сердце перестало работать, печень исчезла», «почки насквозь прогнили»). Такая разновидность ипохондрического бреда носит название бреда отрицания или нигилистического бреда (от лат. *nihilum* — ничего).

Реже такое бредовое отрицание касается не собственного организма, а внешнего мира: «все погибло», «солнце погасло», «земля провалилась», «мир куда-то исчез».

У одного и того же больного может быть либо одна бредовая идея, либо сразу несколько (например, одновременно существование бреда величия и преследования). Кроме того, один вид бредовых идей может переходить в другой (так называемая трансформация бреда).

Индукцированное бредовое расстройство

Индукцированный бред заключается в том, что близкий больному человек начинает разделять его бредовые идеи. Такое «прививание» болезненных взглядов бывает обычно при следующих условиях:

1) тесное совместное проживание, постоянный контакт с душевнобольным,

2) заболевший всегда пользовался большим авторитетом, безграничным доверием и сильной привязанностью, был умнее и образованнее того, кто стал в конце концов разделять его бредовые идеи, наличие у индуцируемого таких особенностей, как внушаемость, ограниченность, а в ряде случаев даже дебилность,

3) медленное развитие и некоторое правдоподобие бредовых идей у «индуктора».

По своему содержанию индуцированный бред может быть любого содержания (любовный, величия и т.д.), но чаще всего это бред преследования.

Индуцированный бред встречается нечасто и обычно непрочен, он быстро и бесследно исчезает при разъединении с больным человеком.

Независимо от клинического содержания все бредовые идеи делятся на две основные разновидности первичный бред и бред чувственный (образный)

Первичный бред. Этот бред возникает вследствие нарушения логического познания, патологической интерпретации действительности, при этом чувственное познание практически не нарушается.

При построении первичного бреда, основанного на субъективной логике, больной опирается на реальные факты и события, но трактует их очень избирательно, берется только то, что подкрепляет и способствует дальнейшему развитию бреда, в то время как все контрфакты игнорируются и отбрасываются.

Первичный бред (называемый также интерпретативным, или систематизированным) очень стоек и является системой последовательных построений, все более расширяющейся, усложняющейся и детализирующейся.

Чувственный (образный) бред. Этот бред возникает при нарушении преимущественно чувственного познания. В его структуре преобладают яркие образные представления в виде воображения, различных фантазии, вымыслов, грез.

В отличие от первичного бреда, который какое-то время может быть единственным психопатологическим образованием, чувственный бред сразу же возникает в сопровождении ряда иных расстройств в виде галлюцинаций, страха, тревоги, психомоторного возбуждения и т.д.

Чувственный бред обычно нестойк, фабула его изменчива, но в то же время яркая, образная. Нередки такие симптомы (помимо очень типичных эмоциональных нарушений, главным образом в виде тревожного напряжения, страхов или, наоборот, экстаза, восторга), как бредовое восприятие, бредовая ориентировка, симптом инсценировки, симптом ложного узнавания, симптом положительного и отрицательного двойника.

Эти расстройства, часто сопутствующие друг другу или перемежающиеся, заключаются в том, что все окружающее имеет для больного какой-то особый, чаще угрожающий или даже зловещий смысл (хотя иногда это может быть и что-то приятное), больной не в больнице, а в тюрьме, театре, в какой-то другой стране; люди вокруг специально для больного что-то разыгрывают, представляют, «инсценируют»; больной «узнает» во враче подругу своей матери, в одной из студенток — когда-то отвергнувшую его

девушку и т.д. Чужие люди «подстраиваются» под родных и близких, например незнакомый больному человек воспринимается как «принявший облик» его деда (симптом положительного двойника), а родные и близкие кажутся чужими, но подстраивающимися под родных и знакомых, например пришедшую на свидание мать больной воспринимает как чужую женщину, лишь заgrimированную под мать (симптом отрицательного двойника). Чувственный бред имеет различное по своей клинической фабуле содержание (бред преследования, бред особого смысла, особого значения, бред величия). Одним из проявлений чувственного бреда может быть фантастический бред.

Расстройства интеллекта

Расстройства интеллектуальной деятельности — изменение процесса рационального познания, умозаключений, суждений, критических способностей.

Различают так называемую деменцию (от лат. *de* — приставка, означающая снижение, понижение, движение вниз, + *mens* — ум, разум) — приобретенное слабоумие и олигофрению (от греч. *oligos* — малый в смысле количества + *phren* — дума, ум) — врожденное слабоумие.

По особенностям клинической картины различают следующие типы деменций.

Органическая деменция — слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга. Органическое слабоумие обычно делят на две группы: тотальное (диффузное, глобальное) и частичное (дисмнестическое, парциальное, лакунарное).

Тотальное слабоумие характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию.

Частичное (дисмнестическое) слабоумие характеризуется, как показывает уже само название, выраженными нарушениями памяти. Остальные интеллектуальные функции страдают главным образом вторично, поскольку нарушаются «входные ворота интеллекта», как иногда называют память. Такие больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Ввиду критического отношения к себе такие больные понимают свое положение, стараются избегать разговора, в котором они могли бы обнаружить расстройства памяти, пользуются постоянно записной книжкой, пишут заранее, что им надо сказать или сделать. Типичная картина такого частичного слабоумия может наблюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.

Среди приобретенного слабоумия выделяют также шизофреническое и эпилептическое слабоумие.

Шизофреническое слабоумие, называемое еще апатическим или атактическим, характеризуется интеллектуальной бездеятельностью,

безынициативностью, в то время как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение мышлению.
2. Нарушения образования понятий (псевдопонятия, уплотнение понятий, неологизмы);
3. Нарушение темпа мышления («скачка идей», замедление, задержка, ментизм);
4. Нарушение формы мышления (патологическая обстоятельность, резонерство, бессвязность, паралогическое, аутистическое, символическое, аффективное мышление);
5. Нарушение содержания мышления (навязчивые, доминирующие, сверхценные идеи, бредоподобные фантазии, насильственные мысли, бредовые идеи).
6. Содержание бреда (преследования, воздействия, отношения, инсценировки, ущерб, самообвинения, отрицания, ипохондрический, ревности, любовный, изобретательства, особого происхождения, индуцированный).
7. Приобретенное слабоумие.

Тесты для самоконтроля

1. К депрессивному виду бреда относится:

а) бред Котара

- б) бред особого значения
- в) бред отношения
- г) бред отравления
- д) бред ревности

2. Пациент убежден, что сослуживцы плохо к нему относятся, выживают его с работы, строят заговор. Приводит многочисленные факты своей правоты, выстроил логическую систему доказательств. Данный вид бреда называется:

- а) индуцированный
- б) образный
- в) паранойяльный**
- г) резидуальный
- д) фантастический

3. Обсессии являются признаком:

- а) деменции
- б) невроза**
- в) патологии восприятия
- г) патологии настроения

д) психоза

4. Синдром Кандинского–Клерамбо характеризуется бредом:

- а) величия
- б) воздействия**
- в) материального ущерба
- г) ревности
- д) самообвинения, самоуничужения

5. Психические автоматизмы — это:

- а) импульсивные, немотивированные поступки больных
- б) ложные суждения больного, не поддающиеся коррекции
- в) отчуждение больным своих чувств, мыслей, движений**
- г) подсознательно совершаемые повторные движения
- д) подсознательное повторение больным мимики врача

6. Дистормомания (дистормофобия) — это:

- а) ощущение, что изменились размеры собственного тела
- б) ощущение, что окружающие предметы изменились по форме и размерам
- в) ощущение, что посторонние люди являются переодетыми и загримированными родственниками больного
- г) стремление к бродяжничеству, воровству, алкоголизации
- д) убежденность в наличии физического недостатка или уродства**

7. Ускорение темпа мышления наблюдается при синдроме:

- а) Кандинского–Клерамбо
- б) корсаковского
- в) Котара
- г) маниакальном**
- д) парафреническом

8. Обстоятельность мышления характеризуется:

- а) бесцельным рассуждением на абстрактные темы
- б) замедлением темпа мышления
- в) многословием и излишней детализацией**
- г) повышенной переключаемостью на другие темы
- д) постоянными персеверациями

9. Навязчивые идеи характеризуются:

- а) безуспешными попытками избавиться от них**
- б) застреванием и излишней детализацией
- в) отсутствием критики к болезни
- г) персеверациями
- д) ускорением темпа мышления

10. Сверхценные идеи характеризуются:

- а) бесцельным рассуждательством
- б) возникновением на патологической почве
- в) критическим отношением
- г) переоценкой реальных фактов
- д) ускорением темпа мышления

7. Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

3. Материалы лекции.
4. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
5. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н. Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А. Малярова – К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №3: Клиническая характеристика расстройств внимания, памяти. Расстройства сознания.

2. Цель:

- Память, сознание и их расстройства.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Определение гипомнезий и амнезий.
2. Гипермнезии и их виды
3. Классификация амнезий.
4. Нарушения чувства знакомости.
5. Извращения памяти - парамнезии.
6. Заболевания, при которых наблюдаются нарушения памяти.
7. Определение понятия «сознание».
8. Критерии нарушенного сознания.
9. Клинические проявления физиологических изменений сознания.
10. Классификация расстройств сознания.
11. Клинические варианты выключений сознания и неотложная помощь.
12. Клинические варианты помрачений сознания и неотложная помощь.
13. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с нарушением сознания.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Определение гипомнезий и амнезий.

Расстройства памяти

Память — такой вид психической деятельности, при помощи которого отражается прошлый опыт.

Память («входные ворота интеллекта») является необходимым условием для более сложного вида психической деятельности — мышления. Различают кратковременную и длительную, механическую и смысловую (ассоциативную) память.

Память состоит из следующих основных компонентов рецепция — восприятие нового, ретенция — способность удерживать эту новую информацию, репродукция — способность воспроизводить полученную информацию.

Интеллект — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида (способность к рациональному познанию, мышление, ориентировка, критические способности, умение адаптироваться в новой ситуации и т.д.).

Амнезии (греч. а — частица, означающая отрицание, + mneme — память, воспоминание) — потеря памяти, отсутствие ее.

Ретроградная амнезия — потеря памяти на события, предшествующие расстройству сознания или болезненному психическому состоянию. Может охватывать различный отрезок времени.

Человек, перенесший травму головы с потерей сознания в течение 5 ч, придя в себя, никак не мог вспомнить не только как, при каких обстоятельствах это случилось, но и что было в течение трех дней перед этим. Совершенно не помнил, что он в этот период делал, где был, кого видел.

Антероградная амнезия — потеря памяти на события, происшедшие непосредственно после окончания состояния расстроенного сознания или болезненного психического состояния. Продолжительность во времени также может быть различной.

Нередко встречается и сочетание этих двух видов амнезий, в таком случае говорят о ретроантероградной амнезии.

Фиксационная амнезия — потеря способности запоминать, фиксировать текущие события; все, что в данный момент имело место, тут же больным забывается.

Прогрессирующая амнезия характеризуется постепенным ослаблением памяти, причем в первую очередь ослабляется, а потом и исчезает память на текущие события, на то, что было недавно, на события последних лет, в то время как далекое прошлое человек может помнить долго и довольно хорошо.

Характерная последовательность снижения памяти по принципу «обратного хода памяти» называется законом Рибо. По этому закону происходит и так называемое физиологическое старение памяти.

Гипомнезия

Общее ослабление всех функций памяти. Больной испытывает трудности при запоминании новой информации, не может долго удерживать в памяти некоторые факты и с трудом вспоминает то, что хорошо знает.

Гипомнезия — типичное проявление органических поражений мозга, особенно сосудистых, при которых она стойко сохраняется и даже усиливается со временем. При утомлении гипомнезия, против, может быть временным, обратимым расстройством.

Парамнезии

Парамнезия (греч. пара — рядом, возле, около + мнемезис — память, воспоминание) — ошибочные, ложные, превратные воспоминания. Человек может вспоминать действительно имевшие место события, но относить их к совсем иному времени. Это называется псевдореминисценциями — ложными воспоминаниями.

Конфабуляции (от лат. con — с + fabula — повествование, история, сказка, беседа) — другой вид парамнезии — вымышленные воспоминания, совершенно не соответствующие действительности, когда больной сообщает о том, чего в действительности никогда не было. В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии.

Криптомнезия (от греч. kryptos — скрытый, тайный + мнемезис — память, воспоминание) — такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, написал ли он

стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал разговор об этом. Иными словами, забывается источник той или иной информации.

Очень редко встречается так называемая фотографическая память, когда человек, только что прочитав несколько страниц незнакомого текста, может тут же повторить на память все прочитанное почти без ошибок.

Близок к фотографической памяти и феномен, называемый эйдетизмом, в целом относимый не только к памяти, но и к области представлений. Эйдетизм (от греч. *eidos* — образ) — явление, при котором представление зеркально воспроизводит восприятие. Здесь также участвует память в ее ярком образном виде: предмет или явление после исчезновения сохраняет в сознании человека свой живой наглядный образ.

Эйдетизм как нормальное явление бывает у маленьких детей с их способностью к яркому образному восприятию и чрезвычайно редко встречается у взрослых. Например, ребенок, посмотрев на фотографию и перевернув ее обратной стороной, может в точности описать виденное.

Свойства внимания

Внимание характеризуется различными качественными проявлениями свойствами. Основными из них являются объем, концентрация, устойчивость, переключаемость, распределяемость и отвлекаемость.

Объем внимания характеризуется количеством идей, объектов и видов деятельности, которые одновременно может удерживать и контролировать человек. Иными словами, объем внимания связан с числом одновременно отражаемых в сознании объектов. Установлено, что при восприятии множества простых объектов (букв, цифр, фигурок и пр.) в интервале времени 0,07-0,1 с объем внимания у взрослого человека равен 5-7, в среднем 7 элементов с кратковременным запоминанием). У младших школьников он весьма ограничен и с возрастом увеличивается. Увеличить объем внимания можно и с помощью специальных упражнений.

Концентрация внимания выражается в степени интенсивности (сосредоточенности) внимания на одном объекте или ограниченном круге своих представлений, переживаний, мыслей. Поглощенность объектами сосредоточения делает человека высокопомехоустойчивым. Лишь с трудом его можно отвлечь от мыслей или дел, в которые он погружен, он не замечает шума и других отвлекающих раздражителей.

Устойчивость внимания определяется длительностью сохранения концентрированного внимания. Она измеряется временем сосредоточения при условии сохранения отчетливости отражения в сознании объекта внимания. Устойчивость внимания зависит от целого ряда причин - значимости дела, интереса к нему, навыков и т.п.

Переключаемость внимания характеризуется быстротой произвольного перехода внимания на новый объект или от одного действия к другому при сохранении высокой степени концентрации на нем. Имеются значительные индивидуальные различия в переключении внимания. Эффективность

переключения зависит от особенностей объектов внимания значимости работы или интереса к ней, а также от индивидуально-типологических особенностей подвижности нервных процессов. Слишком частое переключение (впрочем, как и однообразная, требующая длительного сосредоточения внимания работа) может приводить к быстрому утомлению. Возможно повышение показателей переключения путем специальных упражнений.

Распределенность внимания определяется возможностью выполнения двух и более действий одновременно с рассредоточением внимания между ними. Уровень распределения внимания зависит от ряда условий: от однородности или разнородности совмещаемых видов деятельности, их сложности, степени их привычности. Труднее совмещать два вида умственной деятельности и более эффективное распределение внимания при одновременном выполнении моторной и умственной деятельности.

Отвлекаемость внимания связана с произвольными колебаниями его уровня. Произвольные флюктуации внимания особенно хорошо заметны при сосредоточении на раздражителях пороговой силы. Так, прислушиваясь к очень слабому, едва слышимому тиканью механических часов мы то слышим звук более отчетливо, то менее отчетливо. Колебания - легко прослеживаются и при восприятии конкурирующих (двойственных) изображений. Такие произвольные флюктуации внимания восприятия простых объектов длятся не более 2-3 с (максимум -12 с) Их рассматривают как колебательный процесс, связанный с самонастройкой сенсорных систем, обеспечивающих регулирование их «пропускной способности».

Нарушение внимания

Временные нарушения внимания типичны при утомлении или влиянии сильных эмоций. Достаточно устойчивое сохранение отклоняющего от нормы определенного соотношения основных характеристик внимания, приводящее к невнимательности, может быть как личностно-возрастной особенностью человека, так и следствием различных заболеваний.

Повышенная произвольная переключаемость внимания с низкими возможностями концентрации свойственна детям дошкольного возраста, но может возникать и у взрослых на фоне астении при различных заболеваниях или при переутомлении.

Повышенная концентрация на своих мыслях с трудностями переключения на другие виды деятельности свойственна некоторым лицам умственного труда, но подобные свойства внимания встречаются и у больных с навязчивыми и сверхценными идеями.

Слабость концентрации внимания, сочетающаяся с трудностями переключения, типична, например, для хронического кислородного голодания мозга при церебральном атеросклерозе у пожилых людей, но может также возникать и у здоровых лиц при утомлении.

Все разнообразие ослабления внимания в патологии объединяют термином «**гипопроекция**». Напротив, при **гиперпроекции** внимание крайне усиливается: происходит своеобразное «прилипание» внимания к

определенным мыслям или представлениям, причем больные могут это даже осознавать (повышенная избирательность внимания).

Парапрозексия (извращение внимания) бывает иногда у здоровых людей, когда ожидание какого-либо события в условиях нервного напряжения становится тормозом для адекватного отражения этого события в сознании. В психопатологии под парапрозексиями обычно понимают дисфункции внимания диссоциативного характера, сходные с таковыми и в других сферах психической деятельности у больных шизофренией.

Модально-неспецифические нарушения внимания распространяются на все виды внимания. При поражении нижних, глубинных отделов неспецифических структур мозга больше страдает произвольное внимание. При поражении верхних, корковых отделов неспецифической системы мозга больше страдает произвольное внимание, а произвольное усиливается.

Модально-специфические нарушения внимания проявляются только в зрительной, слуховой, тактильной или двигательной сферах. При этом больной игнорирует (не замечает) один из двух одновременно предъявляемых с разных сторон стимулов, хотя их раздельное опознание не нарушено. Такие нарушения внимания обычно возникают при локальной патологии корковых отделов анализаторных систем чаще правого полушария мозга.

Нарушения сознания

Сознание — высшая форма отражения действительности. Сознание — продукт деятельности головного мозга.

Сознательная деятельность — это такая деятельность, осуществляется со знанием объективного значения ее учетом всех особенностей ситуаций и последствий деятельности как для индивидуума, так и для общества.

Критерии нарушенного сознания

К.Ясперс (1923) сформулировал признаки синдромов нарушенного сознания: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка, амнезия на период нарушенного сознания.

Под отрешенностью от окружающего мира следует понимать утрату способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т.е. нарушение анализа и синтеза происходящих событий. При всех психических нарушениях имеет место измененное восприятие окружающего, особенно в случаях галлюцинаторных и бредовых расстройств. Однако для состояния нарушенного сознания более характерны нарушения восприятия, характеризующиеся неточностью, фрагментарностью, беспорядочностью и бессвязностью отражения происходящих событий.

Для нарушенного сознания характерны различные варианты дезориентировки. Под дезориентировкой понимают нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личности. Дезориентировка, особенно во времени и месте, наблюдается при синдроме Корсакова. Однако наряду с грубой дезориентировкой во времени такие

больные могут обнаружить способности тонко анализировать ситуацию, использовать запасы прошлых сведений и делать правильные выводы.

Амнезия может быть тотальной и может касаться только определенных ситуаций, например больной не может вспомнить реальные события, но помнит некоторые болезненные переживания, как это наблюдается при делирии.

Симптомы помрачения сознания

Одним из основных признаков нарушенного сознания является отрешенность от окружающего мира, что прежде всего проявляется в изменении восприятия происходящего, выражающемся в фрагментарности, непоследовательности отражения событий и др. При состояниях нарушенного сознания имеет место дезориентировка во времени и месте. Иногда больные улавливают только грубые признаки окружающего («я в городе», «я в больнице»), но более точная ориентировка нарушена. У больных может наблюдаться дезориентировка в ситуации, они утрачивают способность оценивать обстановку, не понимают, что происходит. Выделяют аллопсихическую дезориентировку; которая проявляется в нарушении ориентировки лишь в окружающем: в месте, времени, по отношению к другим лицам; амнестическую дезориентировку; обусловленную расстройством памяти; аутопсихическую, при которой дезориентировка относится только к собственной личности и проявляется невозможностью назвать свой возраст, имя, профессию и др.; бредовую, проявляющуюся в виде ложных представлений об окружающем (все происходящее наполнено особым смыслом, имеющим отношение к больному); соматопсихическую, при которой дезориентировка относится к собственному телу, его частям и внутренним органам.

Особым видом дезориентировки является двойная ориентировка, когда больной одновременно находится как бы в двух ситуациях. Он убежден, что это больница, и в то же время говорит, что это не больница, а «специальный центр по подготовке космонавтов» или «лаборатория по переделке умов», «школа обучения шпионов» и т.д.

Анозогнозия — неузнавание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект.

Симптом никогда не виденного (*jamais-vu*) характеризуется тем, что больной неоднократно виденное, хорошо знакомое воспринимает как никогда не виденное, чуждое, виденное впервые.

При симптоме уже виденного (*deja vu*) новые, незнакомые явления и новые ситуации больной воспринимает как уже знакомые, виденные ранее. В чужом, незнакомом месте у него остро возникает чувство, что все это уже было ранее, хорошо знакомо.

Растерянность (аффект недоумения) — это состояние острого бессмыслия, невозможность или затруднение понимания происходящих событий, мучительная неспособность разобраться в обстановке, последовательно воспринимать происходящее, понять ситуацию в целом, переживание чувства беспомощности, собственной измененности, в связи с этим аффект и мимика недоумения.

Оглушение характеризуется двумя основными признаками: повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво. Ответы обычно односложны, но правильны. Повышен порог и к другим раздражителям: больные не жалуются на шум, неудобную, мокрую постель, не чувствуют слишком горячей грелки и т.д., не реагируют на другие неудобства.

Обычно подчеркивают, что выражение лица таких больных именно тупое, оно не выражает никаких эмоций. Больной говорит односложно, так как психическая деятельность обеднена, мыслей и воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутствуют, движения скудны.

Обнубиляции (вуаль на сознание) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения. У него несколько рассеянно внимание, он не может сразу собраться, чтобы правильно ответить, затруднено и замедленно восприятие событий, поэтому кажется, что он отвечает невпопад. Настроение бывает несколько повышено. Глубина обнубиляции обычно колеблется.

Оглушенность является признаком тяжелого поражения головного мозга и наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах и при объемных процессах (опухоли, гуммы, кисты).

Сопор — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

Кома характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

6.Контрольные вопросы:

1. Перечислите количественные нарушения памяти.
2. Что относится к качественным нарушениям памяти?
3. Какие виды амнезии знаете?
4. Криптомнезия и конфабуляции.
5. Виды нарушения внимания.
6. Псевдореминесценции.
7. Закон Рибо.
8. Как называется на латинском симптом «уже виденного»?
9. Как называется на латинском симптом «никогда не виденного»?
10. Симптом положительного и отрицательного двойника.
11. Симптомы помрачнения сознания.
12. Оглушение, сопор, кома.

Тесты для самоконтроля

1. **Конфабуляции** наблюдаются при:

- а) паранойяльном синдроме**
- б) корсаковском синдроме
- в) астеническом синдроме
- г) истерическом синдроме
- д) маниакальном синдроме

2. **Прогрессирующая амнезия** развивается:

- а) от поздних воспоминаний к более ранним**
- б) от ранних воспоминаний к более поздним
- в) от менее значимых к более значимым воспоминаниям
- г) происходит равномерное снижение памяти
- д) снижение памяти происходит хаотически

3. **Истощаемость внимания** наиболее характерна для:

- а) тревоги
- б) депрессии
- в) астении**
- г) эйфории
- д) депрессии

4. **Повышенная отвлекаемость** внимания характерна для:

- а) депрессии
- б) мании**
- в) тревоги
- г) мории
- д) оглушения

5. **Сужение объема активного внимания** характерно для:

- а) шизофрении
- б) церебрального атеросклероза**
- в) мании
- г) депрессии
- д) ничего из перечисленного

6. **Отсутствие в памяти воспоминаний о событиях, происходивших по выходе больного из бессознательного состояния:**

- а) ретроградная амнезия
- б) антероградная амнезия**
- в) фиксационная амнезия
- г) все указанные виды амнезий
- д) ни один из названных симптомов

7. **Закон Рибо** характерен для:

- а) антероградной амнезии
- б) прогрессирующей амнезии**
- в) фиксационной амнезии
- г) рекуррентной амнезии
- д) перфорационной амнезии

8. **Постоянные затруднения, возникающие при попытке запомнить какую-либо информацию или воспроизвести сохраненные в памяти события:**

- а) гипомнезия**
- б) амнезия
- в) парамнезии
- г) все названные расстройства
- д) ни одно из указанных расстройств

9. **Предъявление в качестве воспоминаний вымышленных событий:**

- а) криптомнезии
- б) псевдореминисценции
- в) конфабуляции
- г) все названные расстройства
- д) ни одно из указанных расстройств

10. **Предъявление в качестве воспоминаний событий, действительно происходивших, но в другое время:**

- а) криптомнезии
- б) конфабуляции
- в) псевдореминисценции**
- г) все названные расстройства
- д) ни одно из указанных расстройств

7. Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

5. Материалы лекции.
6. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. –

М.: Медпресс, 2006.-558с.

3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
5. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н. Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А. Малярова – К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»- Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №4: Клиническая характеристика эмоциональных и двигательно-волевых расстройств.

2. **Цель:** расстройства эмоций и эффекторно-двигательной сферы.

3. **Цели обучения:**

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

В чем различие между физиологическим и патологическим аффектом.

Виды патологического усиления положительных эмоций.

Виды патологического усиления отрицательных эмоций.

Виды снижения эмоций.

Признаки нарушения адекватности эмоций.

Признаки нарушения стойкости эмоций.

Депрессивный синдром, заболевания, при которых он наблюдается.

Маскированные депрессии, их виды.

Маниакальный синдром, заболевания, при которых он наблюдается.

Особенности эмоциональных нарушений у детей.

Методы определения эмоционального состояния больного.

Нарушения пищевого инстинкта. Заболевания, при которых они встречаются.

Нарушения инстинкта самосохранения. Заболевания, при которых они встречаются.

Нарушения полового инстинкта. Заболевания, при которых они встречаются.

Расстройства развития школьных навыков.

Гиперкинетические расстройства.

Различия между маниакальным, гебефреническим и кататоническим возбуждением. Заболевания, при которых они встречаются.

Различия между кататоническим и депрессивным ступором.

Различия между навязчивыми, импульсивными, насильственными влечениями и действиями.

Различия между абулией и двигательной заторможенностью.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, обучение при помощи сверстников, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Физиологически и патологически аффект.

Выделяют физиологический аффект, например гнева или радости, не сопровождающийся помрачением сознания, автоматизмами и амнезией. Астенический аффект — быстро истощающийся аффект, сопровождающийся угнетенным настроением, снижением психической активности, самочувствия и жизненного тонуса. Стенический аффект характеризуется повышенным самочувствием, психической активностью, ощущением собственной силы.

Патологический аффект — кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся в концентрации сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следуют общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; характеризуется частичной или полной амнезией.

В ряде случаев патологическому аффекту предшествует длительная психотравмирующая ситуация и сам патологический аффект возникает как реакция на какую-то «последнюю каплю».

Эмоциональные расстройства

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

Существуют положительные эмоции, которые возникают при удовлетворении потребностей, — это переживание радости, воодушевления, удовлетворения и отрицательные эмоции, при которых переживается затруднение в достижении цели, огорчение, раздражение, гнев.

Под аффектом принято понимать кратковременное сильное душевное волнение, которое сопровождается не только эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности.

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

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

Амбивалентность — возникновение одновременно противоположных чувств по отношению к одному и тому же человеку.

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

Симптомы расстройств настроения

Под настроением понимается преобладающее на определенный период эмоциональное состояние, оказывающее влияние на всю психическую деятельность. Расстройства настроения характеризуются двумя вариантами: симптомами с усилением и ослаблением эмоциональности. К расстройствам с усилением эмоциональности относятся гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория, тревога, эмоциональная слабость.

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

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

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

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

Тревога — переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями.

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

Апатия (от греч. *apatia* — бесчувственность; синонимы: анормия, болезненное безразличие) — расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям,

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

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

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

Синдромы эмоциональных расстройств

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимических расстройств велик — от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках — настоящее, будущее и прошлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердечная тоска».

Замедление в ассоциативном процессе проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направление этих мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений и речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения медленны, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе.

Депрессивные больные, испытывая мучительное, тягостное состояние, безысходную тоску, бесперспективность существования, высказывают суицидальные мысли. Для депрессивного синдрома характерны идеи самообвинения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

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

быть настолько выраженными, что маскируют собственно аффективные расстройства.

В зависимости от преобладания в структуре депрессии различных компонентов выделяют тоскливую, тревожную, апатическую депрессии и другие варианты депрессивного состояния.

В зависимости от соответствия характера и степени выраженности идеаторных и моторных нарушений доминирующему аффекту выделяются гармоничные, дисгармоничные и диссоциированные варианты депрессивной триады, которые имеют диагностическое значение, особенно на начальных этапах развития депрессии. Идеи самообвинения при депрессивном синдроме иногда достигают выраженности бреда.

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

Такое состояние носит название «ажитированная депрессия».

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

Маскированная депрессия. Для маскированной депрессии (ла-врированная, депрессия без депрессии) характерно преобладание различных двигательных, чувствительных или вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов. Клинические проявления этой депрессии крайне разнообразны. Часто встречаются различные жалобы на расстройства сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Наблюдаются приступы болей в области сердца, желудка, кишечника, иррадиирующие в другие участки тела. Эти расстройства часто сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Сами депрессивные расстройства недостаточно отчетливы и маскируются соматическими жалобами. Существует точка зрения, что депрессивные эквиваленты являются начальным этапом в развитии депрессий.

При маскированной депрессии:

- 1) больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у врачей различных специальностей;
- 2) при применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматического заболевания;
- 3) несмотря на неудачи в лечении, больные упорно продолжают посещать врачей.

Маниакальный синдром

Для маниакального синдрома характерна маниакальная триада: гипертимия — приподнятое радостное настроение, ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Выраженность этих расстройств различна: ускорение ассоциативной деятельности может колебаться от незначительного облегчения ассоциативной деятельности до «скачки идей»; повышение активности может достигать беспорядочного возбуждения (спутанная мания). Настроение бывает не только радостным и веселым, но в некоторых случаях преобладает гневливый аффект (гневливая мания).

Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические сведения.

Несмотря на то, что больной говорит без умолку и охотно беседует с врачом, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоциации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматических жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии больные склонны переоценивать свои способности и возможности. Женщины, несмотря на преклонный возраст, убеждены в своей неотразимой привлекательности, уверяют, что все студенты и врачи в них влюблены. Больные стремятся украшать свою одежду, неумеренно пользоваться косметикой, делать замысловатые прически. У больных в маниакальном состоянии обнаруживаются способности сочинять стихи, рисовать, петь, сочинять музыку. Обычно чем менее выражено маниакальное состояние, тем продуктивнее эта деятельность.

Возможности для реализации многочисленных планов таким больным кажутся неограниченными, никаких препятствий они не замечают. Повышено чувство собственного достоинства. Больные бывают убеждены, что их ждут большие открытия, что они могут играть роль в решении серьезных социальных проблем. Такая переоценка возможностей может достигать уровня экспансивного бреда.

У больных наблюдается речевое возбуждение, они говорят много, быстро, громко. При выраженном речевом возбуждении через несколько дней голос становится охрипшим. В ряде случаев больные не могут полностью высказать мысль, из-за выраженной отвлекаемости они не договаривают фразы или выкрикивают только отдельные слова. Сами больные при этом говорят, что их язык не успевает за мыслями.

При менее выраженном речевом возбуждении ускорение ассоциативной деятельности выявляется при письме, больные не дописывают фразы или пишут только отдельные слова.

Выделяют несколько вариантов маниакального синдрома: веселая мания, наиболее характерная для маниакально-депрессивного психоза, непродуктивная мания, при которой повышенное настроение и двигательное

возбуждение не сопровождается стремлением к деятельности, мания с дурашливостью, при которой повышенное настроение с двигательным и речевым возбуждением сопровождается манерностью, детскостью, склонностью к нелепым шуткам.

Для мании характерно сочетание подъема настроения с расторможенностью влечения, дурашливостью, плоскими нелепыми шутками, иногда обнаруживаются при этом обнубияции сознания. Наблюдаются чаще всего при поражении лобных долей.

Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями.

Расстройства волевой сферы

Воля – это целенаправленная деятельность человека, способность ставить перед собой цели. Большое значение в формировании волевых актов имеет мотивационная сфера человека, которая представляет собой совокупность желаний, побуждений, потребностей. Среди мотивов выделяют гедонистические (стремление получить удовольствие), утилитарные (стремление извлечь выгоду), альтруистические мотивы и т. д. Среди особенностей волевой сферы человека выделяют внушаемость (подверженность чужому влиянию), самостоятельность, нерешительность (задержка волевого акта на этапе борьбы мотивов), упрямство (действия вопреки чему-либо), неустойчивость (неспособность сдерживать неодобряемые сами человеком поступки).

Гипербулия – патологическое увеличение волевой активности, повышенное стремление к деятельности. Гипербулия часто сочетается с повышенной отвлекаемостью, в этих случаях действия носят непродуктивный характер.

Встречается при маниакальном синдроме. При паранойальном состоянии характерна упорная деятельность в одном направлении в соответствии с бредовыми переживаниями (хождение по различным инстанциям, написание огромного количества жалоб, доносов).

Гипобулия – патологическое ослабление волевой деятельности, стремления к деятельности.

Наблюдается при неврозах, депрессии (чем глубже депрессия, тем более выражена гипобулия).

Абулия – полное отсутствие инициативы, полная бездеятельность с минимальной сохранностью круга автоматизированных действий. Больные целыми днями лежат или сидят в постели, с большим трудом могут себя заставить сделать какое-либо движение.

Часто сопровождается апатией (апато-абулический синдром). Безразличие и безволие наиболее характерны для простой формы шизофрении. Также встречается при травматических повреждениях головного мозга. При апато-абулии может происходить так называемая борьба мотивов (какой чулок надевать первым – правый или левый).

Апато-абулические проявления могут отмечаться при психастенической психопатии, при акцентуации характера.

Парабулия – извращение волевой активности и побуждений. Проявляется вычурной, манерной мимикой, неадекватностью движений и действий. Больным свойственны гримасничанье, особые формы приветствия, вычурная походка, негативизм и импульсивность. Встречается при гебефренической и кататонической формах шизофрении. Также сюда относятся симптомы повышенной и пониженной подчиняемости, эхо-симптомы, которые описаны при кататоническом синдроме.

Расстройства моторики (психомоторные расстройства)

Двигательные расстройства (психомоторные расстройства) включают в себя гипокинезии, дискинезии и гиперкинезии. В основе этих нарушений лежат расстройства психической сферы (бредовые, галлюцинаторные, аффективные расстройства и т. д.).

Гипокинезии проявляются замедлением и обеднением движений вплоть до состояния акинезии (полной обездвиженности при анатомо-физиологической сохранности опорно-двигательного аппарата).

Ступор – психопатологическое расстройство в виде угнетения всех сторон психической деятельности, в первую очередь моторики, мышления и речи. Термин «ступор» часто сочетается с определением, отражающим психопатологическое расстройство.

Депрессивный ступор (меланхолическое оцепенение) – поза больного отражает депрессивный аффект. Обычно больные сохраняют способность простейшим образом реагировать на обращения (наклон головы, односложные ответы шепотом). У некоторых больных могут спонтанно возникать «тяжелые» вздохи, стоны. Продолжительность такого состояния может достигать нескольких недель.

Галлюцинаторный ступор развивается под влиянием галлюцинаторных переживаний. Общая обездвиженность сочетается с различными мимическими реакциями (страх, восторг, удивление, отрешенность). Часто возникает на высоте истинных поливокальных галлюцинаций, императивных псевдогаллюцинаций, при наплыве зрительных сценopodobных галлюцинаций. Встречается при интоксикационных, органических психозах, при шизофрении. Продолжительность состояния до нескольких часов.

Апатический (астенический) ступор – полная безучастность и безразличие ко всему. Больные лежат на спине в состоянии протрации. Выражение лица опустошенное. Больные способны реагировать на простые вопросы, однако часто отвечают «не знаю». Больные часто не следят за собой, не соблюдают элементарные правила гигиены, от них может пахнуть мочой и калом, аппетит резко снижен. Продолжительность ступора до нескольких месяцев.

Истерический ступор возникает обычно у личностей с истерическими чертами характера. Нередко развитию ступора предшествуют другие истерические расстройства (истерические парезы, псевдодеменция, истерические припадки и т. д.). Больные не отвечают на вопросы, целыми днями лежат в постели. При попытках поднять с постели, накормить или

переодеть их больные оказывают сопротивление. На высоте переживаний сознание аффективно сужено, поэтому после выхода из этого состояния у больных может наблюдаться частичная амнезия.

Психогенный ступор развивается остро вследствие действия интенсивной шоковой психотравмы или психотравмирующей ситуации.

Двигательная обездвиженность сочетается с сомато-вегетативными расстройствами (тахикардия, потливость, колебания артериального давления). Проявлений негативизма, как при истерическом ступоре, нет, больных удается переодеть, накормить. Сознание аффективно сужено.

Маниакальный ступор наблюдается при резком переходе депрессивного состояния в маниакальное (и наоборот). Характерно, что больной, находясь в состоянии обездвиженности (сидя или стоя), следит за происходящим одними глазами, сохраняя веселое выражение лица. Встречается при шизофрении, маниакально депрессивном психозе.

Гиперкинезии включают в себя различные насильственные автоматические движения вследствие непроизвольного сокращения мышц и состояния психомоторного возбуждения как крайне выраженного усиления психической и двигательной активности.

Маниакальное (простое) возбуждение обусловлено болезненно повышенным настроением, в легких формах движения взаимосвязаны, логичны и правильны, поведение сохраняет целенаправленность, сопровождается громкой ускоренной речью. В тяжелых случаях движения теряют свою логичность, становятся хаотичными, речь представлена отдельными выкриками. Может отмечаться регресс поведения (мория). В наиболее тяжелых случаях исчезает всякая речь (немое возбуждение).

Истерическое психомоторное возбуждение всегда чем-то спровоцировано, усиливается по мере привлечения внимания окружающих, всегда демонстративно. В движениях и высказываниях отмечается театральность, манерность.

Гебефреническое возбуждение сопровождается повышенным фоном настроения с оттенком дурашливости. Мимика и движения манерны, вычурны, поступки нелепы. Поведение бессмысленно, больные скидывают одежду, выкрикивают различные фразы с обилием неологизмов. В отличие от маниакального возбуждения в данном случае смех и шутки не заразительны и вызывают у окружающих совершенно противоположные эмоции.

Галлюцинаторное (галлюцинаторно-бредовое) возбуждение отражает содержание галлюцинаторных (или бредовых) переживаний. Больные эмоциональны (переживают страх или радость), характерно поведение больных (больные смеются, машут руками или прячутся, спасаются от кого-либо, что-то с себя стряхивают).

Кататонический синдром представляет собой симптомокомплекс, в котором преобладают двигательные проявления в виде акинезии (кататонического ступора) или в форме гиперкинезии (кататонического возбуждения).

Кататония, с одной стороны, рассматривается как патология, поскольку больные ведут себя ненормально, неестественно. С другой стороны, это

защитно-приспособительный процесс, так как здесь мобилизуются тормозные механизмы кортикальных клеток, чтобы предотвратить деструкцию. Кататонический синдром не специфичен для шизофрении, может возникать и при других заболеваниях, при экстремальных ситуациях (травмы, эпидемический энцефалит, паркинсонизм). При кататоническом синдроме всегда имеются сомато-вегетативные расстройства в виде отечности тыльных поверхностей кистей, стоп, похудания, снижения артериального давления, отсутствия реакции зрачков на боль, повышенного потоотделения, акроцианоза, повышенной сальности кожных покровов.

К симптомам, характерным для кататонии, относят симптомы повышенной подчиняемости (эхолалия, эхопраксия, каталепсия) и симптомы пониженной подчиняемости (мутизм, стереотипия, негативизмы).

Эхолалия – повторение высказываний окружающих, задаваемых вопросов.

Эхопраксия – повторение поз и жестов окружающих.

Каталепсия (восковая гибкость) – способность больного длительное время сохранять приданное его телу вынужденное положение. Раньше всего явления каталепсии (так же, как и явления кататонического гипертонуса) появляются в мышцах шеи и верхнем плечевом поясе, позже всего – в нижних конечностях. Поэтому одним из наиболее ранних и наиболее распространенных проявлений каталепсии является симптом воздушной подушки («симптом психической подушки», симптом Дюпрэ), который характеризуется тем, что если у лежащего больного приподнять голову, то она остается некоторое время в приподнятом положении.

Негативизм проявляется противодействием внешним стимулам, отказом от выполнения каких-либо действий. Негативизм может быть пассивным, когда больной просто отказывается выполнять просьбу (например, оказывает сопротивление при попытке его накормить, переодеть), и может быть активным, когда больной совершает противоположное тому, о чем его просят.

Мутизм – отказ больного от речевого контакта при сохранности слуха и целостности речевого аппарата. Мутизм может быть полным и неполным (при последнем можно получить ответ на вопросы, задаваемые шепотом – симптом Павлова). Является одним из проявлений негативизма.

Кататонический ступор. Состояние сопровождается оцепенением, повышением мышечного тонуса, которое приводит к тому, что больной может находиться месяцами в стереотипной позе (чаще эмбриональная поза, «по стойке смирно», сидя на корточках). Характерна привязанность больного к какому-нибудь определенному месту (например, в каком-то определенном углу или в коридоре на самом проходе). Для кататонического ступора характерны проявления негативизма (чаще пассивного) в сочетании с явлениями каталепсии, полное отсутствие мимики или парамимия.

Парамимия проявляется в виде симптома хоботка (губы вытянуты вперед), «симптома нахмуренных бровей» (сильно сдвинутые брови).

При кататоническом ступоре часто наблюдается симптом капюшона, когда больной натягивает на голову одежду или, например, одеяло, как капюшон, оставляя открытым только лицо.

Люцидная кататония (люцидный ступор). Сознание больного при этом виде ступора сохранено, он правильно ориентируется в окружающей обстановке, запоминает текущие события. После выхода из кататонического оцепенения больной правильно рассказывает о том, что происходило вокруг него, но что происходило с ним, объяснить не может.

Эффекторная онейроидная кататония. Для нее характерны проявления пассивного негативизма в сочетании с изменением сознания, чаще в виде онейроида. При онейроидном кататоническом ступоре перед больным разворачиваются сценopodobные галлюцинаторные образы. На лице часто отмечается застывшее выражение удивления. Воспоминания об имевшемся расстройстве отрывочны или отсутствуют совсем. Кататонический ступор может растягиваться на несколько лет.

Кататоническое возбуждение. Возникает внезапно. Совершаемые поступки импульсивны, непоследовательны, ничем не мотивированы. Для совершаемых действий характерна стереотипия – однообразное, заикленное повторение одних и тех же движений, жестов. Часто отмечаются эхосимптомы – эхोलалия, эхопраксия. Речь чаще совершенно бессвязна, сопровождается однообразными высказываниями (вербигерацией). На задаваемые вопросы больные отвечают невпопад. Возбуждение часто сопровождается различными аффективными проявлениями (экстазом, злобой, яростью).

Из проявлений парамимии можно отметить несоответствие выражения лица содержанию переживаемого аффекта и поступкам. Кататоническое возбуждение может продолжаться до нескольких недель и резко сменяться ступором. Возбуждение может протекать на фоне ясного (люцидное возбуждение) и на фоне измененного (онейроидное возбуждение) сознания.

Симптомы психомоторных расстройств

Под психомоторикой понимают совокупность сознательно управляемых двигательных действий. Симптомы психомоторных расстройств могут быть представлены затруднением, замедлением выполнения двигательных актов (гипокинезии) и полной обездвиженностью (акинезией) либо симптомами двигательного возбуждения или неадекватностью движений.

К симптомам с затруднением двигательной активности относят следующие расстройства: каталепсия, восковая гибкость, при которых на фоне повышенного мышечного тонуса у больного возникает способность сохранять на длительное время приданную позу; симптом воздушной подушки, относящийся к проявлениям восковой гибкости и выражающийся в напряжении мышц шеи, при этом больной застывает с поднятой над подушкой головой; симптом капюшона, при котором больные лежат или сидят неподвижно, натянув одеяло, простынь или халат на голову, оставив открытым лицо; пассивная подчиняемость состояния, когда у больного не возникает сопротивление изменениям положения его тела, позы, положения конечностей, в отличие от каталепсии тонус мышц не повышен; негативизм, характеризующийся немотивированным сопротивлением больного действиям и просьбам окружающих. Выделяют пассивный негативизм, который

характеризуется тем, что больной не выполняет обращенную к нему просьбу, при попытке поднять с постели сопротивляется напряжением мышц, при активном негативизме больной выполняет противоположные требуемым действия. На просьбу открыть рот сжимает губы, когда ему протягивают руку, чтобы поздороваться, прячет руку за спину. Больной отказывается есть, но когда убирают тарелку, хватает ее и быстро съедает пищу.

Мутизм (молчание) — состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не дает понять, что он согласен вступить в контакт с окружающими.

К симптомам с двигательным возбуждением и неадекватностью движений относятся:

- импульсивность, когда больные внезапно совершают неадекватные поступки, убегают из дома, совершают агрессивные действия, нападают на других больных и т.д.;
- стереотипии — многократное повторение одних и тех же движений;
- эхопраксия — повторение жестов, движений и поз окружающих;
- парамимия — несоответствие мимики больного поступкам и переживаниям;
- эхолалия — повторение слов и фраз окружающих;
- вербигерация — повторение одних и тех же слов и фраз;
- миморечь, мимоговорение — несоответствие по смыслу ответов задаваемым вопросам.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

- 1.Нарушения силы эмоций (гипертимия, эйфория, гипотимия, экстаз, депрессия, тревога, гневливость, апатия, эмоциональная тупость).
2. Нарушение подвижности эмоций (слабодушие, лабильность, инертность, эксплозивность).
3. Нарушение адекватности эмоций (неадекватность, амбивалентность, фобии, дисфории, дистимии, патологический аффект).
4. Депрессивный синдром.
5. Маниакальный синдром.
6. Паническое расстройство.
- 7.Фобические расстройства.
8. Методы исследования эмоций.
9. Навязчивые, насильственные действия.
10. Импульсивные влечения и действия.
11. Гиперкинетические расстройства.
- 12.Виды возбуждения.
13. Виды ступора.

Тесты для самоконтроля

1. Наиболее частыми масками маниакальных состояний у подростков являются:

- а) увеличение массы тела

- б) похудание
- в) выносливость к физическим нагрузкам
- г) малая восприимчивость к инфекциям
- д) поведенческие (психопатоподобные) нарушения**

2. Суточные колебания настроения при эндогенной депрессии имеют тенденцию к:

- а) утяжелению симптомов депрессии в дневное время
- б) утяжелению симптомов депрессии в вечернее время
- в) утяжелению симптомов депрессии в утреннее время**
- г) утяжелению симптомов депрессии ночью
- д) отсутствует закономерность суточных колебаний

3. Расстройства эмоциональной сферы, характерные для эпилепсии:

- а) депрессивный синдром
- б) слабодушие
- в) апатия
- г) дисфория**
- д) мория

4. Для депрессивного синдрома наиболее характерны следующие расстройства сна:

- а) кошмарные сновидения
- б) сонливость в дневное время
- в) затруднено пробуждение по утрам
- г) раздражительность и поверхностный сон
- д) раннее пробуждение и отсутствие чувства сна**

5. Ажитированная депрессия — это:

- а) депрессия с адинамией и ступором
- б) синоним маскированной депрессии
- в) депрессия с раздражительностью и злобой
- г) тревожное возбуждение у депрессивных больных**
- д) сочетание признаков ярко выраженной мании и дисфории

6. Симптом, являющийся наиболее важным для диагностики депрессивного синдрома:

- а) бессонница
- б) аффект витальной тоски**
- в) замкнутость, бездеятельность
- г) периферическая симпатикотония
- д) двигательная и мыслительная заторможенность

7. Дисфорией называется:

- а) слезливость, благодушие

- б) эмоциональная неустойчивость
- в) сочетание мании и депрессии
- г) тоскливо-злобное настроение**
- д) ничего из вышеуказанного

8. Витальной тоской называют:

- а) все соматические расстройства у депрессивных больных
- б) ощущение «душевной» боли и тяжести в груди при депрессии**
- в) тоску, не сопровождающуюся соматическими жалобами
- г) головные и абдоминальные боли у депрессивных больных
- д) маскированную (ларвированную) депрессию

9. Больной заявляет, что испытывает по отношению к матери любовь, привязанность, и одновременно немотивированную злобу и ненависть. Описанное расстройство называется:

- а) полипрагмазия
- б) слабодушие
- в) амбивалентность**
- г) дисфория
- д) сенестопатия

10. Смутное предчувствие неопределенной опасности- это:

- а) дисфория
- б) тревога**
- в) слабодушие
- г) амбивалентность
- д) страх

7. Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

8. Материалы лекции.
9. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.

5. Антikonвульсанты в психиатрической и неврологической практике
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦСП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакошина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н. Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А. Малярова – К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ. – Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

1. Тема №5: Основные психопатологические синдромы.

2. **Цель:** Основные психопатологические синдромы в психиатрии.

3. **Цели обучения:**

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками.

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Астенический синдром, его клинические варианты.
2. Неврастенический синдром.
3. Истерический синдром.
4. Психопатический и психопатоподобный синдромы.
5. Депрессивный синдром (психотический и непсихотический).
6. Ипохондрический синдром (психотический и непсихотический).
7. Параноидный, галлюцинаторно-параноидный и паранойяльный синдромы.
8. Психорганический синдром.
9. Синдром дисморфофобии и диморфомании.
10. Апатико-абулический синдром.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, обучение при помощи сверстников, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Астенический синдром

Астенический синдром- состояние нервно-психически слабости - наиболее распространенный в психиатрии, неврологии и общей медицине и в то же время простой синдром преимущественно количественных расстройств

психики. Ведущее проявление - собственно психическая астения. Выделяют два основных варианта астенического синдрома - эмоционально-гиперестетическая слабость.

(астенический) синдром характеризуется раздражительной слабостью. Вследствие приобретенной или врожденной недостаточности внутреннего торможения возбуждение ничем не ограничивается, что проявляется раздражительностью, нетерпеливостью, повышенной истощаемостью внимания, нарушениями сна (сон поверхностный, с частыми пробуждениями). Выделяют гипер- и гипостенический варианты астении. При гиперстенической астении сохранность возбудительного и слабость тормозного процесса приводит к выдвиганию на передний план склонности к взрывным, эксплозивным реакциям. При гипостенической астении имеются все признаки слабости не только тормозного, но и возбудительного процесса: крайняя утомляемость при умственной и физической нагрузке, низкая работоспособность и продуктивность, нарушения запоминания.

Состоянию сопутствуют головные боли, обильные вегетативные расстройства, повышается чувствительность ко всем внешним воздействиям.

Истерический синдром — сочетание симптомов любых заболеваний, если по своему происхождению эти симптомы являются следствием повышенной внушаемости и самовнушаемости, а также таких черт личности, как эгоцентризм, демонстративность, психическая незрелость, повышенная игра воображения эмоциональная лабильность. Состояние характерно для истерического невроза, истерического развития личности, истерической психопатии.

Психопатический синдром

Это стойкая, социально дезадаптирующая больного дисгармоничность в эмоциональной и волевой сферах, являющаяся выражением патологии характера. Расстройства не касаются познавательного процесса. Психопатический синдром формируется в определенных условиях социальной среды на основе врожденных (психопатии) и приобретенных (постпроцессуальное состояние) изменений высшей нервной деятельности. Для того чтобы подчеркнуть эти различия, изменения характера, вызванные шизофреническим или церебрально-органическим процессом, называют иногда психопатоподобным синдромом. Патология относится к пограничной в психиатрии.

Варианты психопатического синдрома соответствуют клиническим формам психопатии и проявляются возбудимыми чертами или реакциями повышенной тормозимости. В первом случае характерны эмоциональная несдержанность, гневливость, конфликтность, нетерпеливость, неуживчивость, волевая неустойчивость, склонность к злоупотреблению алкоголем и употреблению наркотиков. Особенностью другого варианта являются слабость, истощаемость реакций личности, ее недостаточная активность, заниженная самооценка, склонность к сомнениям.

Ипохондрический синдром по своему содержанию может быть:

1) астеническим, 2) депрессивным, 3) фобическим, 4) сенестопатическим, 5) бредовым. При невротических состояниях речь идет о простой, небредовой ипохондрии, выражающейся преувеличенным вниманием к своему здоровью и сомнениями в его благополучии. Больные фиксированы на неприятных ощущениях в своем теле, источником которых могут быть само невротическое состояние и вызванные им соматовегетативные сдвиги, депрессия с ее симпатикотонией и другие причины. Больные часто обращаются за помощью к различным специалистам, много обследуются. Благоприятные результаты исследований на какое-то время успокаивают больных, а затем тревога снова нарастает, мысли о возможном тяжелом заболевании возвращаются. Возникновение ипохондрической симптоматики может быть связано с ятрогенией.

Основные бредовые синдромы

Паранойяльный синдром. Этот синдром характеризуется постепенным формированием систематизированного бреда, особенно на первых порах эмоционально насыщенного и до какой-то степени правдоподобного, лишённого явных нелепостей. При этом бреде не бывает галлюцинаций (ни истинных, ни псевдогаллюцинаций). В ряде случаев рассматриваемый вид бреда может формироваться на основе сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред изобретательства, ревности, физического недостатка, любовный, сутяжный. Как правило, он очень стоек.

Галлюцинаторно-параноидный синдром. Этот синдром включает в себя бредовые идеи и галлюцинации. Одной из разновидностей этого синдрома является синдром Кандинского—Клерамбо (синдром психического автоматизма). Это галлюцинаторно-параноидный синдром, состоящий из псевдогаллюцинаций, бредовых идей воздействия (психического, физического, гипнотического — разновидность бреда преследования) и явлений психического автоматизма. Последние выражаются в чувстве неестественности, отчужденности, «сделанности» собственных движений, поступков, собственной мысли. Все симптомы, составляющие синдром Кандинского—Клерамбо, тесно между собой связаны, псевдогаллюцинации сопровождаются чувством сделанности, те связаны с бредом воздействия, с ним же связаны и явления психического автоматизма, а также такие входящие в состав синдрома нарушения, как «чувство овладения» (больным «овладели», он «не принадлежит себе») и так называемый синдром внутренней открытости. Последний, обычно очень тягостный для больных, заключается в убеждении, что все помыслы человека, в том числе и самые интимные, сейчас же становятся известны всем окружающим. Нередки и такие симптомы, как «эхо мыслей», «громкое звучание мыслей» (как только человек о чем-либо подумает, тут же слышит звучание этих мыслей и уверен, что все окружающие это обязательно слышат).

Синдром Кандинского—Клерамбо наиболее характерен для шизофрении, хотя может иметь психогенную или экзогенно-органическую природу.

Парафренный (парафренический) синдром. Этот синдром состоит из систематизированного бреда преследования и величия (обычно фантастического характера), а также явления психического автоматизма и псевдогаллюцинации. Нередко сочетается с повышенным настроением.

Синдром Котара. Этот синдром чаще всего состоит из сочетания тяжелой депрессии и бреда отрицания (ипохондрический бред). Однако в состав этого синдрома могут входить и такие бредовые идеи, как бред гибели мира, бред мучительного бессмертия и бред отрицательного величия (бред злого могущества). Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности, что больной никогда не умрет, вечно будет жить и вечно мучиться. Бред отрицательного величия, или злого могущества, характеризуется стойкой убежденностью, что уже само существование больного приносит всем окружающим, а то и всему миру, огромный вред, непоправимый ущерб.

Синдром дисморфомании — дисморфофобии. Этот синдром характеризуется обычно триадой, состоящий

- 1) из идей физического недостатка («ноги такие уродливые», «нос, как у Буратино», «уши, как лопухи» и т.д.),
- 2) бреда отношения («все смотрят и смеются», «кому приятно смотреть на урод», «люди на улице пальцем показывают»),
- 3) пониженного настроения, иногда вплоть до тяжелой депрессии с мыслями о самоубийстве.

Сама идея физического недостатка чаще всего является бредом паранойяльного типа (когда мысли об уродстве касаются совершенно правильной части лица или тела), реже — сверхценной идеей (в этом случае небольшой дефект, например несколько искривленные ноги, воспринимается как «потрясающее уродство», «позор»). Больным с идеями физического недостатка чрезвычайно свойственно стремление к «исправлению», «коррекции» тем или иным путем своего мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка. Особенно активно они посещают хирургов, добиваясь непоказанной им косметической операции.

Значительно реже мысли о том или ином физическом дефекте носят характер навязчивых образований. Поэтому более правомерно в большинстве наблюдений говорить не о дисморфофобии (от греч. *dys* — приставка, означающая расстройство + *morphe* — форма) — навязчивом страхе по поводу неправильной формы той или иной части тела (хотя такие наблюдения тоже имеются), а о дисморфомании (от греч. *mania* — безумие, страсть, влечение)

Бредовые синдромы не являются чем-то постоянным и неизменным, одна их форма может переходить в другую. Так, в частности, паранойяльный синдром может сменяться синдромом Кандинского—Клерамбо, а тот в свою очередь парафренным, что нередко и бывает при параноидной шизофрении.

Невротические синдромы

Особенностью невротического синдрома является неглубокий уровень расстройств, включающих лишь астенические, аффективные симптомы и

собственно невротические (обсессивные, фобические, истерические, небредовые ипохондрические). Эту патологию отличают парциальность психических расстройств, критическое к ним отношение, присутствие сознания болезни, адекватная оценка окружающего и сопутствующая слабости психических функций обильная соматовегетативная симптоматика. Характерно отсутствие грубых нарушений познания окружающего. В структуре невротических синдромов нет расстройств предметного сознания, бредовых идей, галлюцинаций, слабоумия, маниакального состояния, ступора, возбуждения. При истинных невротических нарушениях остается сохранной личность. Более того, действие внешней вредности опосредуется личностью больного, ее реакциями, характеризующими самую личность, ее социальную сущность. Все перечисленные особенности позволяют квалифицировать такого рода нарушения как пограничную психическую патологию, находящуюся на границе между нормой и патологией, между соматическими и психическими болезнями.

Каждым из невротических синдромов может быть исчерпана клиническая картина соответствующего невроза. Однако любой из невротических синдромов может быть выявлен в рамках психозов — при слабой степени усложнения психопатологической симптоматики. В этих случаях их нередко именуют неврозопо-добными (неврастеноподобный, истериформный) для того, чтобы подчеркнуть иное, непсихогенное их происхождение.

Обсессивно-фобический синдром проявляется психопатологической продукцией в форме разнообразных навязчивостей и фобий. В этот период усиливается тревожность, мнительность, нерешительность, обнаруживаются признаки астенизации.

Основные синдромы нарушений памяти и интеллекта

Синдром Корсакова — разновидность амнестического синдрома. Основой его является невозможность запоминать текущие события (фиксационная амнезия) при более или менее сохранной памяти на прошлое. В связи с этим возникает нарушение ориентировки (так называемая амнестическая дезориентировка). В первую очередь это касается времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. И еще один характерный симптом этого синдрома — парамнезии, главным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций, но могут наблюдаться и криптомнезии.

Органический (психоорганический, энцефалопатический) синдром может возникать при самых различных заболеваниях: при непосредственном поражении головного мозга (опухоли, интракраниальные инфекции, травмы, сосудистая патология атеросклеротического, сифилитического и иного происхождения); при соматогениях (как следствие заболевания печени, почек, легких и т.д.); при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, отравлении теми или иными токсическими веществами; при заболеваниях, протекающих с атрофическими процессами в головном мозге (например, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика и др.).

Синдромы помрачения сознания

Делирий — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания — характеризуется противоположными оглушенности признаками: понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной с возбуждением).

Начало делириозного помрачения сознания проявляется изменением восприятия окружающего. Раздражители, которые ранее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и раздражающие. Так, больной с соматогенной интоксикацией, например, при разрешении пневмонии, начинает жаловаться, что в коридоре слишком громко говорит персонал, топают, стучат ложками и тарелками при раздаче пищи, ему начинает мешать свет фонаря с улицы, постель кажется слишком жесткой, белье грубым и т.д. Затем появляются нарушения сна, возникают гипнагогические галлюцинации, из-за которых больной не может уснуть. Перед засыпанием на темном фоне ему видятся страшные рожи, куски тел, различные чудовища. Больной в страхе открывает глаза, но, как только закрывает, снова видит страшные картины. По утрам эти страхи кажутся нереальными и смешными, поэтому больной стесняется о них рассказать врачу.

На следующем этапе, обычно вечером, появляются парейдо-лические иллюзии. В игре светотеней, на узорах обоев, на полу видятся различные картины, подвижные, часто меняющиеся и исчезающие при ярком освещении. Затем появляются зрительные галлюцинации, иногда как продолжение парейдолических иллюзий.

Выделяют несколько разновидностей делирия: неразвернутый, или абортивный, при котором наблюдаются иллюзии и галлюцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого периода до нескольких часов. Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются муситирующий (бормочущий) и профессиональный, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания. При муситирующем делирии наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения, больной терзает одежду, простыню, «обирается».

Делириозные помрачения сознания наблюдаются при хронических интоксикациях, инфекционных и соматических заболеваниях, интоксикации при ожоговой болезни, черепно-мозговых травмах и других органических заболеваниях головного мозга.

Онейроидное помрачение сознания (онейроид, сновидное, грезоподобное). Онейроид — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Это состояние сопровождается частичной или полной отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным или маниакальным аффектом,

признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при амнезии на окружающие события.

Для онейроида характерна отрешенность от окружающего мира с погружением в фантастические бредовые переживания, двойная ориентировка, исключительность собственной миссии, несоответствие переживаний и поведения больного.

Онейроид может продолжаться несколько недель. В памяти больных обычно сохраняются фантастические переживания, о реальных событиях воспоминания чаще отсутствуют или больной помнит отдельные фрагменты. В ряде случаев наблюдаются произвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онейроид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, как правило, при приступообразной шизофрении и значительно реже — при других заболеваниях.

Аменция — аментивное помрачение сознания (от лат. *amentia* — безумие), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в невозможности в целом воспринимать происходящие события, улавливать связь между предметами и явлениями. Больные схватывают отдельные фрагменты ситуации и не могут связать их в единое целое. Больной в состоянии аменции — это человек в разбитых очках, т.е. все им воспринимается по кусочкам, отдельно. Речь больного бессвязна, больные произносят бессмысленный набор слов, носящий часто обыденный характер, наблюдаются персеверации, бредовые идеи либо отсутствуют, либо отрывочны, аффект неустойчив, характерно беспорядочное двигательное возбуждение с хореоподобными гиперкинезами.

Наблюдается грубая дезориентировка вместе, времени и собственной личности. Больные не только не могут сказать, где они находятся, но и оценить ситуацию в целом. Воспоминания о периоде аменции отсутствуют.

Аменция наблюдается при тяжелых хронических соматических заболеваниях, при хронической раневой инфекции, органических заболеваниях головного мозга, реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.

Сумеречное помрачение сознания. Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы. Если делирий можно определить как иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания, а онейроид — как грезоподобное, то для сумеречного помрачения сознания нет такого общего определения. Однако есть признаки, характеризующие это помрачение сознания: пароксизмальность возникновения и прекращения; сохранность автоматизированной деятельности; полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

Фуги и трансы — кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.

Абсанс (от франц. absence — отсутствие) — кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией. Выключение сознания действительно очень кратковременно.

Выделяют несколько вариантов абсанса: атонический, характеризующийся потерей мышечного тонуса и внезапным падением, гипертонический — с повышением мышечного тонуса, который проявляется обычно сочетанным разгибанием головы и отведением глазных яблок кверху, иногда выгибанием туловища назад; субклинический — с неполной потерей сознания, энуретический — с произвольным упусканьем мочи.

Сумеречные состояния сознания и абсансы в том числе наблюдаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Аментивный синдром.
2. Амнестический синдром.
3. Астенический синдром.
4. Делириозный синдром.
5. Депрессивный синдром.
6. Ипохондрический синдром.
7. Кататонический синдром.
8. Маниакальный синдром.
9. Онейроидный синдром.
10. Паранойяльный синдром.
11. Парафренный синдром.
12. Сенестопатический синдром.
13. Синдром Кандинского-Клерамбо.
14. Синдром помрачения сознания.
15. Психоорганический синдром.

Тесты для самоконтроля

1. Синдром Гаизера характерен для:

- а) шизофрении
- б) старческих психозов
- в) инволюционных психозов
- г) истерических психозов
- д) алкогольных психозов

2. Длительное (недели и более) расстройство настроения подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита, нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как:

- а) астенический синдром
- б) невротоподобный синдром
- в) фобический синдром
- г) депрессивный синдром**
- д) истерический синдром

3. **Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:**

- а) аффективных
- б) нарушенного сознания
- в) невротических
- г) бредовых**
- д) амнестических

4. **Манерно-дурашливое поведение, импульсивные действия, гримасы характерны для:**

- а) истерического синдрома
- б) гебефренического синдрома**
- в) маниакального синдрома
- г) кататонического синдрома
- д) парафренного синдрома

5. **Первичный интерпретативный бред характерен для:**

- а) депрессивно-параноидного синдрома
- б) парафренного синдрома
- в) синдрома Кандинского–Клерамбо
- г) паранойяльного синдрома**
- д) маниакально-бредового синдрома

6. **Ведущий симптом при галлюцинозах — это:**

- а) признаки нарушенного сознания
- б) псевдогаллюцинации
- в) дереализация
- г) истинные галлюцинации**
- д) сенестопатии

7. **Политематический несистематизированный бред наблюдается при:**

- а) парафренном синдроме
- б) синдроме психического автоматизма
- в) паранойяльном синдроме
- г) онейроиде
- д) параноидном синдроме**

8. **Усиление влечений характерно для следующего синдрома:**

- а) параноидного
- б) кататонического
- в) маниакального**

- г) истерического
- д) обсессивно-компульсивного

9. Патологическая фиксация на проблемах своего здоровья, необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания характерно для синдрома:

- а) обсессивно-фобического
- б) депрессивного
- в) ипохондрического**
- г) астенического
- д) деперсонализационного

10. Мнестические расстройства максимально выражены при синдроме:

- а) Кандинского–Клерамбо
- б) маниакальном
- в) гебефреническом
- г) корсаковском**
- д) парафреническом

11. Психические автоматизмы входят в структуру синдрома:

- а) паранойяльного
- б) кататонического
- в) сумеречного помрачения сознания
- г) корсаковского
- д) Кандинского–Клерамбо**

12. Галлюциноз — это:

- а) обильные галлюцинации
- б) обильные слуховые галлюцинации
- в) обильные галлюцинации в пределах одного анализатора
- г) возникающие на фоне ясного сознания обильные слуховые галлюцинации, сопровождающиеся чувством «сделанности»
- д) возникающие на фоне ясного сознания обильные галлюцинации в пределах одного анализатора**

13. Типичные проявления лобного синдрома:

- а) благодушие, вялость, бездеятельность**
- б) дисморфоманический бред и идеи воздействия
- в) иллюзии и гипнагогические галлюцинации
- г) аутизм, подозрительность и упрямство
- д) тоска, психомоторная заторможенность

14. Для депрессивного синдрома характерны:

- а) печаль, замкнутость, пассивность**
- б) идеи преследования и воздействия

- в) сонливость, прожорливость, слюнотечение
- г) потребность в посторонней поддержке, плаксивость
- д) приподнятое настроение, активность, ускорение речи

15. Для депрессивного синдрома характерны:

- а) скованность, гипертонус, тремор
- б) контрастные навязчивости и ритуалы
- в) бессонница, анорексия, снижение массы тела**
- г) потребность в посторонней поддержке, плаксивость
- д) негативизм, мутизм, каталепсия

16. Проявлением апатоабулического синдрома является:

- а) anaesthesia psychica dolorosa
- б) эмоциональная тупость**
- в) вязкость (обстоятельность) мышления
- г) раздражительность
- д) негативизм

17. Женщина 38 лет, выглядит усталой, подавленной. Жалуется на головные боли, неусидчивость, тревогу, поверхностный сон. До того как засыпает подолгу лежит и думает о том, что у нее опухоль мозга. Днем эти мысли мешают ей работать. Очень доверяет врачам, просит помощи.

Определить синдром:

- а) астенический
- б) параноидный
- в) депрессивный
- г) паранойяльный
- д) обсессивно-фобический**

18. Женщина 38 лет, выглядит усталой, подавленной. Жалуется на головные боли и упорную бессонницу, повышение артериального давления, снижение аппетита, отсутствие сил. Удручена тем, что не может ухаживать за дочерью 7 лет. Заявляет, что потеряла всякий интерес к жизни. Определить синдром:

- а) астенический
- б) параноидный
- в) депрессивный**
- г) апатико-абулический
- д) обсессивно-фобический

19. Состояние пациента определяется высокой степенью истощаемости психических процессов наряду с повышенной раздражительностью, гиперестезией по отношению к физическими психическим раздражителям. Его следует расценить как:

- а) апатоабулический синдром

- б) депрессивный синдром
- в) астенический синдром**
- г) деперсонализационный синдром
- д) истерический синдром

20. Фобии и компульсии входят в структуру синдрома:

- а) онейроидного
- б) истерического
- в) кататонического
- г) обсессивного**
- д) Корсаковского

7. Литература

основная:

- 1.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. –532с.
- 2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
- 3.Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
- 4.Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

10. Материалы лекции.
11. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
- 5.Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
- 6.Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.Медицина, 1984
- 8.Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М.Медицина, 1984
- 9.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
- 10.Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
- 11.Кекелидзе З.И., Чехопин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.:ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997
- 12.Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
- 13.Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
- 14.Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.:Ника-Центр, 1999

- 16.Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.:Медицина 1982
17.Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-
Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема№6: Классификация психических расстройств. Подходы к терапии психических заболеваний (биологическая терапия, психотерапия, социотерапия) с точки зрения доказательной медицины. Профилактика и реабилитация психических расстройств.

2. Цель:

- Классификацию психических расстройств;
- группы лекарственных препаратов, применяемые при лечении психических заболеваний;
- методы психотерапии;
- профилактику и реабилитацию психических расстройств.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность:С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного;

доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Классификация психических расстройств.
2. Группы лекарственных препаратов, применяемые при лечении психических заболеваний, механизм действия, показания, противопоказания, побочные действия.
3. Виды психотерапии.
4. Инсулинокоматозная терапия.
5. Электросудорожная терапия.
6. Немедикаментозные методы лечения (электролечение, элекросон, гидротерапия, массаж, гипербарическая оксигенация, ИРТ, терапия депривацией сна).
7. Профилактика и реабилитация психических расстройств.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, обучение, основанное на кейсах, курация больных, дискуссии, обратная связь.

Классификация психических расстройств

В классификации психических расстройств клинко-нозологические формы выделяются на основе единства установленных или предполагаемых этиологических факторов и патогенетических механизмов и сходства клинических проявлений, динамики и исходов психических расстройств.

Клинко-нозологические формы психических расстройств объединены в несколько групп на основании близости, родства этих форм в этиопатогенетическом отношении.

1. Эндогенные психические заболевания

Эти заболевания преимущественно обусловлены внутренними патогенными факторами, в том числе наследственным предрасположением, при определенном участии в их возникновении различных внешних вредностей.

Включаются:

Шизофрения

Маниакально-депрессивный психоз

Циклотимия

Функциональные психические расстройства позднего возраста

2. Эндогенно-органические психические заболевания

Развитие этих заболеваний определяется или внутренними факторами, приводящими к органическому поражению головного мозга, или взаимодействием эндогенных факторов и церебрально-органической патологии, возникающей в результате неблагоприятных внешних влияний биологического характера (черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций).

Включаются:

Эпилепсия (эпилептическая болезнь)

Атрофические заболевания головного мозга

Деменции альцгеймеровского типа

Болезнь Альцгеймера

Сенильная деменция

Болезнь Пика

Болезнь Гентингтона

Болезнь Паркинсона

Психические расстройства, обусловленные сосудистыми заболеваниями головного мозга

3. Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства

В эту обширную группу входят, во-первых, психические расстройства, обусловленные соматическими заболеваниями и разнообразными внешними биологическими вредностями внемозговой локализации и, во-вторых, психические расстройства, основой которых становятся неблагоприятные экзогенные воздействия, приводящие к церебрально-органическому поражению. В развитии психических расстройств этой группы определенную, но не ведущую роль играют эндогенные факторы.

Включаются:

Психические расстройства при соматических заболеваниях

Экзогенные психические расстройства

Психические расстройства при инфекционных заболеваниях внемозговой локализации

Алкоголизм

Наркомании и токсикомании

Психические расстройства при лекарственных, промышленных и других интоксикациях

Экзогенно-органические психические расстройства

Психические расстройства при черепно-мозговых травмах

Психические расстройства при нейроинфекциях

Психические расстройства при опухолях головного мозга.

Следует отметить, что психические расстройства при опухолях головного мозга могут быть отнесены к экзогенно-органическим расстройствам, в значительной мере, условно, с учетом традиций и клинического сходства психических расстройств при опухолях мозга с другими, типичными экзогенно-органическими расстройствами психики.

4. Психогенные расстройства

Это расстройства, возникающие в результате воздействия на личность и телесную сферу стрессовых ситуаций.

Включаются:

Реактивные психозы

Неврозы

Психосоматические (соматоформные) расстройства

5. Патология развития личности

В данную группу входят патологические психические состояния, обусловленные аномальным формированием личности.

Включаются:

Психопатии (расстройства личности)

Олигофрении (состояния психического недоразвития)

Другие задержки и искажения психического развития

Международная классификация психических расстройств 10-го пересмотра

1. F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
2. F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
3. F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
4. F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства)
5. F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
6. F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
7. F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
8. F7 Умственная отсталость
9. F8 Нарушения психологического развития
10. F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
11. F10 Неуточненное психическое расстройство

Группы лекарственных препаратов, применяемые при лечении психических заболеваний, механизм действия, показания, противопоказания, побочные действия.

Классификация психотропных средств

Классификация психофармакологических препаратов основана, в первую очередь, на их ведущих клинических эффектах. Она включает 6 классов психотропных средств:

1)нейролептики; 2) антидепрессанты (тимоаналептики); 3) транквилизаторы; 4) психостимуляторы; 5) ноотропные препараты (препараты нейрометаболического действия); 6)стабилизаторы аффекта (нормотимики).

Биологическая терапия психических расстройств

К биологическим относятся те методы лечения, которые оказывают терапевтическое действие на биологическом уровне.

К ним относятся психофармакотерапия, шоковые методы (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), применение противосудорожных средств при эпилепсии, препаратов, подавляющих влечение к наркотикам, при наркоманиях, антибиотиков при прогрессивном параличе, фототерапия (светолечение) депрессий, терапия депрессий депривацией (лишением) сна.

В психиатрии используются различные биологические методы лечения, заимствованные из других областей медицины: лазерная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, лечение гормональными препаратами, иммунокорректорами, витаминами. Эти методы самостоятельного значения не имеют, используются как дополнительные в комплексной терапии психических расстройств.

Среди биологических методов лечения, применяемых в психиатрии, центральное положение занимает психофармакотерапия.

Психофармакотерапия

К психотропным препаратам относятся лекарственные средства, обладающие способностью устранять (полностью или частично) те или иные психопатологические проявления, а иногда и оказывать определенное положительное влияние на патогенетические механизмы психических расстройств.

К достоинствам психотропных средств относятся быстрое действие, возможность длительного, в том числе амбулаторного применения, наличие набора препаратов, устраняющих разные психопатологические проявления, существование различных способов введения.

Психофармакотерапия позволяет у части психически больных отдалить сроки инвалидизации или избежать ее, улучшить социальную адаптацию и качество жизни больных.

Вместе с тем, психофармакотерапия не лишена ряда недостатков.

Во-первых, значительная доля больных, которым назначаются психотропные средства, уклоняются от их приема, особенно в амбулаторных условиях.

Во-вторых, большинство психофармакологических препаратов обладает преимущественно симптоматическим действием, нивелирует клинические проявления психических расстройств, существенно не влияя на их патогенез. Соответственно ремиссии, возникающие на фоне психофармакотерапии, нередко оказываются весьма поверхностными, неустойчивыми. Для их стабилизации, продления требуется долгий, нередко многолетний прием психотропных препаратов.

В-третьих, некоторые классы психотропных средств (транквилизаторы, психостимуляторы) при длительном применении могут вызывать психическую, а иногда и физическую зависимость.

Варианты и принципы психофармакотерапии

Психотропные средства применяют в виде монотерапии и комплексной терапии.

Монотерапия используется при относительно простой структуре психических расстройств, их моносимптоматических формах, в периоды ремиссий, при не вполне удовлетворительной переносимости психотропных средств.

Чаще проводится терапия сочетанием нескольких препаратов. Подбор препаратов, в значительной мере, осуществляется в соответствии с принципом симптомов-мишеней, хотя этот принцип и считается отчасти устаревшим.

При окончательном выборе препаратов учитывают не только клиническую картину психических расстройств. Принимают во внимание их динамику, нозологическую принадлежность, эффективность ранее проводившейся терапии, особенности соматоневрологического состояния и другие факторы.

Различают активную (купирующую), поддерживающую и близкую к ней противорецидивную психофармакотерапию.

Купирующее лечение проводится при острых, выраженных психических расстройствах быстро нарастаемыми значительными или высокими дозами психотропных средств, часто вводимых парентерально. Такое лечение преследует цель «оборвать», устранить психические расстройства или, по крайней мере, добиться возможно быстрого и существенного улучшения психического состояния.

После наступления ремиссии психофармакотерапию не прекращают, а переходят к поддерживающему лечению. Сущность поддерживающей терапии в длительном (многочесном или даже многолетнем) применении сравнительно невысоких доз психотропных средств для сохранения, упрочения ремиссии, предупреждения новых обострений психических расстройств. Нередко поддерживающую терапию проводят пролонгированными формами препаратов.

Противорецидивная терапия осуществляется в периоды интермиссий (практического выздоровления) для профилактики повторных приступов психических расстройств.

Нежелательно чрезмерно длительное использование одних и тех же препаратов. Следует своевременно заменять их на медикаменты, сходные по

клиническому действию, но имеющие иную химическую структуру (во избежание развития резистентности к лекарствам, побочных эффектов и осложнений).

Наращивание доз психотропных средств (когда позволяет состояние больного) и, особенно, их отмена осуществляются постепенно. При резком прекращении лечения велик риск обострений, рецидивов психических заболеваний или возникновения «синдрома отмены» в виде комплекса психических и соматоневрологических нарушений.

Шоковые методы лечения

В прошлом шоковая терапия (электросудорожная, инсулино-коматозная) занимала ведущее положение в лечении психозов, особенно шизофрении. В настоящее время шоковые методы применяются ограниченно. Для проведения шоковой терапии необходимо наличие жизненных показаний или письменное согласие больного, а в случае его недееспособности — согласие родственников. У детей и подростков шоковая терапия не используется.

Механизмы действия шоковых методов во многом остаются неясными. Наиболее убедительны представления, в соответствии с которыми лечебный эффект шоковых методов обусловлен мобилизацией защитных механизмов, повышением сопротивляемости организма болезнетворному началу под влиянием мощных повторных биологических стрессовых воздействий в ходе сеансов электросудорожной или инсулинокоматозной терапии.

Эффективность шоковых методов весьма значительна. Ремиссии нередко бывают более глубокими и стойкими, чем при психофармакотерапии. Считается, что в отличие от большинства психотропных средств, шоковые методы оказывают лечебное действие не только на симптоматическом, но и на патогенетическом уровне. Ограниченное применение этих методов во многом связано с часто негативным отношением к ним больных и их родственников.

Электросудорожная терапия (ЭСТ). Сущность методики ЭСТ заключается в кратковременном воздействии на центральные мозговые структуры постоянного или переменного электрического тока, в результате которого возникает эпилептиформный припадок. Для каждого пациента подбираются напряжение электрического тока и его экспозиция, минимально достаточные для вызывания эпилептиформного припадка. Проводят от 4 до 12 сеансов ЭСТ, обычно через день.

Показаниями к применению ЭСТ являются тяжелые и стойкие эндогенные депрессии, приступы онейроидной кататонии, гипертоксической шизофрении, злокачественный нейролептический синдром, резистентность психических расстройств к психофармакотерапии.

К возможным осложнениям ЭСТ относятся остановка дыхания, нарушения деятельности сердца, повреждения опорно-двигательного аппарата (костные переломы, трещины в позвонках, вывихи суставов, разрывы связок), а также расстройства памяти, обычно преходящие.

Основными противопоказаниями для ЭСТ служат эпилепсия, органические поражения головного мозга, повышенная судорожная готовность, серьезная патология костно-суставной системы.

Инсулинокоматозную терапию начинают с ежедневного введения малых доз инсулина, постепенно их наращивая для определения дозы, достаточной для развития гипогликемической комы или субкоматозного состояния. В большинстве случаев она составляет 60—120 единиц инсулина. Установленная доза вводится больному ежедневно. Коматозное состояние сразу или вскоре после его возникновения купируют в/в введением глюкозы, сладким питьем и завтраком, обильным углеводами. Проводят от 12 до 30 сеансов инсулинокоматозной терапии.

Показаниями служат парапоидная шизофрения (в течение года от развития парапоидного бреда), приступообразная шизофрения, если в картине приступов существенное место занимают галлюцинаторно-парапоидные расстройства, а также толерантность продуктивной психотической симптоматики к психотропным средствам.

К осложнениям этого способа терапии относятся затяжная кома, повторная кома, эпилептиформные припадки, ожирение. Основные противопоказания — избыточный вес и сахарный диабет.

Лечение депривацией (лишением) сна. Метод заключается в непрерывном бодрствовании больных на протяжении 1—3 суток или в сокращении ночного сна до 3—4 часов в течение недели.

Лишение сна используется при депрессиях, преимущественно эндогенной природы. Его лечебный эффект объясняют влиянием на циркадные биоритмы.

Фототерапия (светолечение). При проведении фототерапии больной ежедневно от получаса до 2—3 часов находится в условиях искусственного освещения белым светом высокой яркости (2500 люкс и более). Продолжительность лечения — 10—15 дней.

Светолечение применяют при депрессиях, особенно эндогенных, сезонного характера. Терапевтический эффект связывают с воздействием яркого света на хронобиологические процессы.

Лазерная терапия. В ходе повторных сеансов кровь больного подвергается лазерному облучению. Метод применяется в терапии затяжных, резистентных к тимоаналептикам тоскливых депрессий и астенических состояний. Вследствие общестимулирующего действия, лазерная терапия может усилить имеющуюся тревогу.

Иглорефлексотерапия. Используется при неглубоких депрессиях, астениях различной природы, навязчивостях и других невротических и невротоподобных расстройствах.

Психотерапия и социотерапия

Психотерапией называют лечение посредством воздействия психическими факторами — словом, невербальными условными раздражителями, обстановкой, определенными занятиями и т. д.

Социотерапия по сути дела является частью психотерапии, которая использует факторы социально-психологические: влияние непосредственно окружающей социальной среды, различные формы социальной активности (например, клубы бывших пациентов) или коллективной деятельности мер к другим.

Реабилитация

В процессе реабилитации условно выделяются три этапа.

Первый этап — восстановительная терапия — осуществляется в стационарах и полустационарах. Наряду с необходимым, а при надобности и интенсивным биологическим лечением используют комплекс мер, направленных на предупреждение инвалидизации, развития психического дефекта. Широко используются психотерапия, включая групповую и семейную, лечение занятостью, различные виды социотерапии. От щадящего режима в остром периоде болезни переходят к активирующему (самообслуживание, самодеятельность, участие в больничном самоуправлении).

Второй этап — реадaptация — начинается в стационарных и полустационарных условиях и продолжается во внебольничных условиях. Наряду с поддерживающей биологической терапией применяют трудовую терапию, при надобности — обучение новой профессии. Цель семейной психотерапии — адаптация больного к семье и семьи к больному.

Третий этап — реабилитация в собственном смысле слова — включает рациональное трудоустройство и бытоустройство, вовлечение в активную социальную жизнь.

Основы психопрофилактики

Психопрофилактика представляет собой раздел общей профилактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний.

Задачами психопрофилактики являются:

1. предотвращение действия на организм и личность болезнетворной причины;
2. предупреждение развития заболевания путем его ранней диагностики и лечения;
3. предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В профилактике психических заболеваний большую роль играют общепрофилактические мероприятия, такие как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Под первичной психопрофилактикой принято понимать систему мероприятий, направленных на предупреждение патогенных воздействий на психику человека и в итоге на предупреждение психических и психосоматических болезней. Все мероприятия, относимые к первичной психопрофилактике, направлены на повышение выносливости психики к вредным факторам. К таким мероприятиям относятся правильное воспитание ребенка, борьба с ранними инфекциями и другими биологическими и психологическими стрессами, которые могут вызвать задержку психического развития, психический инфантилизм, снижение устойчивости психики к неблагоприятным влияниям.

Первичная психопрофилактика включает мероприятия по улучшению экологической ситуации, социально-экономических условий, психологического климата в обществе, повышению жизненного уровня, соблюдению трудового законодательства, совершенствованию охраны труда (кабинеты

психологической разгрузки), ограничению показа фильмов с избыточными сценами насилия. В первичную профилактику также включаются психогигиенические мероприятия: чередование труда и отдыха, пропаганда здорового образа жизни, развитие физкультуры и спорта, наряду с этим профилактика эндогенных заболеваний и умственной отсталости, медико-генетическое консультирование для выявления факторов риска этих психических расстройств; развитие методов воспитания подрастающих поколений: совершенствование общемедицинской помощи, охрана матери от вредных влияний на плод и организация родовспоможения, раннее выявление пороков развития у новорожденных, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах становления личности.

Под вторичной психопрофилактикой принято понимать систему мероприятий, направленных на предупреждение неблагоприятного течения уже начавшегося заболевания. Вторичная профилактика включает раннюю диагностику, предупреждение опасных для жизни состояний, раннее начало лечения и применение адекватных методов терапии для достижения наиболее полной ремиссии.

Третичная психопрофилактика — система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение методов лечебной и педагогической коррекции.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Классификация психических расстройств.
2. Группы лекарственных препаратов, применяемые при лечении психических заболеваний, механизм действия, показания, противопоказания, побочные действия.
3. Определение и сущность и основные задачи психотерапии.
4. Основные принципы организации психотерапевтической помощи.
5. Психодинамическая психотерапия.
6. Поведенческая психотерапия.
7. Когнитивная психотерапия.
8. Рационально-эмоциональная психотерапия.
9. Гуманистическая психотерапия.
10. Суггестивная психотерапия.
11. Гипнотерапия.
12. Групповая психотерапия.
13. Семейная психотерапия.
14. Инсулинокоматозная терапия.
15. Электросудорожная терапия.
16. Другие немедикаментозные методы лечения (электролечение, электросон, гидротерапия, массаж, гипербарическая оксигенация, ИРТ, терапия депривацией сна).
17. Терапия занятостью.

18. Профилактика и реабилитация психических расстройств.

Тесты для самоконтроля

1. Показанием для электросудорожной терапии является:

- а) инволюционный параноид
- б) стойкая эндогенная депрессия**
- в) простая шизофрения
- г) болезнь Пика
- д) болезнь Альцгеймера

2. К нормотимикам относится:

- а) параксетин
- б) карбомазепин
- в) пирацетам
- г) карбонат лития**
- д) аминазин

3. Коллективная психотерапия показана при наличии у больного:

- а) установочного поведения**
- б) псевдодеменции
- в) наркомании
- г) пуэрилизма
- д) бредовых идей самообвинения

4. К нейролептикам относится:

- а) rispolept**
- б) натрия вальпроат
- в) седуксен
- г) соли лития
- д) феварин

5. Наиболее типичное побочное действие нейролептиков:

- а) эпилептические приступы
- б) экстрапирамидные нарушения**
- в) лейкопения
- г) физическая зависимость
- д) бессоница

6. Виды психотерапии:

- а) поведенческая
- б) рационально-эмоциональная
- в) групповая
- г) суггестивная
- д) все перечисленное**

7. К биологическим методам терапии относится:

- а) инсулинокоматозная терапия
- б) психофармакотерапия
- в) депривация сна
- г) электросудорожная терапия
- д) **все перечисленное**

8. К антидепрессантам с седативным эффектом относится:

- а) **амитриптилин**
- б) имипрамин
- в) флуоксетин
- г) анафранил
- д) пароксетин

9. К антидепрессантам со стимулирующим эффектом относится:

- а) амитриптилин
- б) **имипрамин**
- в) азафен
- г) анафранил
- д) пароксетин

10. Инсулинокоматозную терапию назначают больным:

- а) **шизофренией**
- б) неврозом
- в) истерией
- г) деменцией
- д) с сексуальными расстройствами

11. Ведущим инструментом психологического влияния на пациента при проведении индивидуальной психотерапии служит:

- а) психотерапевтическая группа
- б) **психотерапевтический контакт**
- в) директивность психотерапевта
- г) эмоционально-нейтральное отношение психотерапевта
- д) окружающая пациента среда

12. Побочное действие транквилизаторов?

- а) диарея
- б) повышают судорожную готовность мозга
- в) аритмия
- г) **физическая и психическая зависимость**
- д) миорелаксация

7. Литература

основная:

- 1.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. –532с.
- 2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
- 3.Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
- 4.Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

12. Материалы лекции.
13. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
- 5.Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
- 6.Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.Медицина, 1984
- 8.Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М.Медицина, 1984
- 9.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
- 10.Карлов В.А. Эпилепсия. – М.: Медицина, 1990
- 11.Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.:ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997
- 12.Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
- 13.Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
- 14.Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.:Ника-Центр, 1999
- 16.Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.:Медицина 1982
- 17.Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
- 2.Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
- 7.http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

**1. Тема №7: Экзогенно-органические и соматогенные расстройства.
Умственная отсталость. Деменция.**

2. Цель:

- Экзогенно-органические расстройства;
- Соматогенные расстройства;
- Умственную отсталость;
- Деменцию.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

- Деменция при болезни Альцгеймера, Пика, Паркинсона и Гентингтона.
- Сосудистая деменция.
- Деменция, связанная с травмой головного мозга.
- Деменция, связанная с эпилепсией.
- Деменция, связанная с нейроинфекциями.
- Психические нарушения при соматических заболеваниях.
- Классификация, этиопатогенез умственной отсталости.
- Общая симптоматология умственной отсталости.
- Степени тяжести умственной отсталости.
- Недифференцированные и дифференцированные формы умственной отсталости.
- Наследственные формы умственной отсталости.
- Экзогенно-обусловленные формы умственной отсталости
- Психозы у детей с умственной отсталостью.
- Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение умственной отсталости.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, дискуссии, обратная связь.

Сосудистая деменция

Под сосудистой деменцией понимают нарушение мыслительных актов, которое вызвано проблемами циркуляции крови в сосудах головного мозга. При этом такие нарушения в значительной степени влияют на образ жизни пациента, его активность в обществе.

При сосудистой деменции патологические процессы развиваются медленно. Длительное время человек может не подозревать о том, что болезнь уже подступила. Из-за того, что определенные участки мозга получают все меньше кислорода, клетки мозга начинают гибнуть. При значительном количестве отмерших клеток мозг не справляется со своими функциями, что и выражается в деменции.

Подобный вид деменции составляет около десяти процентов среди всех больных. Есть также случаи, которые отягощены сопутствующим заболеванием, которые в комбинации приводят к тяжелейшим симптомам (например, сосудистая деменция и болезнь Альцгеймера).

Одна из распространенных причин сосудистой деменции – инсульт. При этом одинаково негативно влияют и тромбоз сосудов и их разрыв. После таких состояний в мозге человека отмирают клетки, которые питались из пораженного сосуда. У людей, перенесших инсульт, увеличивается риск наступления деменции в ближайшие годы.

Обычно постинсультная деменция тесно связана с местом, где произошло кровоизлияние или тромбоз. Если кровообращение было нарушено в зоне,

ответственной за когнитивную функцию, то даже малейший инсульт может стать причиной развития деменции. Расстройства, которые возникнут, напрямую связаны с поражением конкретной зоны мозга (отвечающей за ту или иную функцию).

Сосудистая деменция может возникнуть не только из-за непосредственной патологии в мозге, но и из-за общего снижения уровня обеспечения мозга кровью – гиперфузии. Возникает такое состояние из-за пониженного артериального давления, уменьшения объема крови, которая циркулирует по сосудам.

Пациентам преклонного возраста должны контролировать свои основные заболевания, которые могут вызвать деменцию. К ним относят гипертонию или гипотонию, атеросклероз, ишемию, аритмии, сахарный диабет и т.д. Деменции способствует малоподвижный образ жизни, недостаток кислорода, пагубные привычки.

Симптомы сосудистой деменции довольно трудно отличить. Обычно об этом заболевании говорят, если имел место инсульт или инфаркт и после этого пациенты демонстрируют симптомы деменции. К таким симптомам относят парез конечностей, отсталую рефлексию конечности (как правило, после инсульта правая и левая половина тела отвечают на раздражители с разной скоростью, диаметрально противоположно той стороне мозга, где произошел инсульт). У больных сосудистой деменцией наблюдаются проблемы с ходьбой.

Пациенты сами жалуются на головокружение, чувство неуверенности в ногах, ощущение их тяжести. Говоря о более конкретных симптомах, стоит учесть, что они зависят от того места, где произошло кровоизлияние. Если инсульт произошел в области среднего мозга, то для пациента характерны проблемы с сознанием. Людей мучают галлюцинации, они могут вспоминать и связывать воедино совершенно разные события. При дальнейшем прогрессировании человек отстраняется от мира, перестает интересоваться происходящим, не желает встречаться с друзьями, не следит за своим внешним видом. Больше всего человек старается спать, предпочитает отмалчиваться.

Если же инсульт произошел в области гиппокампа, который отвечает за переход событий в длительную память, то пациент имеет проблемы с близкими событиями – он просто их не помнит. А вот далекие события хорошо сохраняются. Инсульт в лобной доле приводит к слабоумной апатии. Пациент ничем не интересуется вообще. Все что он видит или слышит, он повторяет без осмысливания слов или действий. Получается своеобразное заикливание. На стыке долей (височной, теменной и затылочной) инсульт приводит к проблемам с речью, нарушениями восприятия пространства, некоторых мыслительных операций. Поражение подкорковой области приводит к всеобщей рассеянности.

Человек не может ставить и исполнять длительные цели, концентрироваться на конкретном деле. В итоге многое начинается и не заканчивается. Для всех мест локализации инсульта характерно такое проявление деменции, как нарушение мочеиспускания.

Изменения в когнитивной сфере тянут за собой и психологические расстройства. Пациенты впадают в длительные депрессии, они зачастую неадекватно агрессивны.

Старческая деменция

Старческая деменция, или сенильная, как ее еще называют, тесно связана с психикой человека. При этом сами изменения происходят в головном мозге, а проявления ее – это психика. Изменения на клеточном уровне могут происходить в самом головном мозге. При этом нейроны погибают от нехватки питания. Такое состояние называют первичной деменцией. Если же присутствует заболевание, из-за которой пострадала нервная система, то такое состояние называют вторичной деменцией. Кроме заболеваний инфекционного и травматического характера, вторичная деменция может возникнуть из-за злоупотребления алкоголем, наркотиками, при нарушении обмена веществ, гипотиреозе. Обычно наиболее распространена первичная деменция. У людей пожилого возраста стоит ранжировать деменцию и депрессии. В пожилом возрасте депрессии также частое явление. Они вызваны чувством старения, ненужности в социуме и т.д. Однако при этом все навыки и функции самообслуживания сохраняются.

Симптомы старческой деменции. Деменция может выражаться в различной форме. Каждой форме присущи определенные симптомы.

Легкая форма – при этой форме заболевание приводит к снижению социальной активности пациента (уход с работы, невозможность общаться с родными, друзьями), апатичности к внешнему миру (нежелание интересоваться новостями, отказ от привычных увлечений). При этом человек самостоятельно может обслужить себя, он обладает всеми гигиеническими навыками, может сам оставаться дома без негативных последствий. Впервые может создаться ощущение простой замкнутости.

Умеренная форма – следующий, более тяжелый этап. Пациенты в значительной степени теряют привычные навыки (включить телевизор, газовую плиту самостоятельно становится невозможно). Они не могут оставаться сами, страдают от одиночества, испытывают тревожно-депрессивные состояния. В этом состоянии человек сохраняет гигиенические навыки, контролирует свои физиологические процессы и потребности, но нуждается в пассивном контроле со стороны близких.

Тяжелая форма – последняя стадия деменции. В этой стадии пациент становится неменяемым, чем значительно усложняет жизнь близким. Объяснить что-то, убедить такого человека невозможно. Он не может совершать элементарного – держать ложку, ходить на унитаз, пользоваться зубной щеткой. Ежедневные напоминания ни к чему не приведут. Близкие должны часть функций перенять на себя – кормление, уход, туалет, гигиена тела. При этом хорошо, если пациент не сопротивляется, в некоторых случаях дементные больные яростно воспринимают любую помощь со стороны.



Лечение деменции

В лечении деменции есть две особенности, два постулата. Во-первых, надо понимать, что явления необратимые, то есть, по сути, деменция неизлечима. Здесь стоит вопрос о качественном уходе за больным и приспособлении здоровой части семьи к потребностям больного с сохранением нормальной жизни. Многим из-за необходимости ухода за родителями с подобными расстройствами приходится увольняться с работы. Это также неправильно, но иногда – единственный выход. Ситуация отягощается тем, что деменция не есть самостоятельное заболевание. В большинстве случаев это следствие, проявление основного недуга. И здесь врач должен выявить комплекс причин, которые вызвали деменцию, и влиять именно на них. Второй постулат – проявления деменции можно в некоторой степени сгладить с правильным приемом лекарственных средств. Их выписывать должен только врач. Самолечение антидепрессантами или иными самостоятельно выбранными препаратами недопустимо.

Не смотря на то, что деменция в значительной степени не лечится, пациентам необходимо как можно дольше сохранять привычную жизнь. Если нет возможности работать, нужно чаще общаться с родственниками, занять любимым делом. Это в значительной мере отодвигает прогрессирующие явления.

Современная медицина в лечении деменции использует: лекарственную терапию, нахождение на учете у кардиолога, допустимые нагрузки, улучшение питания, прием витаминов. При проявлении психических расстройств назначаются антидепрессанты.

Для снятия проблем с памятью, речью, мыслительными процессами применяются такие препараты, как Акатипол, Арисепт, Эксенол, Реминил, Нейромидин. При приеме лекарств следует помнить, что больные деменцией должны постоянно наблюдаться у врача, возможно, потребуются коррекция лечения.

Олигофрении

Олигофрении - сборная группа стойких непрогрессирующих патологических состояний с различной этиологией и патогенезом, но

объединяемых по сходству основной, главной клинической картины наследственного, врожденного или приобретенного в первые годы жизни слабоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и в затруднении социальной адаптации.

В настоящее время употребляются также такие обозначения, как «психическая ретардация», «умственная отсталость», «общее недоразвитие», «умственное недоразвитие».

Недоразвитие интеллекта — наиболее яркое клиническое проявление олигофрении, но при этом следует помнить, что малоумие является лишь частью общего психического недоразвития личности, задержки психического развития в целом. Поэтому для олигофрении характерны также различно выраженные эмоциональные, волевые, речевые и двигательные нарушения.

Основное проявление олигофрении — психическое недоразвитие — в зависимости от ее формы может сочетаться с различными физическими, неврологическими, психическими, биохимическими, эндокринными и другими нарушениями. Олигофрении не являются болезнью в полном смысле слова. Это не болезненный процесс, а патологическое состояние — результат когда-то подействовавшей вредности, следствие какого-то давнего болезненного процесса, вызвавшего задержку развития личности в целом и в первую очередь умственного развития.

Для олигофрении характерно отсутствие прогрессивности, что выражается прежде всего в том, что слабоумие олигофренов как правило, не нарастает, не увеличивается, не прогрессирует.

Наоборот, в большинстве случаев (за исключением самых тяжелых степеней задержки, отсталости развития) при олигофрениях возможно какое-то интеллектуальное развитие. В этом принципиальное отличие олигофрении от **деменции** — приобретенного в течение жизни слабоумия с его тенденцией к прогрессированию.

По степени психического недоразвития всех страдающих олигофренией независимо от формы заболевания принято подразделять на три группы:

- 1) с наиболее резко выраженным дефектом психического развития (идиотия);
- 2) со средней степенью (имбецильность)
- 3) с легкой выраженностью олигофрении (дебильность).

Идиотия (от греч. *idiotēia* — невежество) является наиболее тяжелой степенью задержки психического развития. При глубокой идиотии почти полностью отсутствует познавательная деятельность. Такие больные обычно никак не реагируют на окружающее, ничем, даже громким звуком или ярким светом, не удастся привлечь или во всяком случае сколько-нибудь задержать их внимание. Они неспособны к каким-либо дифференцировкам; часто не узнают даже мать, что здоровый ребенок делает уже в несколько месяцев. Подобное глубокое нарушение познавательной деятельности определяется как неспособность образовывать представления, образовывать новые связи.

Страдающие глубокой идиотией не отличают горячее от холодного, съедобное от несъедобного, не имеют представления и о глубине и высоте.

Больные с тяжелой формой идиотии не приобретают никаких навыков самообслуживания, не могут одеться или раздеться, пользоваться ложкой, вилок, неопрятны во время мочеиспускания и дефекации и совершенно не тяготятся этим, не испытывают беспокойства от мокрого белья.

Довольно часто у глубоких идиотов отмечается понижение всех видов чувствительности, в том числе и болевой: они никак не реагируют на повреждения, а нередко, особенно в периоды гневливых вспышек, могут царапать лицо и тело, рвать волосы, кусаться.

Эмоциональные реакции страдающих глубокой идиотией крайне примитивны, они не умеют плакать или смеяться, не могут радоваться, способны лишь к злобно-гневливым вспышкам. У одних эти злобные реакции почти постоянны, у других преобладает вялость, тупое безразличие ко всему, почти полное отсутствие каких-либо эмоциональных реакций.

Двигательные реакции их также характеризуются бедностью, малой координированностью, примитивностью. Они поздно и с трудом овладевают умением ходить, делают очень неуклюжие движения, иногда же передвигаются только ползком. Движения их несогласованны, нередко хаотичны, сколько-нибудь сложная координация им обычно недоступна. Характерны для идиотов однообразные, иногда постоянно повторяющиеся движения: монотонное равномерное раскачивание туловища взад и вперед, стереотипные движения из стороны в сторону нижней челюстью, кивательные движения головой, переминание с ноги на ногу и т.д.

Речь у страдающих глубокой идиотией полностью отсутствует. Они не только не понимают обращенных к ним слов, но даже неспособны издавать сколько-нибудь членораздельные звуки.

При идиотии средней и легкой степени имеются некоторые проявления познавательной деятельности. Такие больные способны к выработке каких-то (наиболее простых) представлений. Они понимают, например, что нельзя трогать пламя, опускать руку в кипящую воду, что можно уколоться острым предметом и т.д. Эти больные способны не только различать окружающих, но даже привязываться к ухаживающим за ними, проявлять радость при их появлении. Способны усвоить элементарные навыки самообслуживания.

Как и при идиотии, при имбецильности выделяют три степени тяжести тяжелую, среднюю и легкую с соответственно различными уровнями психического недоразвития.

По характеру всех имбецилов также можно разделить на две группы: очень добродушных, покладистых, приветливых, общительных и злобно-агрессивных и упрямых.

Несмотря на способность к примитивному труду, имбецилы не могут жить самостоятельно и нуждаются в постоянном квалифицированном надзоре. Лучше всего это осуществляется, кроме вспомогательных школ, в учреждениях типа лечебно-трудовых мастерских (если имбецил живет в семье) или в специальных загородных учреждениях.

Дебильность (от лат. *debilis* — слабый, немощный) — самая легкая степень психического недоразвития. Нарушения познавательной деятельности

у олигофренов в степени дебильности выражаются главным образом в неспособности к выработке сложных понятий и вследствие этого в невозможности сложных обобщений, абстрактного мышления или при более легкой степени дебильности — в ограниченности абстрактного мышления. У этих больных преобладает конкретно-описательный тип мышления, им трудно охватить ситуацию целиком, чаще всего они улавливают лишь внешнюю сторону событий. В зависимости от степени дебильности (легкой, средней или тяжелой) эта неспособность к выработке понятий выражена в разной степени, но тем не менее у дебилов всегда можно отметить те или иные нарушения абстрактного мышления. Дебилы могут учиться в школе, но усвоение материала дается им с большим трудом. Особенно трудным предметом является для них математика.

Характерной чертой дебилов является их выраженная внушаемость, легкое попадание под чужое влияние. Это представляет особую опасность в том случае, когда дебилы, не осмысливая обстановки, становятся орудием в руках разного рода злоумышленников, непосредственными исполнителями преступлений. Такие лица, исполняя чужую волю, могут напасть с ножом, сломать замок, совершить поджог и т.д., совершенно не отдавая себе отчета в последствиях своих действий.

Среди дебильных больных довольно часто встречаются личности с усилением примитивных влечений, в частности сексуальных, с распущенным поведением.

Чрезвычайно важным для олигофренов в степени дебильности является правильная организация труда и быта. При разумном руководстве страдающие дебильностью вполне могут овладеть (и иногда очень хорошо) несложной специальностью. Могут жить самостоятельно, но чаще нуждаются в руководстве и поддержке.

Профилактика и лечение

Огромное значение имеет предупреждение олигофрении. Борьба с инфекционными заболеваниями, с родовым травматизмом, охрана здоровья беременной женщины — вот те главные пути, по которым должна проводиться профилактика олигофрении.

В предупреждении олигофрении должны участвовать все работники здравоохранения, но особенно большая роль принадлежит акушерам-гинекологам и педиатрам (проведение санитарно-просветительной работы, своевременные меры при патологии беременных, при угрозе резуснесовместимости, предупреждение родового травматизма, профилактика инфекционных заболеваний). Велика роль педиатров и в наиболее раннем выявлении страдающих той или иной формой олигофрении.

Лечебные воздействия при олигофрениях должны проводиться в двух направлениях 1) медико-педагогические меры, 2) медикаментозная и диетотерапия. В ряду специальных занятий, направленных на развитие умственных способностей олигофренов, очень большая роль принадлежит прививке трудовых навыков. Как показал опыт, трудотерапия даже у тяжелобольных олигофренией дает значительный эффект, способствует

наглядному развитию речи, моторики, приобретению довольно сложных практических навыков

Общие лечебные мероприятия при олигофрениях направлены на повышение психической активности олигофренов, улучшение их соматического состояния, а при возбуждении и агрессивности — на снятие этих симптомов. При олигофрениях независимо от их формы применяются ноотропные препараты, витаминотерапия (поливитамины), реже — глутаминовая кислота и ее производные.

При двигательном беспокойстве и агрессивности назначают производные фенотиазина и бутирофенона и др. В ряде случаев успокоение наступает при лечении транквилизаторами (феназепам, седуксен, элениум и др.) При наличии водянки мозга проводится дегидратационная терапия, а при прогрессирующей гидроцефалии показано оперативное вмешательство.

Экзогенно-органические и соматогенные расстройства.

Симптоматическая (посттравматическая) эпилепсия

Возникает у лиц, имевших изначально судорожную готовность в периоде отдаленных последствий черепно-мозговой травмы, в результате формирования эпилептогенного очага в области рубцовых изменений, которые чаще локализуются в корковых структурах. По этой причине наблюдающиеся здесь припадки называются простыми парциальными моторными (джексоновскими).

Чаще всего они возникают на фоне сохранного сознания и провоцируются внешними воздействиями. Судорожные расстройства носят обычно парциальный характер, охватывая отдельные группы мышц верхних или нижних конечностей, и имеют тенденцию к частичной или полной генерализации. Начинаясь с пальцевых мышц, они распространяются на мышцы кисти или стопы, предплечья или голени, плеча и т.д. В одних случаях припадок может прекратиться на любом уровне, в других — наблюдается вторичная генерализация, сопровождающаяся выключением сознания и последующей динамикой, характерной для вторично-генерализованного тонико-клонического припадка.

Психические расстройства при инфекционных заболеваниях

Инфекционные психозы принято делить на:

- а). симптоматические - возникают при общих инфекционных заболеваниях в результате отравления бактериальными или вирусными токсинами
- б). интракраниальные - психозы при нейроинфекциях, при которых происходит непосредственное поражение мозга или его оболочек нейротропной инфекцией (энцефалиты, менингиты, арахноидиты). Такое разделение важно для клинической практики, так как психозы при общих инфекциях, как правило, обратимы, а психические нарушения, вызванные нейроинфекцией («органическим поражением головного мозга») отличаются большей стойкостью. В то же время следует понимать и условность данного разграничения, т.к. некоторые общие инфекционные заболевания нередко влекут за собой органическое поражение мозга (грипп) или сопровождаются энцефалитическими явлениями (сыпной тиф). Кроме того, далеко не всегда

психоз, возникающий после инфекции, является инфекционным, так как нередко инфекционное заболевание является лишь триггером для возникновения эндогенных психических болезней (шизофрении и биполярного аффективного расстройства).

Острые симптоматические инфекционные психозы

Острые симптоматические инфекционные психозы обычно протекают с транзиторным помрачением сознания. Расстройства сознания различны по глубине, структуре, продолжительности. Они представлены следующими синдромами: выключения сознания (от оглушения до комы) и помрачения сознания (делириозное, аментивное, сумеречное, особое, онейроидное).

Наиболее распространенным психопатологическим расстройством при инфекционном психозе является делириозное помрачение сознания.

По времени своего возникновения относительно основного заболевания, выделяют следующие динамические варианты делирия:

а). инициальный делирий предшествует симптоматике соматических нарушений и возникает в продромальном периоде. Чаще всего эта форма наблюдается при наличии дополнительных вредностей у астенизированных больных, на фоне общего снижения защитных сил организма.

б). лихорадочный делирий возникает на высоте лихорадки, в период разгара болезни. Ведущими факторами патогенеза в этих случаях является интоксикация, связанная с напряженностью иммунологического конфликта, а также повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера на высоте температурной реакции.

в). коллапс-делирий – психоз, который дебютирует в период критического падения температуры. Его патогенез связан с резкими изменениями гомеостатического баланса и нарушениями адаптивных возможностей ЦНС.

Симптоматическому инфекционному психозу обычно предшествует кратковременный продромальный период с головной болью, вялостью или двигательным беспокойством, эмоциональными расстройствами (тревогой, страхом, подавленностью), нарушениями сна, гиперестезией, т.е. признаками астенического синдрома. В некоторых случаях психические нарушения ограничиваются астеническими жалобами и психоз дальше не развивается.

Период психотических расстройств при острых симптоматических психозах длится от нескольких часов до 2-3 суток. Наиболее типичны для него состояния измененного сознания (от легкой обнубиляции до сомноленции) с кратковременными эпизодами делириозных или предделириозных расстройств, которые возникают только в ночное время и, как правило, однократно, на высоте температуры – “лихорадочный делирий”. При тяжелом течении основного заболевания делирий продолжается несколько дней и в особенно неблагоприятных случаях может смениться аменцией.

Психотический период обычно сопровождается выраженными расстройствами сна (нарушением смен фаз сна и бодрствования, чередованием сонливости и бессонницы).

Нередко, встречаются психосенсорные расстройства, особенно в виде нарушений “схемы тела”, метаморфозии, пространственно-временных и вестибулярных нарушений (“оптическая буря”), входящие в структуру «особых состояний сознания».

При тяжелых интоксикациях в клинической картине преобладает оглушение, которое при нарастании тяжести общего состояния, развитии выраженного отека и гипоксии мозга может перейти в сопор и даже кому, с резким ослаблением безусловных рефлексов (сухожильных, глоточного, зрачкового, корнеального), появлением патологических рефлексов с расстройством дыхания и сердечной деятельности.

При инфекционных заболеваниях, протекающих без выраженного токсикоза (малярия, ревматизм и др.), встречаются онейроидные состояния, которые обычно бывают кратковременными (до нескольких часов), с относительно неглубоким помрачением сознания. Они проявляются яркими сноподобными переживаниями с фантастической, сказочной тематикой, когда больные становятся активными участниками событий или обильных, красочных, панорамических сценподобных зрительных галлюцинаций. В ряде случаев развиваются состояния, только внешне напоминающие онейроид, с произвольным фантазированием, заторможенностью, отрешенностью от окружающего и, одновременно, частичной ориентировкой в месте, времени и собственной личности (онейроидоподобные состояния или, так называемый, “ориентированный онейроид”).

Значительно реже, преимущественно при наличии выраженной соматической ослабленности со сниженной общей реактивностью организма, возникают аментивные состояния, характеризующиеся сочетанием растерянности с истощаемостью и непоследовательностью мышления (“астеническая спутанность” С.С.Мнухин, 1963; Д.Н.Исаев, 1964). При более выраженных формах аментивных состояний возникает бессвязность речи, нецеленаправленное двигательное возбуждение, отрывочные обманы восприятия, бредовые идеи. Длительность аментивных состояний может колебаться от нескольких часов до 1-2 недель и более.

И, наконец, могут встречаться сумеречные состояния сознания, сопровождающиеся резким возбуждением, страхом. Такой психоз обычно возникает и завершается внезапно, продолжительность колеблется от ½ часа до 2 часов, его сменяет глубокий сон, иногда сопор или аменция, что прогностически неблагоприятно.

Острые симптоматические психозы могут протекать и без помрачения сознания в виде острого вербального галлюциноза. Обычно, это вербальные галлюцинации комментирующего или императивного характера, под влиянием которых больные могут совершать опасные действия в отношении окружающих и себя. Бурный наплыв вербальных галлюцинаций нередко приводит к развитию так называемой галлюцинаторной спутанности.

После выхода из острого симптоматического психоза наблюдаются явления церебрастении (эмоционально-гиперестезическая слабость по К.Вонхоффер) в виде утомляемости, истощаемости, нарушения концентрации

внимания, эмоциональной лабильности, выраженной гиперестезии, нарушений сна.

Психические расстройства при нейроинфекциях (интракраниальные инфекционные психозы).

К нейроинфекциям относятся болезни, при которых возбудитель инфекции локализуется преимущественно в центральной нервной системе и имеются клинические признаки поражения каких-либо ее отделов. В настоящее время, изменился спектр симптомов нейроинфекции. Легкие головные и мышечные боли, нарушения сна, чувство "разбитости", снижение аппетита и трудоспособности и другие проявления астенического синдрома могут быть симптомом как обычной, спонтанно проходящей, инфекции, так и несущей большую опасность нейроинфекции.

К этой группе заболеваний относятся первичные инфекционные заболевания головного мозга (эпидемический, весенне-летний, японский энцефалит), так называемые, параинфекционные энцефалиты, т.е. энцефалиты, возникающие в виде осложнений при общих инфекциях (кори, гриппе, тифе, эпидемическом паротите), нейроревматизм, нейросифилис и т.д.

Психозы при энцефалитах.

Клинические особенности острых мозговых инфекций зависят не только от этиологического фактора, но и от преимущественной локализации воспалительного процесса (в оболочках или самом веществе мозга), первичного или вторичного характера поражения мозга, особенностей патологических процессов в нем (например, гнойное или серозное воспаление оболочек).

В случаях первичных энцефалитов (эпидемический, клещевой, японский), острый период, нередко, сопровождается помрачением сознания в виде делириозного, аментивного, онейроидного синдромов, сумеречного состояния, различными степенями выключения сознания от оглушенности до комы.

В стадии затяжного и хронического течения описываются психосенсорные, галлюцинаторно-бредовые, аффективные, психопатоподобные расстройства с импульсивностью, жестокостью, расторможенностью сексуальных и пищевых влечений. В отдаленном периоде клещевого энцефалита нередко развивается миоклонус эпилепсия (эпилепсия Кожевникова). Хроническая стадия эпидемического энцефалита характеризуется явлениями паркинсонизма, аспонтанностью, брадифренией, замедленностью, затрудненностью движений и психических процессов, а также в некоторых случаях пароксизмами двигательного возбуждения, насильственными действиями (смех, плач).

Среди параинфекционных энцефалитов, возникающих при общих инфекционных заболеваниях в качестве осложнения, наиболее часты энцефалиты при кори, эпидемическом паротите, ветряной оспе. При них обычно не возникает очерченных психотических состояний. Как правило, на высоте температуры развивается состояние оглушения, на фоне которого возможны кратковременные эпизоды делириозных, онейроидных и аментивных расстройств. Нередко возникают фебрильные судорожные припадки.

Психические расстройства при нейроревматизме.

Характер патологического процесса в головном мозге при ревматических психозах оценивали различно на разных этапах их изучения, что в значительной степени обусловлено взглядами на патогенез ревматизма в тот или иной период. Пока дискуссионным остается вопрос о преобладании энцефалитических или сосудисто-воспалительных изменений мозга при ревматизме. Однако большинство авторов считают основной формой поражения мозга васкулит средних и мелких сосудов (ревмоваскулиты).

Общепризнано, что психозы при ревматизме могут возникать в различных фазах заболевания, в том числе и в «холодном» периоде, так как латентное течение ревматизма является активным процессом, протекающим субклинически, что подтверждается биохимическими, иммунологическими и патогистологическими исследованиями. Вместе с тем наблюдается определенная зависимость между фазой ревматического процесса и картиной психоза: при остром течении ревматизма чаще возникают синдромы помрачения сознания, при затяжно-вялом, латентном течении, а также в межприступный период – астенические, параноидные, шизофреноподобные картины, вербальный галлюциноз. Особенно типичны при затяжных ревматических психозах тревожно-депрессивные синдромы с мыслями о неминуемой смерти, ипохондрическими, нигилистическими, бредовыми идеями. Продолжительность затяжных психозов от 2 месяцев до 1 года. По выходе из них наблюдаются длительные церебрастенические состояния.

Психические нарушения при СПИДе.

Психические нарушения при СПИДе весьма разнообразны и могут включать в себя практически весь спектр психического реагирования. К ним относятся:

А. Реакция больных на сам факт заболевания и диагноз ВИЧ-инфекции.

Многие симптомы пограничного круга, выявленные у больных СПИДом, рассматриваются в рамках психологически понятных связей и трактуются как проявление реакции личности на болезнь, что приводит к психологической дезорганизации личности. Важной психологической проблемой, с которой приходится сталкиваться больным СПИДом, является социальная изоляция. Больных как правило, увольняют с работы, у них распадаются семьи, от них отказываются родственники и друзья, их не пускают в рестораны, гостиницы. Особенно тягостным становится положение детей, пораженных СПИДом: их исключают из школ, лишают общения со сверстниками.

Из так называемых функциональных психических нарушений чаще других встречаются симптомы тревоги и депрессии с чувством безысходности, вины, нередко с суицидальными идеями, а также агитацией и гневом, направленными на врачей. Иногда депрессия является одним из первых симптомов СПИДа. При этом суицидные попытки обычно совершаются теми, кто был свидетелем смерти близких или друзей от СПИДа. Весьма характерны для больных обсессивно-компульсивные расстройства. Они могут возникать вторично, после появления депрессии или самостоятельно как реакция на болезнь. Эти переживания заключаются в многочасовых обследованиях своего

тела в поисках специфической сыпи или подозрительных пятен, постоянных мыслей о смерти, самом процессе умирания, навязчивых воспоминаниях о сексуальных партнёрах, от которых могла произойти заражение.

Необходимо отметить, что многие психопатологические симптомы СПИДа похожи на переживания больных раком в терминальной стадии, что свидетельствует об универсальности психопатологического реагирования в условиях тяжелого неизлечимого заболевания.

Б. Психические расстройства могут быть результатом непосредственного поражения ВИЧ-инфекцией головного мозга. Вирус СПИДа поражает клетки нервной системы, что может привести к психическим нарушениям задолго до признаков снижения иммунитета. Так, за несколько месяцев, а иногда и лет до манифестации заболевания, отмечается апатия, чувство изоляции, одиночества, и другие психические расстройства на субклиническом уровне.

Описаны острые психотические нарушения, требующие дифференциальной диагностики с эндогенными заболеваниями (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), а также другими инфекционными психозами. Симптоматика этих расстройств разнообразна и включает в себя как преходящие психические нарушения, являющиеся единственным проявлением заболевания, или входит в структуру бредовых идей отношения, преследования, самоуничужения, вербальных галлюцинаций, депрессивных и маниакальных эпизодов. Чаще других наблюдается синдром помрачения сознания по типу делириозных или аментивных с дезориентировкой в окружающем, зрительными иллюзиями и галлюцинациями, бессвязным мышлением. Эти расстройства обычно провоцируются инфекциями, большими дозами лечебных препаратов, применяющихся для лечения СПИДа (химиотерапия), а также гипоксимией вследствие дыхательной недостаточности и нарушения электролитного баланса при диарее.

Наиболее характерными для ВИЧ-инфекции являются проявления психоорганического синдрома. По мере прогрессирования заболевания примерно у 15% больных СПИДом развиваются симптомы органического поражения головного мозга. При этом постепенно нарастают трудности концентрации внимания, снижение памяти на текущие события, замедление психических процессов, затруднение при чтении, счете, с формированием в дальнейшем лакунарной деменции.

Психические нарушения при опухолях головного мозга

В современных условиях диагностика опухолей головного мозга может быть результатом только комплексного психопатологического, неврологического и общесоматического исследований с привлечением всех доступных вспомогательных методов и специалистов разных областей. Оно включает в себя общую диагностику опухолевого заболевания (нозологическая диагностика), и определение локализации (топическая диагностика), а также выявление природы опухоли (гистологическая диагностика). На этой основе строится прогноз и выбирается тактика лечения.

Психопатологическая симптоматика чаще развивается позднее неврологических признаков опухолевого роста или одновременно с ними. Однако заболевание может начаться и с психических изменений.

Одно из наиболее частых психических изменений при опухолях мозга – нарушение сознания от обнубиляции и оглушенности до сопорозных и коматозных состояний. Поскольку расстройства сознания чаще всего обусловлены повышением внутричерепного давления, они возможны при любых мозговых опухолях, но преимущественно при злокачественном росте опухоли.

Клинически оглушение выражается в снижении активного внимания и способности больных к сосредоточению. Больные вялы, апатичны, безучастны к происходящему, все психические процессы замедлены и затруднены, ослабевает память, в первую очередь запоминание и репродукция, нарушается ориентировка, особенно хронологическая. На поздних этапах заболевания при постепенном нарастании признаков повышения внутричерепного давления или дисциркуляторных расстройствах, оглушение переходит в сопор, а затем в коматозное состояние, обычно предшествующее летальному исходу.

При опухолях головного мозга встречаются рудиментарные в синдромальном отношении:

1. делириозные состояния;
2. состояния аментивной спутанности;
3. сумеречные состояния;
4. онирические (сноподобные) состояния;
5. «особые» состояния, сопровождающиеся вестибулярными расстройствами, искажением пространственного восприятия, нарушением «схемы тела» и другими психосенсорными нарушениями.

При опухолях головного мозга нередко пароксизмальные галлюцинаторные расстройства, то есть кратковременные наплывы галлюцинаций (рудиментарные галлюцинозы. К ним относятся: вкусовые и обонятельные галлюцинации, а также состояния изменения сознания со зрительными, слуховыми галлюцинациями, переживаниями «уже виденного», («сновидные состояния» по Джексону – “dreamy states”).

При опухолях лобных долей в центре психических нарушений находятся глубокие изменения личности со снижением уровня побуждения, психической, двигательной активности, спонтанности, доходящие до степени акинетически-абулического синдрома с выраженными мнестическими расстройствами. В других случаях при опухолях лобных долей преобладают грубые характерологические и аффективные нарушения со снижением критики, утратой нравственных установок, мориоподобным возбуждением.

К частым проявлениям мозговых опухолей относятся эпилептические расстройства в виде генерализованных и парциальных припадков, дисфорических состояний, экстатических переживаний, включая эпилептические приступы оргазма, а также специфические изменения мышления в виде вязкости, замедленности, патологической обстоятельности.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Деменция при болезни Альцгеймера.
2. Деменция при болезни Пика.
3. Деменция при болезни Паркинсона.
4. Деменция при болезни Гентингтона.
5. Сосудистая деменция.
6. Деменция, связанная с травмой головного мозга.
7. Деменция, связанная с эпилепсией.
8. Деменция, связанная с нейроинфекциями.
9. Психические нарушения при соматических заболеваниях.
10. Классификация умственной отсталости.
11. Этиология и патогенез умственной отсталости.
12. Общая симптоматология умственной отсталости.
13. Клинические проявления умственной отсталости различной степени тяжести.
14. Недифференцированные формы умственной отсталости (астеническая, атоническая, стеническая, дисфорическая).
15. Клиническая картина психозов у детей с умственной отсталостью.
16. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение умственной отсталости.

Тесты для самоконтроля

1. Для болезни Пика характерно:

- а) гидроцефалия
- б) атеросклероз сосудов головного мозга
- в) локальная атрофия
- г) перерождение нейрофибрилл
- д) гипомания

2. При болезни Альцгеймера выявляется дисфункция:

- а) серотонинергической системы
- б) холинергической системы
- в) норадренергической системы
- г) дофаминергической системы
- д) всех перечисленных систем

3. При оценке степени умственной отсталости не учитывается:

- а) уровень развития речи
- б) уровень нарушения сознания
- в) способность к обучению
- д) трудовые навыки
- е) особенности поведения

4. Начальным проявлением церебрального атеросклероза чаще бывает синдром:

- а) истерический
- б) астенический

- в) фобический
- г) маниакальный
- д) эпилептический

5. При травматическом поражении головного мозга в клинической картине наблюдается:

- а) аментивный синдром
- б) астенический синдром
- в) психоорганический синдром
- г) парапоидный синдром
- д) все перечисленное

6. При болезни Паркинсона характерными симптомами в клинической картине являются:

- а) гипокинезия
- б) ригидность мышц
- в) тремор
- г) пластический гипертонус
- д) все перечисленное

7. Очаговые симптомы при опухолях головного мозга:

- а) галлюцинации
- б) припадки
- в) афазия
- г) амнезия
- д) все перечисленное

8. При синдроме Дауна выявляется патология в хромосомном наборе:

- а) 47 ХХУ
- б) 45 ХО
- в) трисомия в 21-хромосоме
- г) трисомия в 13-хромосоме
- д) трисомия-Х

9. Как называется приобретенное слабоумие?

- а) аменция
- б) деменция
- в) олигофрения
- г) ментизм
- д) дебильность

10. Диагностика при умственной отсталости включает:

- а) генетическое исследование
- б) использование психологических и педагогических методик
- в) изучение семейного анамнеза
- г) параклинические исследования
- д) все перечисленное

7. Литература

основная:

- 1.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. –532с.
- 2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
- 3.Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
- 4.Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

17. Материалы лекции.
18. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
- 5.Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
- 6.Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.Медицина, 1984
- 8.Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М.Медицина, 1984
- 9.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
- 10.Карлов В.А. Эпилепсия. – М.: Медицина, 1990
- 11.Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.:ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997
- 12.Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
- 13.Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
- 14.Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.:Ника-Центр, 1999
- 16.Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.:Медицина 1982
- 17.Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
- 2.Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
- 7.http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

1. Тема №8: Шизофрения и бредовые расстройства.

2. Цель занятия:

- -Распространенность, важнейшие проявления, течения, терапию, прогноз шизофрении и бредовых расстройств;
- -возможности социальной адаптации и реабилитации при них;
- -важнейшие факторы, которые играют основную роль в возникновении у человека психических расстройств;
- -наиболее эффективные методы лечения шизофрении, в том числе основные психотропные лекарственные средства, принципы их подбора, противопоказания к их назначению и возможные побочные эффекты;
- -принципы профилактики и реабилитации при шизофрении и бредовых расстройств.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность:С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Этиология и патогенез шизофрении.
2. Типы течения.
3. Клиника и диагностика.
4. Принципы обследования и ведения больных с шизофренией.
5. Психотерапия.
6. Психосоциальное лечение.
7. Формы и методы социальной поддержки.
8. Социально-трудовая реабилитация и трудоустройство больных шизофренией.
9. Хронические бредовые психозы.
10. Острые и транзиторные психотические расстройства.
11. Индуцированное бредовое расстройство.
12. Шизоаффективные расстройства.
13. Дифференциальная диагностика шизофрении и бредовых расстройств.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, обучение с помощью сверстников, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Информационно-дидактический блок

Шизофрения

Шизофрения — психическое заболевание, характеризующееся дисгармонией и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интравертированности. Диссоциативность психических функций определяет название болезни («шизофрения» от греч. шизо — расщепляю и френ — разум). Именно «расщепление» психических функций обуславливает своеобразие психопатологии этого заболевания, поведения больных и психического дефекта, сочетающегося с сохранностью формальных интеллектуальных функций. Продуктивные (позитивные) психические расстройства (галлюцинаторно-параноидные, аффективные, кататонические) неспецифичны для этого заболевания и нозологические особенности выступают всегда в

сочетании с негативными расстройствами — изменениями личности, нарастающими признаками психического дефекта.

Этиология и патогенез

Шизофрения представляет собой неоднородную группу заболеваний различной этиологии, с различной предрасположенностью и разными провоцирующими факторами — в том числе внутриутробными (например, гриппом, перенесенным матерью во время беременности) и перинатальными.

Распространенность шизофрении составляет 0,8–1,9%; среди мужчин и женщин она примерно одинакова. У мужчин первый приступ чаще наблюдается около 20, у женщин — около 25 лет.

Имеется семейная предрасположенность к шизофрении. Если больны оба родителя, то риск заболевания ребенка составляет 40–50%, если болен один из них — 5%. У родственников первой степени родства это заболевание выявляется значительно чаще, чем у двоюродных братьев и сестер, у которых вероятность шизофрении почти такая же, как среди населения в целом. В то же время шизофрению нельзя считать чисто наследственным заболеванием, так как ее конкордантность у однояйцовых близнецов составляет лишь 50%.

Видимо, наследуется предрасположенность к шизофренической дезорганизации психики. Иногда она приводит к заболеванию уже в детском или подростковом возрасте, но чаще — в юношеском, когда начинается самостоятельная жизнь. Лишившись опеки, человек с наследственной предрасположенностью может не вынести трудностей, разочарований и утрат, и тогда развивается шизофрения.

При МРТ и позитронно-эмиссионной томографии никаких постоянных, типичных изменений нет. В то же время у больных шизофренией чаще выявляются расширение борозд и желудочков мозга, понижение интенсивности обмена в лобной доле (коррелирует с негативной симптоматикой и дефектом), уменьшение количества серого вещества в левой височной доле (коррелирует со степенью дезорганизации мышления) и атрофия червя мозжечка.

Важнейшую роль играют нарушения дофаминергической передачи. Мезолимбические и мезокортикальные дофаминергические пути начинаются от вентральной области покрышки среднего мозга и идут к структурам лимбической системы, к префронтальной и лобной коре. На нейронах этих путей располагаются синаптические D₂- и D₃-рецепторы, играющие важную роль в поведении. Помимо дофамина, в патогенезе шизофрении принимают участие другие нейротрансмиттеры — глутамат, γ -аминомасляная кислота, норадреналин, ацетилхолин; важнейшая роль принадлежит серотонину. Преобладание в клинической картине негативной симптоматики, определяющей неблагоприятное течение заболевания, коррелирует с пониженным метаболизмом дофамина в префронтальной области («гипофронтальностью») и нарушением центральных серотонинергических механизмов.

Клинические (синдромальные) формы

Простая форма. Заболевание подкрадывается исподволь, течет непрерывно, не давая спонтанных ремиссий, с быстрым формированием

специфического шизофренического дефекта. Продром проявляется в подростковом возрасте, явные же признаки заболевания относятся к возрасту 18–20 лет.

В самом начале болезнь проявляется нарастающей вялостью, пассивностью, ослаблением активности. Ранее активный подросток утрачивает тягу к общению и живость интересов, перестает готовиться к занятиям, пропускает школу, что довольно продолжительное время воспринимается близкими как нерадивость и лень.

Волнующие события перестают вызывать эмоциональную реакцию. Несчастья не трогают, а радостные события не находят отклика. Сужается круг интересов, к друзьям, родным и близким появляется холодность, раздражение и неприязнь, даже враждебность, особенно к тем, кто о них больше всех заботится. На этом фоне возможны нелепые поступки. Лицо делается маловыразительным, лишь иногда искажается грубыми гримасами. Голос становится монотонным («деревянный голос»). Неуместным смехом могут отвечать на то, что раньше заставило бы содрогнуться. Растормаживаются примитивные влечения (прожорливость, беззастенчивый онанизм). Возможна неожиданная беспричинная агрессия по отношению к окружающим. Больные перестают следить за своей одеждой, не моются, не хотят менять белье, спят не раздеваясь, теряют интерес к внешности, обнаруживают выраженную абулию. Падение энергетического потенциала нередко сопровождается явлением так называемой метафизической интоксикации: больные принимаются за изучение глобальных философских, научных проблем (смысл бытия, происхождение жизни и т. д.), затрачивают массу времени на чтение специальной литературы по этим вопросам, каких-либо практических результатов эта деятельность не приносит.

Больные бывают не в состоянии не только изложить общий смысл своих интересов, но и сообщить элементарные сведения о прочитанном. В далеко зашедших случаях речь состоит из обрывков фраз. Наблюдается несомненное снижение интеллектуальных возможностей в связи с нарастающими нарушениями мышления («пустота» в голове, наплыв мыслей, отвлекаемость, трудность сосредоточения и др.), временами ступорозные состояния, нарастающая вялость, постоянное ощущение слабости (физической и психической), сенестопатические ощущения различного рода с ипохондрической фиксацией.

Продуктивная психопатологическая симптоматика возможна в начале заболевания и обычно весьма скудная: в виде кратковременных рудиментарных галлюцинаторных эпизодов и нестойких отрывочных бредовых идей преследования, воздействия, отношения, особого значения, ипохондрических опасений.

Гебефреническая форма развивается преимущественно у лиц подросткового и юношеского возраста (14–18 лет). Является одной из самых злокачественных форм шизофрении, резистентной к лечению, развивающейся по типу катастрофы с полной инвалидизацией уже на 1–2-м году после манифестации болезни. Выявляются полиморфизм, изменчивость и

фрагментарность психопатологических симптомов с постоянной сменой различных состояний. Настроение характеризуется пустой веселостью с возможными переходами в злобное и агрессивное поведение. На фоне выраженных аффективных расстройств имеет место чрезвычайная изменчивость состояния больных, бессвязность речи с неологизмами и подражательными оборотами, двигательное возбуждение с отпечатком манерности, могут быть галлюцинации, отрывочные бредовые идеи. Наряду с этим отмечаются растерянность, экзальтированность, вычурный пафос, пегативизм, бессмысленное кривляние, гримасничашье, действия больных имеют импульсивный характер. Манерные жесты, гримасы, подражательные телодвижения, речь, величественные позы — все это калейдоскопически меняется, повторяясь много раз. Атактические замыкания и неологизмы порой столь обильны, что речь больных становится непонятной.

В стационаре больные все время в движении, прыгают, бегают по койкам, громко разговаривают, кричат, надрывно хохочут. Принимают величественные позы, отдают воинскую честь, строят гримасы, вытягивают губы хоботком, говорят с детским сюсюканьем.

В период усиления возбуждения больные бегают по отделению, кувыркаются, катаются по полу, оглашая отделение смехом, который не веселит окружающих, не заражает, а пугает и тяготит («холодная эйфория»), вызывает чувство сострадания. В целом поведение приобретает характер клоунады, больные ведут себя как плохие актеры, играющие роль расшумевшегося ребенка. Склонны беззастенчиво обнажаться при посторонних, на глазах у всех онанируют, стремятся схватить других за половые органы. Бывают нечистоплотны и неопрятны. Могут нарочно мочиться и испражняться в постели или в одежде. Прожорливость чередуется с расшвыриванием пищи.

По мере стихания острых явлений обнаруживается глубокое слабоумие с тупостью. Социальная и трудовая адаптация снижена. Наблюдается нарастание апатии, вялости с быстрым переходом в исходное, конечное состояние с рудиментарными кататоическими бредовыми и галлюцинаторными проявлениями.



Кататоническая форма (от древнегреч. kata — вдоль, tonos — напряжение). Чаще возникает в период юности, но может начаться и значительно позже. Ведущими психопатологическими проявлениями являются двигательнo-волевые расстройства: наблюдаются субступорозные и ступорозные состояния (люцидный, онейроидный), которые могут чередоваться с импульсивными поступками и кататоническим возбуждением, однако болезнь может проявляться и одним из этих синдромов. Кататонические расстройства в случае острого приступообразного течения заболевания обычно сочетаются с онейроидом.

Нарастание кататонического возбуждения происходит сравнительно быстро. Хаотические движения сопровождаются речевым возбуждением с разорванностью и бессвязностью речи. Все это может сочетаться с мутизмом или речь состоит из стереотипного повторения одних и тех же слов или фраз (вербигерация). Встречаются «эхо-симптомы»: повторение чужих слов (эхолалия), мимики окружающих, как бы передразнивание выражения их лица (эхомимия), их движений и действий (эхопраксия). Автоматическая подчиняемость часто сочетается с негативизмом. Больные оказывают бессмысленное упорное сопротивление персоналу при уходе за ними (попытки одеть, умыть и т. п.), делают противоположное тому, что им говорят, бегают, ползают, гримасничают, громко кричат. Кататоническое возбуждение сводится к стереотипно повторяющимся бесцельным действиям и немотивированной импульсивной агрессии — бьют и крушат все вокруг. Часто срывают с себя одежду, рвут ее. Могут наносить себе повреждения. На происходящее вокруг чаще никак не реагируют. Налицо атактические замыкания и эмоциональное притупление. Длительность кататонического возбуждения — от нескольких часов до многих дней, если его не прерывают нейролептиками. Через некоторое время возбуждение сменяется ступорозным состоянием, которое может развиваться и без стадии возбуждения.

Кататонический ступор — обездвиженность с утратой контакта с окружающими и молчанием (мутизмом) может сочетаться с крайним напряжением всех мышц (ригидный ступор) или с восковидной гибкостью (каталептический ступор), когда руки, ноги, голова застывают надолго в той позе, порой в самой неудобной и неестественной, которую больным кто-нибудь придаст. Попытка вывести их из этого положения вызывает сопротивление, преодолеть которое не удается. Ступор может быть полным и частичным.

При частичном ступоре больной самостоятельно встает, идет, причем обычно передвигается неизменно по какой-либо одной стороне палаты, коридора, может тут же застыть в самой неудобной позе. Тонус может быть низким (вялый ступор), или больные, лежа в одной позе (часто в позе «эмбриона»), оказывают резкое сопротивление любым движениям (негативистический ступор). В состоянии ступора больные не едят, могут сопротивляться кормлению, и кормить их приходится с рук, либо питание осуществляется через зонд. Сознание при люцидной кататонии сохраняется, и, когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем происшедшем вокруг.

Онейроидная кататония, встречающаяся чаще люцидной, имеет свои особенности. Здесь, кроме кататонической симптоматики, должен иметь место и онейроидный синдром. Возможен вариант кататонической шизофрении, который дебютирует депрессией. Такие случаи дают ряд хороших ремиссий. Особенностью динамики является отсутствие состояний кататонического возбуждения. Таким образом, при кататонической шизофрении возможны как глубокие длительные ремиссии, так и прогностически неблагоприятные варианты.

Параноидная шизофрения возникает обычно после 20–23 лет. Это наиболее частая форма, клиническая картина которой отличается наличием насыщенных бредово-галлюцинаторных переживаний. В большинстве случаев наблюдается постепенное развитие заболевания, начинающееся с изменения личности. В продромальном периоде могут наблюдаться возбудимость, агрессивность, враждебность к близким, сексуальная расторможенность, склонность к алкоголизации, употреблению наркотических веществ, бродяжничеству и т. д.

В классическом варианте поэтапного развития параноидной шизофрении на смену продромальной симптоматике приходит паранойяльный синдром, далее — собственно параноидный, с синдромом Кандинского–Клерамбо, затем — парафренный синдром.

По мере развития болезни появляются и усиливаются негативные симптомы. Финалом является состояние «руинирования», характеризующееся шизофазией на фоне апатоабулии, с возможными элементами кататонии.

В условиях постепенного перехода паранойяльного этапа в параноидный появляются вначале эпизодические, затем учащающиеся периоды галлюцинирования, а также сначала отрывочные бредовые идеи особого отношения, преследования и воздействия. Нередко бредовую фабулу подсказывают «голоса», одновременно больные замечают «косые» взгляды, намеки на нечто особое, в вопросах окружающих улавливают необычность и подозрительность.

Постепенно, а иногда довольно скоро формируется усложняющаяся бредовая система с ипохондрическими идеями, идеями отношения, преследования, физического воздействия, ревности и иного содержания. Содержание бредовых идей и галлюцинаций характеризуется большим разнообразием. Особенно важная роль в патопластике бредовых синдромов принадлежит обманам восприятий и аффективным расстройствам. Так, истинные слуховые галлюцинации угрожающего и комментирующего характера способствуют быстрому формированию бреда преследования. Если же к депрессии присоединяются сенестопатии, то это может придавать бредовым состояниям напряженность, тоскливость, тревожность, определять структуру ипохондрического синдрома.

Из бредовых идей характерен прежде всего бред воздействия, преследования и отношения. Реже встречаются другие виды бреда — заражения, отравления, метаморфозы, ревности, величия и т. д. Бред воздействия проявляется тем, что больной утверждает, что на него кто-то или

что-то действует необычным способом, руководя его мыслями, чувствами, поведением или подвергая опасности его здоровье. Эти воздействия не воспринимаются обычными органами чувств: космические лучи, экстрасенсорное воздействие или гипноз, зомбирование, влияние умерших лиц и параллельного мира и т.д. Бред преследования отличается неопределенностью и заумностью (какие-то неизвестные организации, загадочные террористические группы). Конкретных преследователей обычно называют редко и неопределенно или указывают совершенно случайных лиц. Бред отношения особенно проявляется в людных местах. Больные утверждают, что все окружающие о чем-то перешептываются, над ними подсмеиваются, на что-то намекают, в теле- и радиопередачах улавливают скрытый подтекст.

Развитию собственно параноидного синдрома предшествуют кратковременные, остро возникающие тревожно-боязливые состояния, из-за чего больные могут выглядеть возбужденными, испытывать безотчетный страх, иногда сами говорят, что плохо понимают происходящее с ними. Синдром Кандинского–Клерамбо, формирующийся на фоне бредовых переживаний, динамичен, сенсорные, моторные и идеаторные автоматизмы, сочетающиеся с псевдогаллюцинациями и бредом воздействия, нестойкие, периодически возникают обострения. Психические автоматизмы выражаются ощущениями звучания собственных мыслей, при этом больным нередко кажется, что их слышат окружающие (симптом открытости мыслей), чувством утраты произвольности мышления («чужие», «сделанные» мысли вкладываются в голову или свои отнимаются), сделанность ощущений или движений (кажется, что, когда больной говорит, его языком и губами кто-то движет — речедвигательные галлюцинации). Преобладают слуховые истинные и псевдогаллюцинации, реже встречаются обонятельные, вкусовые, висцеральные, общего чувства. Особенно характерны голоса, отдающие приказы больному (императивные галлюцинации), которые могут сделать больного опасным для себя и для окружающих. Нередко голоса комментируют поведение больного. Обонятельные галлюцинации проявляются тем, что больного преследуют отвратительные запахи — трупные, кишечных газов, крови, спермы и т. д.), они могут быть причиной отказа от пищи и считаются признаком злокачественного течения болезни. Зрительные галлюцинации нехарактерны. Псевдогаллюцинации часто являются ядром в структуре явлений психического автоматизма (идеаторного, моторного и сенсорного).

Все вышеперечисленное, сопровождаясь эмоциональной тупостью, ассоциативной атаксией и парабулией, составляет сложный психический статус параноидного больного. По мере нарастания эмоционального оскудения бредовые идеи утрачивают актуальность, затем целостность, становятся отрывочными, нелепыми, приобретают экспансивную окраску. Они утрачивают всякую логику, «разрыхляются», принимают целиком абсурдный характер.

На парафреническом этапе возможно развитие конфабуляторной систематизированной продукции, а также переход в конечное состояние. Оно характеризуется речевой разорванностью, неологизмами, в речи больных проскальзывают обрывки прошлого парафренического бреда, возможны

рудиментарные кататонические проявления. Прогноз малоблагоприятен. Ее течение непрерывное, с возможными непродолжительными ремиссиями, чаще медикаментозными.

Особые формы шизофрении не всегда и не всеми психиатрическими школами включаются в рамки шизофрении. Иногда их рассматривают как отдельные психические заболевания, хотя и сходные с нею, иногда причисляют к маниакально-депрессивному психозу, но с атипичным течением и атипичной клинической картиной, включают также и в число других нешизофренических психических расстройств, например, к расстройствам личности.

Шизотипическое расстройство (неврозоподобная и психопатоподобная шизофрения, гебоидная шизофрения, вялотекущая шизофрения) характеризуется постепенным малозаметным началом процесса, медленной динамикой и прогностически благоприятна.

Многие из больных в состоянии поддерживать достигнутый уровень социального приспособления в течение всей жизни. В стрессовых ситуациях они могут декомпенсироваться (о чем свидетельствует высокая суицидоопасность — 10%) и давать кратковременные психотические симптомы. Для клинической картины характерны не адекватность и обеднение эмоциональных проявлений, эксцентричность и странность поведения, бредовая настроенность, своеобразие мышления, речи и т. д. Указанные расстройства наступают более медленно, чем при классических формах шизофрении, и не столь выражены; продуктивная психопатологическая симптоматика проявляется в редуцированном виде и выявляется не всегда.

Фебрильная шизофрения (гипертоксическая шизофрения, смертельная кататония; в старых руководствах — *delirium acutum*, «мания Белла»). Катамнестические наблюдения показали чередование фебрильных и типичных приступов с последующим выявлением специфического шизофренического дефекта. Приступы чаще возникают при приступообразной шизофрении. Фебрильный приступ начинается с общей слабости, вялости, снижения работоспособности и бессонницы. Через 3–7 дней формируется острый чувственный антагонистический бред. Возникает растеряннопатетическое возбуждение (1–2 дня), сменяющееся кататоническим. Через 2–3 дня возбуждение перемежается с эпизодами ступора или субступора. Одновременно развивается онейроидное помрачение сознания. На фоне субфебрильной температуры появляются гиперемия лица, слезотечение, саливация, повышенное потоотделение. Снижается аппетит, появляется жажда, повышается АД, возникает тахикардия, полиурия, в легких выслушиваются рассеянные хрипы. В крови определяется лейкоцитоз, ускорение СОЭ, палочкоядерный сдвиг и снижение количества лимфоцитов. Затем повышается температура до 38–39 °С (1–2 дня) и происходит смена вегетативных проявлений. Блеск глаз сменяется сухостью склер, обильное потоотделение — выделением вязкого пота, появляется сальность лица. Происходит утяжеление соматических и неврологических расстройств. Появляется акроцианоз, формируются пролежни, усиливаются одышка и хрипы. Удерживаются высокие цифры АД, тахикардия достигает 140 в минуту. Ослабевает

перистальтика, развивается кишечный стаз. В крови нарастает лимфопения, повышается уровень азота, снижается уровень общего белка, преимущественно за счет альбуминовой фракции. При исследовании кислотно-основного состояния крови выявляется метаболический ацидоз. Критический этап длится 5–10 дней. При обратном развитии психоза на первый план может выступать депрессивно-параноидный синдром или синдром Кандинского–Клерамбо.

Фебрильную шизофрению следует отличать от злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) с гипертермией, развивающегося иногда при лечении нейролептиками. Фебрильная шизофрения требует интенсивной терапии с помощью плазмафереза, ЭСТ и др. В остальном лечение симптоматическое.

Медикаментозное лечение

У лиц, страдающих шизофренией, обнаруживается повышенная дофаминергическая активность в мезолимбическом пути и сниженная в мезокортикальном, поэтому основным методом лечения шизофрении является использование антипсихотических препаратов (нейролептиков), действующих на «продуктивные» симптомы психоза и препятствующих его дальнейшему развитию, воздействие которых обусловлено в первую очередь подавлением дофаминовой активности, несмотря на их существенные побочные эффекты. Используемая в настоящее время дозировка антипсихотиков, как правило, ниже по сравнению с первыми десятилетиями их применения. Считается, что атипичные нейролептики действуют также на негативную симптоматику, в то время, как «классические» способны сами вызывать дефицитарную симптоматику.

Психотерапия также широко рекомендуется и используется при шизофрении, хотя иногда возможности терапии ограничены фармакологией из-за проблем с финансированием или недостаточной подготовкой персонала. Помимо лечения самой болезни, она психотерапия направлена также на социальную и профессиональную реабилитацию пациентов.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Параноидная форма шизофрении.
2. Гебефреническая форма шизофрении.
3. Кататоническая форма шизофрении.
4. Простая форма шизофрении.
5. Резидуальная шизофрения.
6. Постшизофреническая депрессия.
7. Недифференцированная форма шизофрении.
8. Группы нейролептиков, разрешенные к применению с точки зрения доказательной медицины.
9. Седативные антипсихотические средства (левопромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, перициазин).
10. Препараты с мощным «глобальным» антипсихотическим действием или инцизивные антипсихотические средства (галоперидол, зуклопентиксол).

- пипотиазин, флуфеназин и др.).
11. Дезингибирующие антипсихотические средства (сульпирид, дикарбин).
 12. Атипичные антипсихотические средства (клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин, амисульприд, сертиндол).
 13. Побочные действия нейролептиков.
 14. Противопоказания к применению антипсихотических средств.
 15. Формы и методы социальной поддержки.
 16. Социально-трудовая реабилитация и трудоустройство больных шизофренией.
 17. Хронические бредовые расстройства: Инволюционный параноид. Паранойя.
 18. Острые и транзиторные психотические расстройства (острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении, с симптомами шизофрении, острое шизофреноподобное психотическое расстройство).
 19. Индуцированное бредовое расстройство.
 20. Дифференциальная диагностика шизофрении и бредовых расстройств.

Тесты для самоконтроля

- 1. При шизофрении нарушение эмоциональной деятельности проявляется:**
 - а) эмоциональной неустойчивостью
 - б) эмоциональным уплощением
 - в) недержанием эмоций
 - г) слабодушием
 - д) гипертимией

- 2. К негативному проявлению шизофрении относится синдром:**
 - а) Корсаковский
 - б) апатико-абулический
 - в) Кандинского-Клерамбо
 - г) дисмнестический
 - д) астенический

- 3. Не характерным для шизофрении нарушением познавательной деятельности является наличие:**
 - а) резонерства
 - б) бреда
 - в) неологизмов
 - г) обстоятельности мышления
 - д) символического мышления

- 4. В этиологии шизофрении существенную роль играет:**
 - а) психическая травматизация
 - б) экзогенные факторы

- в) неправильное воспитание в раннем возрасте
- г) наследственная патология
- д) перенесенные нейроинфекции

5. Острый приступ шизофрении, протекающий с галлюцинациями купируется назначением:

- а) аминазина
- б) галоперидола
- в) сертралина
- г) amitриптилина
- д) седуксена

6. Для шизофрении характерны все следующие расстройства, кроме:

- а) аутизм
- б) резонерство
- в) амнезия
- г) амбивалентность
- д) снижение эмоционального фона

7. Клиника простой формы шизофрении характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:

- а) начало в детско- подростковом возрасте
- б) нарастающая аутизация
- в) истощаемость психических процессов
- г) аффективно-бредовые приступы
- д) быстрое формирование эмоционально-волевого дефекта

8. Инволюционный параноид характеризуется:

- а) возникает после 45-50 лет
- б) не имеет тенденцию к расширению и усложнению
- в) бред носит паранояльный характер
- г) галлюцинации
- д) все перечисленное

9. Для фебрильной шизофрении характерно:

- а) обычно возникает у молодых людей
- б) гипертермия
- в) тахикардия, обезвоживание, кровоподтеки
- г) сознание нарушено по типу онейроида или аменции
- д) все перечисленное верно

10. Тип течения шизофрении, при котором наблюдаются светлые промежутки без продуктивной симптоматики и с минимальными изменениями личности:

- а) непрерывный
- б) рекуррентный
- в) приступообразно-прогредиентный
- г) простой
- д) кататонический

Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

Материалы лекции.

1. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
4. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
5. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
6. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика, 1933
7. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
8. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997
9. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
10. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н. Иванца. – М. 2000
11. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
14. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А. Малярова К.: Ника-Центр, 1999
12. Свядоц А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
13. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med

3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №9: Аффективные расстройства.

2. Цель занятия:

- Распространенность, важнейшие проявления, течения и прогноз аффективных расстройств;
- возможности социальной адаптации и реабилитации при них;
- наиболее эффективные методы лечения аффективных расстройств;
- диагностику и лечение аффективных расстройств;
- принципы профилактики и реабилитации аффективных расстройств.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Этиология, патогенез и распространенность аффективных расстройств.
2. Клинические проявления депрессивного и маниакального эпизодов.
3. Стадии и этапы депрессии.
4. Течение МДЗ (спонтанное возникновение, сезонность, суточная динамика, продолжительность фаз).
5. Маниакальные и гипоманиакальные состояния при биполярном расстройстве. Этиопатогенез, клиника, диагностика.
6. Рекуррентное депрессивное расстройство. Этиопатогенез, клиника, диагностика.
7. Хронические аффективные расстройства.
8. Дистимия.
9. Циклотимия.
10. Тревожные депрессии.
11. Лечение аффективных психозов.
12. Профилактика обострения в период интермиссии (соли лития, нормотимики, антидепрессанты).
13. Опасность суицида, уход и надзор за больным.
14. Трудоспособность больных.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, обучение, основанное на задачах, курация больных, дискуссии, обратная связь.

Аффективные расстройства

Причины аффективных расстройств неизвестны, однако предложены биологический и психосоциальные гипотезы.

Биологические аспекты. Норадреналин и серотонин - два нейромедиатора, в наибольшей степени обуславливающие патофизиологические проявления расстройств настроения. На моделях, создаваемых у животных, показано, что эффективное биологическое лечение антидепрессантами (АД) всегда связано с ингибцией чувствительности постсинаптических β -адренергических и 5HT₂-рецепторов после длительного курса терапии. Это, возможно, соответствует снижению функций серотониновых рецепторов после хронического воздействия на них АД, которые уменьшают число зон обратного захвата

серотонина и повышению концентрации серотонина, обнаруженному в мозге больных, совершивших суицид. Имеются данные, указывающие на то, что дофаминергическая активность редуцируется в состоянии депрессии и увеличивается при мании. В недавно проведенных исследованиях было показано, что увеличивается число мускариновых рецепторов на культуре ткани фибриногенов, моче, крови и спинномозговой жидкости у больных с расстройствами настроения. По-видимому, расстройства настроения связаны с гетерогенными нарушениями регуляции системы биогенных аминов.

Предполагается, что системы вторичной регуляции, такие как аденилатциклаза, кальций, фосфатидил инозитол - также могут быть этиологическими факторами.

Считается, что нейроэндокринные расстройства отражают нарушения регуляции входа биогенных аминов в гипоталамус. Описываются отклонения по лимбико-гипоталамо-питуитарно-адреналовой оси. У некоторых больных имеет место гиперсекреция кортизола, тироксина, уменьшение ночной секреции мелатонина, понижение основного уровня ФСГ и ЛГ. Нарушения сна являются одним из наиболее сильных маркеров депрессии. Основные расстройства состоят в понижении латентного периода быстрого сна, увеличении длительности первого периода быстрого сна и объема быстрого сна в первой фазе. Было высказано предположение, что депрессия есть нарушение хронобиологической регуляции.

Обнаружены снижения мозгового кровотока, особенно в базальных ганглиях, понижение метаболизма, нарушения поздних компонентов зрительного вызванного потенциала.

Предполагается, что в основе нарушения сна, походки, настроения, аппетита, сексуального поведения, - лежит нарушение функций лимбико-гипоталамической системы и базальных ганглиев.

Генетические аспекты. Приблизительно 50% биполярных больных имеют хотя бы одного родителя, страдающего расстройствами настроения. Уровень конкордантности составляет 0,67 для биполярных расстройств у монозиготных близнецов и 0,2 для биполярных расстройств у дизиготных близнецов. Было обнаружено, что доминантный ген, локализованный на коротком плече хромосомы 11, дает сильную предрасположенность к биполярным расстройствам в одной семье. Этот ген возможно участвует в регуляции тирозингидроксилазы, фермента, который нужен для синтеза катехоламинов.

Психосоциальные аспекты. События жизни и стрессы, преморбидные личностные факторы (внушаемые личности), психоаналитические факторы, когнитивные теории (депрессия в связи с неправильным пониманием событий в жизни).

Депрессивные расстройства

Большое депрессивное расстройство, часто называемое клинической депрессией, когда человек пережил не менее одного депрессивного эпизода. Депрессия без периодов мании часто называется униполярной депрессией, поскольку настроение остаётся в одном эмоциональном состоянии или

«полюсе». При диагностике выделяют несколько подтипов или спецификаций для курса лечения:

- **Атипичная депрессия** характеризуется реактивностью и позитивностью настроения (парадоксальная ангедония [paradoxical anhedonia]), значительным увеличением веса или повышенным аппетитом («поесть, чтобы снять беспокойство»), избыточным количеством сна или сонливостью (гиперсомния), ощущением тяжести в конечностях и значительной нехваткой социализации, как следствия гиперчувствительности к кажущемуся социальному отвержению. Сложности в оценке этого подтипа привели к тому, что ставится под вопрос его обоснованность и его распространение.

- **Меланхолическая депрессия** (острая депрессия) характеризуется потерей удовольствия (ангедония) от большинства или ото всех дел, неспособность реагировать на доставляющие удовольствие стимулы, чувство пониженного настроения выражено чётче, чем чувство сожаления или потери, ухудшение симптомов в утренние часы, просыпание рано утром, психомоторная заторможенность, чрезмерная потеря веса (не путать с нервной анорексией), или сильное чувство вины.

- **Психотическая депрессия** - термин для длительного депрессивного периода, в частности у меланхолической натуры, когда пациент испытывает такие психотические симптомы как бредовые идеи, или реже галлюцинации. Эти симптомы почти всегда соответствуют настроению (содержание совпадает с депрессивными темами).



- **Депрессия застывающая - инволюционная** - редкая и тяжёлая форма клинической депрессии, включающая расстройство двигательных функций и другие симптомы. В этом случае человек молчит и почти находится в состоянии ступора, и либо недвижим, либо совершает бесцельные или даже аномальные движения. Подобные кататонические симптомы также проявляются при шизофрении, маниакальных эпизодах, или являются следствием злокачественного нейрорептического синдрома.

- **Послеродовая депрессия** относится к чрезмерной, устойчивой и иногда приводящей к потере дееспособности депрессии, переживаемой женщинами после рождения ребёнка. Послеродовая депрессия, вероятность которой оценивается в 10-15 %, обычно проявляется в течение трёх рабочих месяцев и продолжается не дольше трёх месяцев.

- **Сезонное аффективное расстройство.** Депрессия у некоторых людей имеет сезонный характер, с эпизодом депрессии осенью или зимой, и возвращением к норме весной. Диагноз ставится, если депрессия проявилась по крайней мере дважды в холодные месяцы и ни разу в другое время года в течение двух лет или более.

- **Дистимия** - хроническое, умеренное нарушение настроения, когда человек жалуется на почти ежедневное плохое настроение на протяжении, по крайней мере, двух лет. Симптомы не такие тяжёлые, как при клинической депрессии, хотя люди с дистимией одновременно подвержены периодическим эпизодам клинической депрессии (иногда называемой «двойной депрессией»).

- **Малая депрессия**, которая не соответствует всем критериям клинической депрессии, но при которой хотя бы два симптома присутствуют в течение двух недель.

Биполярные расстройства

- **Биполярное аффективное расстройство**, ранее известное как «маниакально-депрессивный психоз», описывается как перемежающиеся периоды маниакального и депрессивного состояний (иногда очень быстро сменяющих друг друга или смешивающихся в одно состояние, при котором у больного наблюдаются симптомы депрессии и мании одновременно). Подтипы включают:

- **Биполярное расстройство I** [Bipolar I] определяется, если наличествует или случался ранее один или более маниакальный эпизод с наличием или отсутствием эпизодов клинической депрессии. Для диагностики Биполярного расстройства I депрессивные эпизоды хоть и не обязательны, но проявляются довольно часто.

- **Биполярное расстройство II** [Bipolar II] состоит из повторяющихся чередующихся друг с другом гипоманиакальных и депрессивных эпизодов.

- **Циклотимия** - это более мягкая форма биполярного расстройства, которая проявляется в проявляющихся время от времени гипоманиакальных и дистимических эпизодов, без каких-либо более тяжёлых форм мании или депрессии.

Основное нарушение заключается в изменении аффекта или настроения, уровня моторной активности, активности социального функционирования.

Другие симптомы, например изменение темпа мышления, психосенсорные расстройства, высказывания самообвинения или переоценки, вторичны по отношению к этим изменениям. Клиника проявляется в виде эпизодов (маниакальных, депрессивных) биполярных (двухфазных) и рекуррентных расстройств, а также в форме хронических расстройств настроения. Между психозами отмечаются интермиссии без психопатологических симптомов. Аффективные расстройства почти всегда отражаются в соматической сфере (физиологические отправления, вес, тургор кожи и т.д.).

К спектру аффективных расстройств относятся сезонное изменение веса (обычно нарастание веса зимой и его снижение летом в пределах 10%), вечерняя тяга к углеводам, в частности к сладкому перед сном, предменструальные синдромы, выражающиеся в снижении настроения и тревоге перед месячными, а также «северная депрессия», которой подвержены мигранты на северные широты, она отмечается чаще в период полярной ночи и обусловлена недостатком фотонов.

Диагностика Аффективных расстройств:

Главными признаками являются изменения аффекта или настроения, остальные симптомы выводимы из этих изменений и вторичны. Аффективные расстройства отмечаются при многих эндокринных заболеваниях (тиреотоксикозе и гипотиреозе), болезни Паркинсона, сосудистой патологии головного мозга. При органических аффективных расстройствах присутствуют симптомы когнитивного дефицита или расстройства сознания, что не характерно для эндогенных аффективных расстройств. Следует также дифференцировать их при шизофрении, однако при этом заболевании присутствуют другие характерные продуктивные или негативные симптомы, кроме того, маниакальные и депрессивные состояния обычно атипичны и ближе к маниакально-гемифреничным или апатическим депрессиям. Наибольшие затруднения и споры возникают при дифференциальной диагностике с шизоаффективным расстройством, если в структуре аффективных расстройств возникают вторичные идеи переоценки или самообвинения. Однако при истинных аффективных расстройствах они исчезают, как только удается нормализовать аффект, и не определяют клинической картины.

Лечение

Терапия аффективных расстройств складывается из лечения собственно депрессий и маний, а также профилактической терапии. Терапия депрессий включает, в зависимости от глубины, широкий спектр препаратов от флуоксетина, леривона, золофта, миансерина до трициклических антидепрессантов и ЭСТ. Применяются также терапия депривацией сна и фотонная терапия. Терапия маний складывается из терапии возрастающими дозами лития при контроле их в крови, применении нейролептиков или карбамазепина, иногда бета-блокаторов. Поддерживающее лечение осуществляется карбонатом лития, карбамазепином или вальпроатом натрия.

Лечение психогенной депрессии начинают с назначения антидепрессантов.

Депрессия, как говорилось выше, может быть с компонентом тревоги или, наоборот, ведущим может быть астенический синдром. В зависимости от этого

будет строиться лечение. Дозы по мере необходимости титруют. При наличии астенического синдрома назначают СИОЗС такие как: флуоксетин, феварин, паксил.

При наличии тревоги назначают СИОЗС такие как: ципраamil, золофт. Дополнительно назначают алпразолам (ксанакс) или мягкие нейролептики - хлорпротиксен, соннапакс.

Пациент по мере вылечения может перейти в гипоманиакальное состояние, в этом случае необходимо назначать нормотимики, например финлепсин от 200 мг и выше. Назначают также психотерапию (когнитивная терапия, поведенческая, интерперсональная терапия, групповая и семейная терапия).

От момента улучшения продолжают лечение антидепрессантами в течение не менее 6 недель, затем снижают дозу препарата, при необходимости назначают поддерживающую терапию.

Лечение эндогенной депрессии начинают с назначения антидепрессантов. Наиболее эффективны селективные и неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

При наличии тревоги назначают amitриптилин, и другие седативные антидепрессанты. Из селективных ингибиторов - лудиомил, дезипрамин, а также ремерон (центральный альфа-2-адреноблокатор), моклобемид, возможно дополнительное назначение анксиолитиков или нейролептиков. При неэффективности неселективные ИМАО, но обязательно в комплексе с анксиолитиками, или нейролептиками, т.к. ИМАО имеют выраженный только активирующий эффект.

При превалировании тоски, отсутствие тревоги назначают анафранил, протриптилин, нортриптилин - активирующие антидепрессанты. При неэффективности также можно назначить ИМАО - транилципрамил (негидрозированный) - положительный эффект через 2-3 дня. При применении гидрозированных - ниаламид - через 2-3 недели.

С момента улучшения лечение продолжают в течение 6 месяцев (по рекомендации ВОЗ). За 2-3 недели до снижения дозы назначают нормотимики (финлепсин от 1000 мг). Снижают на 25 мг amitриптилина в неделю, и после отмены продолжают лечение нормотимиками в течение 1-2 недель. При необходимости - поддерживающая терапия.

В том случае, если пациент дает аллергическую реакцию на все антидепрессанты или лечение является неэффективным - назначают ЭСТ (электросудорожная терапия). Возможно проведения до 15 сеансов у пожилых больных с эндогенной депрессией.

Лечение маний сводится к назначению нейролептиков бутерофенонового или фенотиазинового рядов, нормотимиков, психотерапии. ЭСТ - 10-15 сеансов.

Лечение циклотимий сводится к назначению антидепрессантов, нормотимиков, психотерапии.

7. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Под аффективными расстройствами подразумевают только нарушения настроения?
2. Как изменяется двигательная активность, темп речи, аппетит, сексуальное влечение при маниакальном эпизоде?
3. Как изменяется двигательная активность, темп речи, аппетит, сексуальное влечение при депрессивном эпизоде?
4. Назовите стадии и этапы депрессии.
5. Какими симптомами сопровождается продромальный этап депрессии?
6. Какими симптомами сопровождается этап психовегетативной манифестации депрессии?
7. Какими симптомами сопровождается этап аффективной манифестации депрессии?
8. Как изменяется уровень кортизола в крови при депрессии и мании?
9. Как изменяется структура сна при рекуррентных депрессиях?
10. Сравнительная характеристика депрессии и дистимии.
11. Распространенность циклотимии в популяции?
12. Характерна ли сезонность для циклотимии?
13. Тревожные депрессии.
14. Особенности применения соли лития, карбомазепина, нейролептиков при маниакальных эпизодах.
15. Какие группы антидепрессантов знаете и чем они отличаются друг от друга?

Тесты для самоконтроля

1. Классическая депрессивная триада характеризуется:

- а) эмоциональным торможением
- б) двигательным торможением
- в) идеаторным торможением
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

2. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффекта тоски
- б) двигательного торможения
- в) меланхолического раптуса
- г) идеаторного торможения
- д) депрессивного содержания мышления

3. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме:

- а) концентрации мышления на депрессивной фабуле
- б) затруднения запоминания

- в) затруднения воспроизведения
- г) явлений прогрессирующей амнезии
- д) депрессивного моноидеизма

4. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая:

- а) замедление движений
- б) бедность мимики
- в) ощущение мышечной слабости
- г) повышенную чувствительность
- д) явления депрессивного ступора

5. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме:

- а) гневливой мании
- б) веселой мании
- в) спутанной мании
- г) мании с чувственным бредом
- д) непродуктивной мании

6. К сложным маниям относятся все перечисленные, исключая:

- а) манию с интерпретативным бредом
- б) манию с чувственным бредом
- в) спутанную манию
- г) манию с галлюцинозом
- д) манию с онейроидом

7. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления:

- а) повышенный аппетит
- б) нарушение сна
- в) расторможение влечений
- г) все перечисленные
- д) ни одно из перечисленных

8. Маниакальная триада характеризуется:

- а) повышенным настроением
- б) ускорением ассоциаций
- в) двигательным возбуждением
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

9. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:

- а) гипермнезию

- б) конфабуляции
- в) ускорение ассоциаций
- г) явления отвлекаемости со скачкой идей
- д) идеаторную "спутанность"

10. К хроническим расстройствам настроения относятся:

- а) циклотимия и дистимия
- б) рекуррентное депрессивное расстройство
- в) тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами
- г) биполярное аффективное расстройство
- д) мания без психотических симптомов

Литература

основная:

- 1.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. –532с.
- 2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
- 3.Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
- 4.Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

19. Материалы лекции.
20. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
- 5.Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
- 6.Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.Медицина, 1984
- 8.Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М.Медицина, 1984
- 9.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
- 10.Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
- 11.Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.:ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997
- 12.Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
- 13.Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
- 14.Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.:Ника-Центр, 1999

- 16.Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.:Медицина 1982
17.Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-
Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

1. Тема №10: Психические расстройства, специфические для детского возраста.

2. Цель занятия:

- Психические расстройства, специфические для детского возраста. использовать элементы психотерапии и психофармакотерапии в комплексном лечении психических расстройств, специфических для детского возраста;
- своевременно выявлять наиболее острые психические расстройства, представляющие непосредственную опасность для жизни и здоровья больного ребенка и окружающих;
- распознавать психические расстройства у детей для своевременного оказания помощи в условиях общей медицинской практики или направления ребенка к психиатру;
- формировать предварительное заключение о состоянии больного ребенка и грамотно составлять направление в психиатрическое учреждение.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

- Гиперкинетические расстройства.
- Расстройства поведения и эмоций у детей. Механизм развития, клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение.
- Специфические расстройства речи и языка.
- Специфические расстройства чтения, письменной речи (спеллингования), арифметических навыков.
- Диспраксия развития.
- Смешанное расстройство школьных навыков.
- Детский аутизм.
- Эпилепсия детского возраста.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, дискуссии, обратная связь.

Психические расстройства, специфические для детского возраста

Задержка психо-речевого развития

Зачастую врачи общей практики, логопеды общепрофильных детских садов, друзья и соседи, не в полном объеме обладающие специализированной информацией, успокаивают родителей, говоря знакомые до боли всем фразы: «Да не волнуйся, к 5 годам догонит, дорастет, заговорит», но часто в 4-5 лет эти же люди сообщают родителям: «Ну что же Вы так долго ждали, лечить надо было!». Именно в этом возрасте, в возрасте 4-5 лет дети чаще всего и попадают впервые на прием к детскому психиатру, причем попадают, имея уже сопутствующие нарушения поведения, эмоций, отставание в развитии

интеллектуальном и физическом. Организм человека и тем более ребенка — это единая система, в которой все компоненты тесно связаны между собой, и когда нарушается работа одного из них (в данном случае формирование речи), постепенно и другие структуры начинают давать сбой, утяжеляя и усугубляя течение заболевания.

Симптомы психических нарушений, детский аутизм

Речевая и моторная задержка развития ребенка может являться не только самостоятельным диагнозом, но и быть одним из симптомов более значимых психических нарушений. В подтверждение тому следует отметить значительный рост в последние годы заболеваемости детским аутизмом. За последние 3 года частота выявляемости данного заболевания у детей 3-6 лет увеличилась более чем 2 раза, и это связано не только и не столько с улучшением качества диагностики его, но и со значительным ростом заболеваемости в целом.

Встретить сегодня в медицинской практике ребенка с «чистым» аутизмом (социальная отгороженность) практически невозможно. Данное заболевание зачастую сочетает в себе выраженное отставание в развитии, снижение интеллекта, нарушения поведения с четкими ауто- и гетероагрессивными тенденциями. И при этом, чем позже начинается лечение, тем медленнее происходит компенсация, тем хуже социальная адаптация и тяжелее отдаленные последствия данного заболевания. Более 40% детского аутизма в возрасте 8-11 лет переходят в заболевания эндогенного круга, такие как шизотипическое расстройство или детский тип шизофрении.

Нарушение поведения у детей, гиперактивность

Особое место в практике врача-психиатра занимают нарушения поведения, внимания и активности у детей. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью в настоящее время является самым широко используемым диагнозом, который с удовольствием ставят терапевты, педиатры, и неврологи. Но мало кто помнит, что по номенклатуре болезней данное заболевание относится к нарушениям психики и чаще всего наиболее эффективным оказывается лечение детей с такими нарушениями именно у детского психиатра и психотерапевта, которые в полном объеме могут использовать в своей практике все необходимые методики и способы медикаментозной коррекции данных нарушений.

Часто, негрубо выраженные нарушения могут скомпенсироваться самостоятельно, по мере роста и физиологического созревания ребенка, но зачастую даже при благоприятном течении процесса, результатами невнимания к таким нарушениям в раннем возрасте являются выраженные трудности при обучении в школе, а также нарушения поведения со склонностью ко всему «отрицательному» в подростковом периоде. Причем, следует отметить, что привыкание ко всему «плохому» (различные зависимости, асоциальное поведение и т.п.) у таких детей происходит значительно более быстро и декомпенсация состояния с истощением физиологических компенсаторных

механизмов также наступает быстрее чем у лиц, не имевших в анамнезе такого рода нарушений.

Умственная отсталость у детей

Высок процент детей с диагнозом «Умственная отсталость» различной степени выраженности. Данный диагноз, конечно, никогда не устанавливается до 3-х летнего возраста, т.к. определить уровень интеллектуальных нарушений у ребенка до 3-х лет представляет определенные сложности. Критериями установки данного диагноза является отсутствие эффекта от проводимого лечения, некомпенсируемость состояния на фоне интенсивного лечения в раннем возрасте.

Целью обучения детей с установленным диагнозом «Умственная отсталость» является не интеллектуальная компенсация и попытка вывести их на общевозрастной уровень, а социальная адаптация и поиск того вида деятельности, пусть и не сложной с интеллектуальной точки зрения, который сможет дать возможность им во взрослом возрасте существовать самостоятельно и обеспечивать себя. К сожалению, зачастую это возможно только при легкой (редко умеренной) степени данного заболевания. При более выраженных нарушениях эти пациенты в течение всей жизни нуждаются в контроле и уходе со стороны родственников.

Психические нарушения эндогенного круга, шизофрения

Достаточно велик процент детей и подростков с сугубо психическими нарушениями эндогенного круга. Речь в данном случае идет о шизофрении и расстройствах, с ней сходных, при которых происходит нарушение процессов мышления и грубо изменяются личностные особенности. Несвоевременное выявление и начало терапии данных расстройств приводит к очень быстрому нарастанию дефекта личности и усугубляет вариант течения данного заболевания во взрослом возрасте.

7. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Гиперкинетические расстройства.
2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.
3. Расстройства поведения.
4. Тикозные расстройства.
5. Синдром Туретта.
6. Неорганический энурез. Неорганический энкопрез.
7. Депрессия с нарушением поведения. Механизм развития, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте. Механизм развития, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Тревожно-фобическое расстройство детского возраста. Механизм развития, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Элективный мутизм. Классификация. Механизм развития, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Расторможенное расстройство детского возраста. Механизм развития,

- клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Специфические расстройства речевой артикуляции.
 13. Расстройство экспрессивной и рецептивной речи.
 14. Приобретенная афазия с эпилепсией.
 15. Специфические расстройства чтения и письменной речи (спеллингования).
 16. Диспраксия развития.
 17. Аутистические расстройства.

Тесты для самоконтроля

1. Синдром Асперера часто бывает ассоциирован с:

- а) бредом преследования
- б) навязчивостями
- в) эпилептическими припадками
- г) умственной отсталостью
- д) множественными гиперкинезами

2. Для лечения гиперкинетического расстройства чаще всего используют:

- а) барбитураты и бензодиазепины
- б) нейролептики и антидепрессанты
- в) соли лития и антиконвульсанты
- г) ноотропы и психостимуляторы
- д) ничего из перечисленного

3. Инфантилизму чаще сопутствует телосложение:

- а) пикническое
- б) астеническое
- в) атлетическое
- г) грациальное
- д) гиперстеническое

4. Занкание может быть одним из основных проявлений:

- а) шизофрении
- б) эпилепсии
- в) МДП
- г) олигофрении
- д) истерии

5. Диагноз энурез не ставится детям младше ... лет:

- а) 4
- б) 8
- в) 10
- г) 12
- д) 14

6. Тики обычно:

- а) усиливаются во сне
- б) полностью амнезируются
- в) подавляются усилием воли
- г) исчезают во время стресса
- д) прогрессируют в течение всей жизни

7. Для синдрома Туретта характерно:

- а) аутизм и амбивалентность
- б) речь «взахлеб» с множеством повторений
- в) навязчивое стремление к чистоте и порядку
- г) произнесение бранных слов
- д) афазия

8. Почти все психические заболевания, возникшие в детском возрасте приводят к:

- а) апатико-абулическому синдрому
- б) кататоническому ступору
- в) грубому расстройству памяти
- г) задержке психического развития
- д) ранней смерти

9. Фантазии в виде самооговоров, ложных признаний в преступлениях, рассказов о невероятных приключениях характерны для подростков с ... чертами:

- а) шизоидными
- б) эпилептоидными
- в) циклоидными
- г) истерическими
- д) интровертными

10. Шизофрения в детском возрасте чаще всего проявляется

- а) галлюцинациями
- б) систематизированным бредом
- в) атипичной депрессией
- г) катотонией
- д) гебефренией

Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

1. Материалы лекции.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
4. Ивашова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
5. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
5. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н. Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
- Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А. Малярова К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med

3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №11: Этиологические факторы и механизмы формирования невротических расстройств. Неврозы, основные варианты.

2. Цель занятия:

- Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.
- использовать элементы психотерапии и психофармакотерапии в комплексном лечении невротических расстройств;
- распознавать психические расстройства для своевременного оказания помощи в условиях общей медицинской практики или направления к психиатру;
- формировать предварительное заключение о состоянии больного
- и грамотно составлять направление в психиатрическое учреждение.

3.Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность:С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

- Этиологические факторы и механизмы формирования невротических расстройств.
- Тревожно-фобические расстройства.
- Агорафобия.
- Социальные фобии.
- Изолированные фобии.
- Паническое расстройство.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.
- Преимущественно навязчивые мысли.
- Преимущественно компульсивные действия.
- Соматоформные расстройства.
- Астенический синдром.
- Неврастения.
- Невроз навязчивости.
- Истерические конверсионные расстройства.
- Понятие ипохондрии.
- Дифференциальная диагностика и лечение неврозов.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, дискуссии, обратная связь.

Неврозы

Неврозы — группа заболеваний с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимущественно психогенными факторами. Невротический срыв возможен у любого человека, однако его характер и форма тесно связаны с индивидуальным предрасположением и особенностями личности.

Классификация неврозов. Выделяют 3 классические формы неврозов: неврастению, истерию (истерический невроз) и невроз навязчивых состояний. Возможны смешанные картины невротических состояний. В подобных случаях невроз диагностируют по преобладающим клиническим проявлениям.

Трудности отграничения отдельных форм неврозов в последние годы значительно возросли в связи с изменением их клинической картины (патоморфоз), уменьшением частоты так называемых классических форм и увеличением числа неврозов со сложными вегетативно-висцеральными нарушениями (нарушения сердечной деятельности, дыхания, двигательные, желудочно-кишечные расстройства, синдром нервной анорексии, профессиональные дискинезии, сексуальные нарушения, головные боли и др.).

Этиология и патогенез.

Наибольшее признание получила полифакторная этиология неврозов, основанная на комплексной оценке роли биологических (наследственность, конституция, беременность и роды), психологических (преморбидные особенности личности, психические травмы детского возраста, психотравмирующие ситуации, их актуальность и длительность) и социальных (родительская семья, образование, профессия, условия воспитания и др.) факторов. С точки зрения современных исследователей, существует генетическая предрасположенность, с одной стороны, к развитию определенных черт личности, с другой — к избирательной непереносимости некоторых воздействий, а также генетический контроль за формированием нейрофизиологических функций.

В возникновении неврозов имеют значение и осложнения беременности у матери больного, патологические роды, пол и возраст страдающего неврозом. Изучение болезненности и заболеваемости неврозами показало, что невротические расстройства преобладают у молодых мужчин и женщин старше 30 лет. Невротические расстройства у женщин тяжелее и заканчиваются инвалидизацией значительно чаще, чем у мужчин.

Психопатия или акцентуация характера может служить благоприятной почвой для возникновения неврозов в неблагоприятной психологической ситуации. Неврозы возникают легче тогда, когда нервная система ослаблена инфекционным заболеванием, интоксикацией (особенно алкоголизацией), черепно-мозговой травмой, переутомлением. Роль предшествующих и сопутствующих соматических вредностей особенно характерна для неврозов, возникающих в условиях постоянно растущего психо-эмоционального напряжения. В кризовые периоды жизни (пубертатный и климактерический) личность более уязвима в отношении неврозов.

Неврастения — наиболее распространенная форма неврозов; выраженное ослабление нервной системы в результате перенапряжения раздражительного или тормозного процесса либо их подвижности.

Клиническая картина - состояние раздражительной слабости: сочетание повышенной раздражительности и возбудимости с повышенной утомляемостью и истощаемостью. Раздражительная слабость проявляется в чрезмерной силе и быстром истощении эмоциональных реакций. Больной начинает замечать у себя несдержанность, ранее ему не свойственную. По случайному и малозначительному поводу у него возникает бурная реакция раздражения или возбуждения. Вспышки возбуждения обычно непродолжительны, но могут часто повторяться. Повышенная возбудимость

нередко выражается в слезливости или нетерпеливости, суетливости. Больной не может ждать, старается все сделать скорее, невзирая на утомление. От раздражения больной легко переходит к слезам, он не может преодолеть неприятное чувство недовольства всем окружающим, утрачивает способность контролировать внешнее проявление своих эмоций. Резко расстраивается активное внимание, затруднено длительное сосредоточение, что приводит к рассеянности, жалобам на плохое запоминание. Нередки жалобы на неприятное чувство пустоты в голове и неспособность думать вообще. Настроение очень неустойчивое, с оттенком тоскливости. В случаях выраженной неврастении больные вялы, безвольны, жалуются на лень, ипохондричны, сосредоточены на своих болезненных ощущениях, теряют интерес не только к работе, но и к развлечениям.

Расстраивается засыпание, сон не освежающий, поверхностный, с тревожными сновидениями, больные жалуются на сонливость днем и бессонницу ночью. Иногда снижается или пропадает аппетит, появляются отрыжка, запоры, изжога, метеоризм, урчание, чувство тяжести в желудке и другие диспепсические расстройства. Очень часты при неврастении жалобы на стягивающие головные боли («каска неврастеника»). Мужчины нередко жалуются на расстройства половой функции (снижение полового влечения, преждевременная эякуляция).

Вегетативные расстройства, обуславливающие многочисленные жалобы больных, могут произвести впечатление соматического заболевания. Нередки жалобы на сердцебиение, чувство замирания сердца, перебои, сжимающие и щемящие боли в области сердца, одышку и т. д. Выраженность висцеральных симптомов иногда настолько велика, что некоторые авторы выделяют так называемые органические неврозы (невроз сердца, желудка, кишечника, половая неврастения и т. д.). Вегетативные нарушения при неврастении проявляются вазомоторной лабильностью, выраженным дермографизмом, потливостью, подергиваниями в отдельных мышечных группах, склонностью к артериальной гипотонии или гипертонии и др. При неврастении возможны «потеря пяти мысли», «временное замирание мозговой деятельности». В отличие от эпилепсии при неврастении они развиваются всегда на фоне нервного перенапряжения, они кратковременны и бесследно исчезают.

На основании клинических и патофизиологических исследований

Неврастению как невроз следует дифференцировать с астеническими состояниями при шизофрении, маскированных эндогенных депрессиях, в начальных стадиях многих органических заболеваний нервной системы (прогрессивный паралич, сифилис мозга, церебральный атеросклероз, энцефалиты и менингоэнцефалиты и др.), а также с астеническими синдромами, возникающими в результате тяжелых соматических и инфекционных заболеваний, авитаминозов, черепно-мозговой травмы и др.

Астения при шизофрении сильно выражена, по мере развития болезни она все меньше зависит от внешних условий и деятельности больного, раздражительность становится все более неадекватной, вегетативные расстройства сменяются сенестопатиями. Астения довольно часто сочетается с

обсессивными, ипохондрическими, аффективными и деперсонализационными расстройствами. Решающее значение для дифференциальной диагностики в этих случаях имеют признаки прогрессивности, свойственные шизофрении, появление негативных изменений, постепенное присоединение расстройств, относящихся к более глубоким уровням поражения.

Лечение. При начальных признаках неврастении достаточно упорядочения режима труда, отдыха и сна. Больного при необходимости следует перевести на другую работу, устранить причину эмоционального напряжения. При гиперстенической форме (стадии) неврастении показаны общеукрепляющее лечение, регулярное питание, четкий режим дня, витаминотерапия. При раздражительности, вспыльчивости и несдержанности назначают настойку валерианы, ландыша, препараты брома, транквилизаторы, из физиотерапевтических процедур — теплые общие или солено-хвойные ванны, ножные ванны перед сном. При выраженной неврастении рекомендуются предоставление отдыха (до нескольких недель), санаторное лечение. При тяжелой гипостенической форме неврастении проводят лечение в стационаре: курс инсулинотерапии малыми дозами, общеукрепляющие средства, стимулирующие препараты (сиднокарб, лимонник, женьшень), стимулирующая физиотерапия, водолечение. Рекомендуется рациональная психотерапия. В случаях преобладания в клинической картине пониженного настроения, тревоги, беспокойства, нарушений сна показаны антидепрессанты и транквилизаторы с антидепрессивным действием (азафен, пиразидол, тазепам, седуксен). Доза подбирается индивидуально.

Истерический невроз — группа психогенно обусловленных невротических состояний с соматовегетативными, сенсорными и двигательными нарушениями, является второй по частоте формой невроза, значительно чаще встречается в молодом возрасте, причем значительно чаще у женщин, чем у мужчин, и особенно легко возникает у лиц, страдающих психопатией истерического круга. Однако истерический невроз как реакция на травмирующую ситуацию возможен и у человека без каких-либо истерических черт характера. Больные истерическим неврозом отличаются повышенной чувствительностью и впечатлительностью, внушаемостью и саамовнушаемостью, неустойчивостью настроения и склонностью привлекать к себе внимание окружающих (жажда признания). Но в отличие от психопатии истерического круга отмеченные личностные особенности больных истерическим неврозом менее выражены и не приводят к значительной социальной дезадаптации.

Истерический невроз необходимо отграничивать от истерического синдрома в течении психической или соматической болезни (органическое заболевание ЦНС, эндокринопатия, шизофрения, травматическая энцефалопатия и др.), поскольку в структуре и динамике упомянутых заболеваний истерический синдром сочетается с другими симптомами и синдромами, свойственными основному заболеванию.

Клиническая картина: чрезвычайно пеструю, полиморфную и изменчивую симптоматику схематично подразделяют на психические

расстройства, моторные, сенсорные и вегетативно-висцеральные нарушения. Психические нарушения психотического уровня (истерическое сумеречное помрачение сознания, синдромы Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизм, истерические фуги, амбулаторные автоматизмы и др., см.) при истерическом неврозе в настоящее время встречаются относительно редко. Значительно большее место в клинической картине стали занимать эмоционально-аффективные расстройства в виде страхов, астении, ипохондрических проявлений, подавленного настроения. Эти расстройства, как правило, неглубоки и сопровождаются ярким внешним оформлением в виде театральных поз, заламывания рук, стонаний, громких воплей и вздохов и т. д. У больных истерией нередко наблюдаются психогенно возникающие амнезии; под влиянием психотравмирующей ситуации «выпадает», «вытесняется» из памяти все, что с ней связано. Иногда больной временно забывает не только какой-то эпизод или отдельные события, но и всю свою жизнь вплоть до собственных имени и фамилии. Истерические психогенные амнезии обычно недлительны и кончаются полным восстановлением памяти. Возможны галлюцинации - яркие, образные и связанные с психотравмирующей ситуацией. К двигательным нарушениям при истерии относятся судорожные припадки, парезы, параличи, в том числе весьма характерная для истерии астазия-абазия, гиперкинезы, контрактуры, мутизм, истерический ступор и др.

Из сенсорных нарушений наиболее типичны истерическая слепота, глухота (афония) и нарушения чувствительности в виде гипестезий, гиперестезии и парестезии.

Вегетативно-соматические расстройства при истерическом неврозе проявляются в нарушениях дыхания, сердечной деятельности, желудочно-кишечного тракта, сексуальной функции.

Лечение. Прежде всего необходимо по возможности устранить травмирующие психику обстоятельства либо смягчить их влияние. Иногда положительное воздействие оказывает перемена обстановки. Главное место в лечении истерии отводится психотерапии, в частности рациональной. Многократные настойчивые и целенаправленные беседы с больным способствуют выработке у него правильного отношения к причинам заболевания. Для устранения отдельных симптомов истерии применяют внушение (суггестию) в бодрствующем или гипнотическом состоянии. В ряде случаев эффективны наркогипноз, аутогенная тренировка, косвенное внушение, заключающееся в том, что словесный фактор сочетается с применением физиотерапевтических процедур или лекарственных веществ (новокаиновая блокада, массаж, различные виды электролечения с разъяснением их терапевтической роли). При лечении некоторых двигательных нарушений, мутизма, сурдомутизма благоприятно действуют амитал-кофеиновые растворения (подкожное введение 1 мл 20% раствора кофеина и через 4—5 мин внутривенное введение 3—6 мл свежеприготовленного 5% раствора амитал-натрия) с соответствующим словесным внушением, направленным на ликвидацию болезненных симптомов, на курс 5—10 сеансов через день. В этих целях можно использовать легкий эфирный наркоз, внутривенные (медленные!)

вливания 10 мл 25% раствора сульфата магния, 15—30 мл 10% раствора хлорида кальция и др. При повышенной эмоциональной возбудимости и неустойчивости настроения рекомендуются различные седативные средства, транквилизаторы и легкие антидепрессанты. Затяжные истерические припадки делают показанным введение хлоралгидрата в клизме. При истерии назначают общеукрепляющую терапию, витаминотерапию, санаторное лечение, физиотерапию.

Прогноз обычно благоприятен. В некоторых случаях при длительной конфликтной ситуации возможен переход истерического невроза в истерическое развитие личности с затяжным невротическим состоянием и истерической ипохондрией.

Невроз навязчивых состояний объединяет различные невротические состояния с навязчивыми мыслями, идеями, представлениями, влечениями, действиями и страхами; встречается значительно реже, чем неврастения и истерический невроз; у мужчин и женщин наблюдается с одинаковой частотой. В отличие от неврастении и истерии, нозологическая самостоятельность которых признается многими исследователями, невроз навязчивых состояний некоторые авторы считают синдромом. Так, одним из частых и выраженных расстройств при психастении являются различные навязчивости, и одни авторы применяли термин «психастения», а другие обозначали их как «невроз навязчивых состояний». При неврозе навязчивости навязчивые явления представляют собой основной, иногда единственный, симптом заболевания, не имеющего отношения к психастении. Невроз навязчивых состояний характеризуется парциальностью невротических расстройств, а клиника упомянутой психопатии отличается большей массивностью нарушений, необратимостью состояния и относительным постоянством психопатических черт личности в течение всей жизни больного.

Клиническая картина. Невроз навязчивых состояний легче возникает у лиц мыслительного типа (по И. П. Павлову), особенно при ослаблении организма соматическими и инфекционными заболеваниями. Навязчивые явления весьма многочисленны и разнообразны, наиболее типичны фобии, а также навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, действия, влечения. Чаще встречаются кардиофобия, канцерофобия, лиссофобия (навязчивая боязнь сумасшествия), оксифобия (навязчивый страх острых предметов), клаустрофобия (боязнь закрытых помещений), агорафобия (боязнь открытых пространств), навязчивые страхи высоты, загрязнения, боязнь покраснеть и др. Навязчивые явления непреодолимы и возникают вопреки желанию больного. Больной относится к ним критически, понимает их чуждость, стремится их преодолеть, но самостоятельно освободиться от них не может.

Клиническая картина невроза навязчивых состояний не исчерпывается обсессивно-фобическими расстройствами. Как правило, в ней представлены и общевневротические (неврастенические) симптомы: повышенная раздражительность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нарушения сна и др. Эти симптомы могут быть выражены с различной

интенсивностью. Настроение преимущественно пониженное с оттенком безнадежности и чувством собственной неполноценности.

Лечение должно быть комплексным и строго индивидуализированным, с учетом не только клинической картины заболевания, но и личностных особенностей больного. В легких случаях предпочтение отдается психотерапевтическим и общеукрепляющим методам. Иногда хороший эффект достигается простой тренировкой в подавлении навязчивости. Если это не приносит успеха, то применяют внушение в гипнотическом состоянии. Следует быть осторожным при выдаче больничного листа, поскольку больные с некоторыми видами навязчивостей, как правило, лучше чувствуют себя на работе, а не дома, где они целиком сосредоточены на своей болезни. Кроме того, при фобиях ипохондрического содержания (кардиофобия, канцерофобия и т. д.) больничный лист служит доказательством серьезной болезни. В тяжелых и упорных случаях невроза наряду с психотерапевтическими мероприятиями и общеукрепляющим лечением показаны седативные или тонизирующие средства в соответствии со стадией болезни и особенностями клинической картины.

В начальном периоде невроза навязчивости, а также при преобладании в клинической картине фобий с тревогой, эмоциональным напряжением и нарушениями сна рекомендуются транквилизаторы с легким антидепрессивным действием. Дозы лекарственных средств подбирают индивидуально в зависимости от тяжести невротических расстройств. Если навязчивости под влиянием лечения значительно ослабевают или исчезают, то рекомендуется поддерживающая терапия в течение 6—12 мес. Одновременно с лекарственным лечением должна проводиться психотерапия с разъяснением необходимости лечения и соблюдения режима сна и отдыха. Известно, что при соматическом ослаблении и ухудшении сна невротические навязчивости становятся более интенсивными и мучительными.

В более тяжелых случаях невроза, особенно при невротической депрессии, рекомендуется лечение в стационаре, где к упомянутым выше лечебным мероприятиям можно добавить антидепрессанты, нейролептики в малых дозах на ночь, гипогликемические дозы инсулина и др. В период выздоровления, помимо поддерживающей терапии, показаны вовлечение больного в жизнь коллектива, укрепление его трудовых установок и переключение внимания с исчезающих навязчивостей на реальные жизненные интересы. При упорных, но сравнительно изолированных навязчивостях (страх высоты, темноты, открытого пространства и др.) рекомендуется подавление страха путем самовнушения.

7. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Этиологические факторы и механизмы формирования невротических расстройств.
2. Тревожно-фобические расстройства.
3. Агорафобия.
4. Социальные фобии.
5. Изолированные фобии.
6. Паническое расстройство.
7. Обсессивно-компульсивное расстройство.
8. Преимущественно навязчивые мысли.
9. Преимущественно компульсивные действия.
10. Неврастения.
11. Невроз навязчивости.
12. Истерический невроз.
13. Дифференциальная диагностика и лечение неврозов.

Тесты для самоконтроля

1. Неврозы проявляются в виде:

- а) специфических клинических феноменов, выражающих патологическую фиксацию тех или иных переживаний личности
- б) доминирования эмоционально-аффективных расстройств
- в) доминирования сомато-вегетативных расстройств
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

2. Среди этиологических факторов биологической природы при неврозах различают:

- а) особенности наследственности и конституции
- б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери и другие натальные вредности
- в) перенесенные заболевания как сенсбилизатор, усиливающий действие психотравм
- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

3. Среди этиологических факторов психологической природы неврозов различают:

- а) преморбидные особенности личности
- б) психические травмы детского возраста
- в) события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений
- г) верно б) и в)

д) все перечисленные

4. Среди этиологических факторов социальной природы различают:

- а) некоторые особенности воспитания и семейного положения
- б) невротизирующие действия, связанные с профессией и трудовой деятельностью
- в) особенности родительской семьи
- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

5. Основными невротическими синдромами являются все перечисленные, кроме:

- а) фобического, обсессивного
- б) астенического, ипохондрического
- в) психоорганического синдрома
- г) синдрома невротической депрессии
- д) синдрома нервной анорексии

6. Невротический фобический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) сложного, психологически непонятного характера ритуалов
- б) наличия четкой фабулы
- в) обострения в ситуациях
- г) четкой критики выраженного компонента борьбы
- д) преобладания различных фобий к страху смерти, перемещения в пространстве, страху заболевания

7. Невротический астенический синдром проявляется всем перечисленным, кроме:

- а) собственно астенических расстройств с наличием гиперстетической, гипостетической формы и раздражительной слабости
- б) легких нарушений сознания
- в) вегетативных расстройств
- г) сензомоторных и аффективных расстройств
- д) нарушений сна и мышления

8. Невротическая ипохондрия проявляется всем перечисленным, исключая:

- а) чрезмерную заботу и беспокойство о своем здоровье в целом и о работе систем организма
- б) возникновение неприятных ощущений, источником которых являются физиологические изменения соматических функций
- в) наличие характера сделанности неприятных ощущений
- г) эмоционально-аффективные нарушения

д) тревожную мнительность, в связи с воспитанной чрезмерной заботой о своем здоровье, тенденцию к постоянному контролю внутренних органов

9. Для неврастении характерно все перечисленное, кроме:

- а) преобладания общеневротических (астенических) расстройств
- б) наличия нарушений сна, головных болей, различных вегетовисцеральных расстройств
- в) преобладания интеллектуальной астении
- г) наличия астено-ипохондрических, астено-депрессивных, астено-фобических расстройств
- д) наличия гиперестезии и гиперпатичности в отношении внутренних органов

10. Для неврологического синдрома нарушения сердечного ритма характерно все перечисленное, кроме:

- а) субъективных ощущений ударов сердца о грудную клетку без истинной тахикардии
- б) возникновения брадикардии или тахикардии
- в) связанности с эмоциональным напряжением с нередким усилением при физическом покое в условиях возможности сосредоточения на своих ощущениях
- г) возникновения пароксизмальной тахикардии
- д) возникновения экстрасистолической аритмии с ощущением "замирания", перебоев

Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

21. Материалы лекции.
22. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.

5. Антikonвульсанты в психиатрической и неврологической практике
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦСП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н. Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А. Малярова – К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ. – Москва: «АСТ»- Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №12: Реакции на стресс и нарушения адаптации. Психические расстройства при чрезвычайных ситуациях.

2. Цель занятия:

- Реакции на стресс и нарушения адаптации. Психические расстройства при чрезвычайных ситуациях.
- использовать элементы психотерапии и психофармакотерапии в комплексном лечении психических расстройств при чрезвычайных ситуациях;
- своевременно выявлять наиболее острые реакции на стресс, представляющие непосредственную опасность для жизни и здоровья больного и окружающих;
- распознавать психические расстройства для своевременного оказания помощи в условиях общей медицинской практики или направления к психиатру;
- формировать предварительное заключение о состоянии больного
- и грамотно составлять направление в психиатрическое учреждение.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

- Реакция на тяжелый стресс.
- Острая реакция на стресс.
- Переходный период.
- Посттравматическое стрессовое расстройство.
- Расстройства адаптации.
- Реакция горя.

- Патологическая реакция горя.
- Классификация психических расстройств, связанных с чрезвычайными ситуациями.
- Диссоциативные расстройства.
- Организация оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больших, работа в малых группах, курация больных, дискуссии, обратная связь.

Психические расстройства при чрезвычайных ситуациях.

Стихийные бедствия и катастрофы — обычно внезапно возникающие экстремальные ситуации, при которых создается угроза не только нормальному существованию и здоровью, но и самой жизни значительного количества людей.

Подобные экстремальные ситуации являются следствием следующих причин: природно-естественные катаклизмы в виде землетрясений, наводнений, ураганов, циклонов, извержений вулканов, сходов снежных лавин, заносов и оползней, другие опасные происшествия: катастрофа на транспорте, пожар в многолюдном помещении, гибель корабля, опасные взрывы на производстве и т.д.

По классификации, основанной на динамическом принципе, в развитии жизнеопасной ситуации выделяют три основных периода.

Первый период характеризуется преобладанием переживаний страха, ужаса при угрозе собственной жизни и гибели близких. В связи с этим в последнее время появился даже новый термин «медицина катастроф»

Реактивный ступор длится недолго (минуты, часы) и часто переходит в другой тип психогенной реакции, обычно депрессию.

Иногда при шоковой реакции преимущественно страдает эмоциональная сфера, наступает так называемый эмоциональный паралич, когда все чувства на какой-то момент как бы атрофируются, человек становится безучастным и никак эмоционально не реагирует на происходящее вокруг. В то же время мыслительные способности почти полностью сохраняются, человек все видит, все замечает, несмотря на нередко смертельную опасность, за всем наблюдает как бы со стороны.

Реактивное психогенное возбуждение характеризуется внезапно наступившим хаотическим, бессмысленным двигательным возбуждением. Человек мечется, совершает массу ненужных движений, бесцельно размахивает руками, кричит, молит о помощи, не замечая подчас при этом реальных путей к спасению. Иногда внезапно бросается куда-то бежать без всякой цели (фугиформная реакция — от лат. fugio — убегаю)

Если несколько человек охвачено таким психогенным возбуждением, то подобное явление называется паникой (от имени древнегреческого бога Пана,

при звуке трубящего рога которого все живое приходило в ужас и замешательство).

Подобные реакции могут иногда принимать характер массового индуцированного психоза, особенно в том случае, если «индуктором» становится чрезвычайно внушаемая истерическая личность. Реактивное возбуждение, так же, как и ступор, сопровождается обычно состоянием помраченного сознания с последующей амнезией.

При шоковых реакциях характерны разнообразные вегетативные нарушения в виде тахикардии, резкого побледнения, потливости, профузного поноса и т.д.

При истерическом сумеречном помрачении сознания обычно в поведении больных всегда отражается конкретная психотравмирующая ситуация, нередко сопровождаемая громким демонстративным плачем, неадекватным смехом или даже громким хохотом. Возможны истерические припадки.

После минования острого периода может наступить кратковременная эйфория (минуты, часы), когда у пострадавших возникает неадекватно повышенное настроение с переоценкой своих сил и возможностей, пренебрежением реальной опасностью.

Эйфория у пострадавших при землетрясениях и катастрофах возможна и как следствие нередких в таких ситуациях черепно-мозговых травм.

После острого психотического состояния наиболее типично развитие реактивной депрессии. Депрессии при этом могут иметь различный характер: тоскливая, тревожная, маскированная, но с часто появляющейся характерной чертой: чувством вины перед погибшими, отвращением к жизни, сожалением, что остался жив.

Наряду с острыми реактивными психозами у подавляющего числа пострадавших в первом периоде возникают непсихотические расстройства в виде растерянности, невозможности сразу осмыслить ситуацию. Такое состояние длится обычно недолго и сменяется ориентированностью в происходящем, мобилизацией сил, воли, активности.

Из психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах наиболее частыми являются непсихотические расстройства невротического уровня, начиная от невротических реакций до неврозов и невротических развития. Особенно характерно развитие разного рода навязчивых страхов, тематически обычно связанных с экстремальной ситуацией, а также тягостных навязчивых воспоминаний о пережитом. Эти состояния могут длиться долгое время, то затухая, то вновь обостряясь, особенно в ситуациях, хоть чем-то, даже весьма отдаленно напоминающих пережитую катастрофу. По таким же механизмам может возникать или резко обостряться истерическая симптоматика.

Долгое время может сохраняться нарушение сна, нередко с кошмарными сновидениями, также отражающими ужас всего пережитого.

Психогенные воздействия могут также реализовываться в виде психосоматических заболеваний, таких как инфаркт миокарда, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, экзема и т.д.

Клиническая картина психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах может быть значительно изменена за счет воздействия дополнительных вредных факторов, нередко сопутствующих экстремальным воздействиям самой ситуации. К ним относятся психические расстройства, связанные с кровопотерями, черепно-мозговыми травмами, синдромом длительного раздавливания, размозжения мягких тканей обломками домов, глыбами земли и т.д (травматический токсикоз, краш-синдром, миоренальный синдром). В связи с этими дополнительными вредностями возникают различные состояния помрачения сознания вплоть до сопора и комы, эпилептиформные припадки, тяжелые органические поражения головного и спинного мозга.

7. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Острая реакция на стресс.
2. Переходный период.
3. Посттравматическое стрессовое расстройство.
4. Расстройства адаптации.
5. Реакция горя.
6. Патологическая реакция горя.
7. Классификация психических расстройств, связанных с чрезвычайными ситуациями.
8. Диссоциативные расстройства:
9. Организация оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях:

Тесты для самоконтроля

1. Эмоциональный стресс играет важную роль в возникновении:

- а) корсаковского синдрома
- б) мании
- в) псевдодеменции
- г) делирия
- д) кататонии

2. Типичным исходом реактивных психозов является:

- а) выздоровление
- б) формирование ремиссии
- в) мнестико-интеллектуальный дефект
- г) апатико-абулический дефект
- д) длительное безремиссионное течение

3. Характерной чертой аффективно-шоковых реакций считают:

- а) наличие галлюцинаций
- б) тоску и безысходность

- в) дурашливость и кривляние
- г) явление психического автоматизма
- д) помрачение сознания

4. Характерной чертой посттравматического стрессового расстройства считают:

- а) наличие бреда преследования
- б) отказ от врачебной помощи
- в) ступор или возбуждение
- г) мутизм и негативизм
- д) помрачение сознания

5. Появление детского поведения на фоне тяжелого психотравмирующего события характерно:

- а) для невротозов
- б) аффективно-шоковой реакции
- в) реактивного параноида
- г) истерических психозов
- д) соматоформных расстройств

6. Ситуации, связанные с внезапно возникшей угрозой жизни, часто вызывают:

- а) аффективно-шоковую реакцию
- б) реактивную депрессию
- в) реактивный параноид
- г) истерический психоз
- д) соматоформные расстройства

7. Возникновению реактивно параноида способствует:

- а) низкий уровень интеллекта и образования
- б) воспитание в неполной семье
- в) пребывание в иноязычной среде
- г) работа с техническими устройствами
- д) длительное воздержание от сексуальных контактов

8. Появление у больного негативной симптоматики подтверждает диагноз:

- а) невроза
- б) реактивного психоза
- в) МДП
- г) исключает диагноз шизофрении
- д) исключает диагноз любого психогенного заболевания

9. Наиболее эффективной при реактивной депрессии считается ... психотерапия:

- а) бихевиоральная

- б) когнитивная
- в) суггестивная
- г) релаксирующая
- д) семейная

Литература

основная:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. – 532с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
3. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону. 2003.
4. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

23. Материалы лекции.
24. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
5. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М. Медицина, 1984
8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехошин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н. Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А. Малярова – К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядощ А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ. – Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru

4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №13: Поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями (анорексия, булимия, расстройства сна, сексуальные расстройства).

2. Цель занятия:

- основные современные методы исследования, применяемые в психиатрии;
- основные симптомы и синдромы психических расстройств;
- основные принципы лечения и профилактики в психиатрии.
- собрать анамнез больного;
- выявлять симптомы психических расстройств;
- оценить психический статус;
- выбрать основные современные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования больного.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками.

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Нервная анорексия.
2. Нервная булимия.
3. Расстройства сна.
4. Расстройства половой идентификации.
5. Расстройства сексуального предпочтения.
6. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями

Нервная (психическая) анорексия — заболевание, выражающееся в сознательном ограничении в еде с целью похудения, в возникающих вторичных соматоэндокринных расстройствах и нарастающем физическом истощении.

Нервная (психическая) анорексия свойственна главным образом девочкам-подросткам и молодым девушкам, хотя иногда может встречаться и у лиц мужского пола пубертатного или юношеского возраста. Выражается в чрезвычайно упорном стремлении к похуданию путем целенаправленного, длительного самоограничения в еде, иногда сопровождаемого интенсивными физическими упражнениями или приемом больших доз слабительного. При невозможности выдержать длительное голодание больные прибегают к такому методу, как вызывание искусственной рвоты после каждого приема пищи.

Нервная булимия — заболевание, проявляющееся в чрезмерном, несдерживаемом аппетите с поглощением очень большого количества пищи и последующей искусственно вызываемой рвотой.

Нервная анорексия чаще всего связана с другой патологией пубертатного и юношеского возраста — дисморфоманией.

Болезненная убежденность в собственной «излишней полноте», чаще всего носящая характер навязчивой, сверхценной или бредовой идеи, постепенно приводит больных к мысли о необходимости «коррекции» этого мнимого или чрезвычайно переоцененного физического недостатка.

Ввиду очень свойственной этим больным склонности к диссимуляции они всеми силами стараются скрыть от окружающих (и в первую очередь от родителей) не только мотивы своего поведения, но и само осуществление этой «коррекции», делают все для того, чтобы питаться отдельно от других членов семьи, а если это не удастся, прибегают к различным уловкам и хитростям, незаметно выплевывают уже пережеванную пищу и прячут ее, пытаются накормить своей порцией специально для этого заведенную собаку, незаметно перекадывают пищу со своей тарелки в другие и т.д. При этом тщательно изучают питательность каждого продукта, старательно высчитывают калории, избегая тех видов пищи, от которых можно «растолстеть» (не едят гарниров, масла, мучных изделий и т.д.). Достигнув значительной потери веса, они обычно не бывают удовлетворены даже самой низкой массой тела и продолжают ограничивать себя в еде, стараясь при этом регулярно взвешиваться.

Одной из довольно типичных особенностей этих больных является стремление при собственном постоянном самоограничении в еде перекармливать других членов семьи и особенно младших братьев и сестер. При этом больные проявляют большой интерес и способности к приготовлению самых разнообразных блюд, иногда даже специально изучают для этого кухни разных стран. Не удовлетворяясь только самоограничением в еде, больные очень активно начинают заниматься различными физическими упражнениями, иногда по специальной, продуманной ими системе. Кроме того, нередко принимают слабительные средства, подчас в огромных количествах (при длительном голодании прием слабительных обуславливается также такой причиной, как запоры, весьма упорные вследствие атонии кишечника).

Одной из клинических разновидностей нервной анорексии является стремление больных достичь желаемого результата путем регулярного вызывания искусственной рвоты. Будучи убежденными в необходимости избавиться от «лишней полноты», но в то же время невыдерживая длительного голодания, эти больные после каждого приема пищи добиваются ее эвакуации, не только вызывая искусственную рвоту, но подчас и прибегая к помощи желудочного зонда (чтобы «полностью очистить желудок»). У этой группы больных с течением времени развивается булимия, при которой они поглощают огромное количество пищи, а затем вызывают рвоту, причем далеко не всем из них удается достигнуть желаемого результата — похудения. У части из них вместо потери массы тела она постепенно увеличивается, что в свою очередь является поводом к изысканию новых средств «борьбы с полнотой».

Подростки с истерическими чертами характера чаще пользуются не столь тягостно переносимыми методами похудения (искусственная рвота, слабительные, клизмы), в то время как больные психастенического склада считают такие методы «неэстетическими» и прибегают главным образом к постоянному значительному самоограничению в еде и интенсивным физическим упражнениям. Необходимо отметить, что если на первом этапе, условно называемом дисморфоманическим, у больных могут иметь место идеи отношения и подавленное настроение, то на втором этапе — в периоде

активной «коррекции излишней полноты», или аноректическом, идеи отношения уже полностью исчезают и депрессивные переживания становятся все менее выраженными. Через 1,5—2 года после начала болезни наступает третий этап — кахектический, характеризующийся уже выраженными соматоэндокринными нарушениями, постепенно нараставшими в течение второго этапа. К этому времени больные теряют, как правило, от 20 до 50% прежней массы тела и обнаруживают все признаки дистрофии. Наряду с исчезновением подкожной жировой клетчатки самым типичным проявлением изменений со стороны соматического статуса является аменорея, иногда возникающая сразу, иногда — после периода олигоменореи. У больных истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушащейся, цианотичной, возможно образование пролежней и трофических язв. Имеют место повышенная ломкость ногтей, выпадение волос, кариес и выпадение зубов. Отмечаются обычно также дистрофия миокарда, брадикардия и гипотония, общий энтероптоз, анацидный гастрит, атония кишечника.

Характерным являются низкое содержание сахара в крови, изменение сахарной кривой, следы белка в моче, признаки анемии в картине крови.

Тщательная диссимуляция больными своего состояния нередко приводит к установлению разнообразных диагнозов, а появление вторичных выраженных соматоэндокринных расстройств чаще всего дает повод заподозрить у них эндокринную патологию. Именно поэтому клиническую картину нервной анорексии должны хорошо знать не только психиатры, но и терапевты, педиатры, эндокринологи и во всех случаях нарастающей потери массы тела самым тщательным образом необходимо собирать анамнез и обследовать больных.

Нарушения сна

Нарушения сна включают в себя

- пресомнические (длительное засыпание),
- интрасомнические (нарушение продолжительности и глубины сна),
- постсомнические (нарушения быстроты и времени пробуждения) расстройства
- или их комбинацию.

В течение жизни до 30% взрослого населения страдает подобными нарушениями. Они чаще возникают в пожилом возрасте.

Классификация нарушений сна:

- По продолжительности: кратковременная бессонница, хроническая (постоянная) бессонница
- По причине: первичные и вторичные расстройства сна, обусловленные психотравмирующими ситуациями, психическими нарушениями, различными заболеваниями или приёмом психоактивных веществ.

Причины

- Психотравмирующие ситуации
- Соматические и неврологические заболевания, вызывающие физический дискомфорт и сопровождающиеся болевым синдромом.

- Психические заболевания, особенно сопровождающиеся депрессивными состояниями.
- Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, кофеин, никотин, психостимуляторы, наркотические вещества), лекарственными средствами (пищевые диетические добавки, противоотёчные и противокашлевые средства, глюкокортикоиды, теофиллин, фенитоин).
- Злостное курение.
- Синдром обструктивных сонных апноэ (храп).
- Нарушение ритма сна и бодрствования (быстрая смена часовых поясов, работа в ночную смену, поражение гипоталамуса вследствие травмы или энцефалита).

Проявления нарушений сна

Стандартными признаками нарушений сна принято считать следующие:

- Ощущение недостаточности сна.
- Пресомнические расстройства — невозможность заснуть в обычное для больного время, часто сопровождающаяся тревогой, страхом и навязчивыми мыслями.
- Интрасомнические расстройства — поверхностный тревожный сон с частыми пробуждениями.
- Постсомнические расстройства — при удовлетворительном засыпании больной просыпается на несколько часов раньше обычного и затем либо не может вновь заснуть, либо погружается в беспокойный, не приносящий удовлетворения сон. Часто наблюдают у пожилых и при депрессивных состояниях.
- Отсутствие восстановления сил после пробуждения.
- Сонливость и дремота в дневное время.
- Усталость.
- Тревожное состояние перед сном.

Лечение

- Устранение причинных факторов, влияющих на сон: боли, приёма лекарственных средств, вызывающих расстройства сна.
- Рекомендуют каждый день просыпаться в одно и то же время.
- Необходимо ограничить продолжительность ежедневного пребывания в постели временем, привычным для пациента до возникновения расстройства сна.
- Не следует употреблять вещества, воздействующие на головной мозг (кофеин, никотин, алкоголь, стимуляторы).
- Следует избегать приёма алкоголя после 5 ч вечера или менее чем за 6 ч до отхода ко сну.
- Не рекомендуют спать днём (за исключением случаев, когда после дневного сна улучшается ночной сон).
- Необходимо использовать постепенно усложняемую программу физических упражнений по утрам для поддержания хорошего самочувствия.
- Следует избегать возбуждения перед сном; заменить просмотр телепередач лёгким чтением или прослушиванием радиопрограмм.

- Рекомендуют принимать в течение 20 мин перед сном горячую ванну для поднятия температуры тела.
- Необходимо регулярно принимать пищу в определённое время, избегать обильного приёма пищи перед сном (иногда засыпанию может помочь лёгкая закуска перед отходом ко сну).
- По вечерам полезно использовать методики релаксации или медитации.
- Создание комфортных условий для сна.
- Психотерапия.

Медикаментозное лечение нарушений сна

- При нарушениях сна, связанных с эмоциональными расстройствами, при стойкой бессоннице, а также при нарушениях сна, ухудшающих самочувствие, рекомендованы нитразепам — 5—18 мг за 30—60 мин до сна, триазолам — 0,125—0,25 мг перед сном.
- В малых дозах рекомендованы при остром нарушении (например, при переездах со сменой часового пояса или при переходе на ночной режим работы) темазепам — 15 мг за 1—2 ч до сна, флуразепам — 15—30 мг на ночь. Небензодиазепиновые препараты: золпидем — 10 мг или 5 мг (пожилым или ослабленным пациентам).
- При нарушениях сна, связанных с депрессией, — амитриптилин за 1 ч до сна (начальная доза — 50—100 мг). Альтернативный препарат — хлоралгидрат по 0,5—1 г на ночь.
- В большинстве случаев при адекватной терапии и устранении симптомов основного заболевания возможно полное выздоровление.

Психосексуальные расстройства

Психосексуальные расстройства — сборная группа нарушений сексуального поведения, которая включает как извращение полового влечения в отношении его объекта (лица того же пола, животные, дети) или способа его удовлетворения (онанизм, петтинг, фроттеризм и др.), так и некоторые нарушения сексуальной функциональности при нормальном влечении (психогенная импотенция, вагинизм, фригидность).

Сексуальные девиации

Онанизм правильнее называть мастурбацией. Половое возбуждение и оргазм достигаются механическим раздражением. Мастурбация обычно сочетается с сексуальными фантазиями. Считается, что в период полового созревания до начала половой жизни около 80% подростков мужского пола занимаются мастурбацией, причем часть из них совместной или взаимной (не тайком в одиночку, а со сверстниками).

Патологической мастурбация признается только в случае чрезмерной интенсивности (более одного раза в день) или когда она предпочитается возможным половым сношениям, т.е. становится перверсией, или когда мастурбирует особо изощренными способами (например, вводя инородные тела в задний проход или в уретру).

Фроттеризм (от франц. *frotter* — тереть) — достижение полового возбуждения и оргазма путем трения о тело другого, обычно незаметно для последнего — в

тесноте и давке, например в транспорте. Если становится пагубной привычкой и сосуществует наряду с нормальной половой активностью, то может рассматриваться как ложная перверсия.

Промискуитет — непрерывная смена половых партнеров. Может превратиться в постоянную потребность, особенно если начинается с подросткового возраста. В этих случаях неспособность удовлетвориться постоянной половой связью препятствует созданию прочной семьи.

Гиперсексуальность — чрезмерное повышение сексуального влечения с потребностью неоднократных половых сношений в течение суток. У мужчин этот феномен называют сатириазисом (Сатир — мифическое существо, отличающееся похотливостью), у женщин — нимфоманией. Иногда бывает следствием органического поражения гипоталамической области мозга.

Истинные и ложные перверсии (парафилии)

Истинный гомосексуализм начинает проявляться с момента пробуждения полового влечения в предпоздновом или подростковом возрасте. Сверстники другого пола никакого влечения не вызывают. Сама мысль о сексуальном контакте с ними может вызывать неодолимое отвращение. Сексуальные фантазии, сновидения во время поллюций, платоническая влюбленность связаны только со своим полом. Начинают активно выискивать ситуации, где можно увидеть обнаженные гениталии представителей своего пола (общественные туалеты, бани т.д.), ищут сексуальных контактов с ними.

Фетишизм — потребность в определенной вещи (предметы одежды, белье, обувь, волосы противоположного пола и т.д.), которую прикладывают к половым органам или созерцают перед половым сношением или мастурбацией. Может относиться к ложным перверсиям, когда нормальная половая жизнь возможна без фетиша, но чаще без него невозможно половое возбуждение. Как правило, встречается у мужчин. Склонны воровать вещи, служащие фетишами (чужое женское грязное белье, чулки, носки, хотя бы примеренная обувь и т.д.).

Экзгибиционизм (от лат. *exhibito* — выставлять напоказ) встречается у мужчин. Удовлетворение получают от того, что неожиданно показывают незнакомой женщине (в укромном месте или под окном) обнаженный половой член, обычно эрегированный. Особое наслаждение вызывает испуг на лице женщины. Оргазм может наступить сам по себе или с помощью мастурбации.

Вуайеризм (от фр. *voyeur* — зритель) — влечение к разглядыванию чужих половых органов и особенно к подсматриванию за половым сношением между другими.

Педофилия (от древнегреч. *paides* — дети, *phileo* — любить) — половое влечение к детям. Встречается у подростков мужского пола с легкой дебильностью или с задержкой сексуального развития, у некоторых женатых мужчин — при дисгармонии половой жизни с супругой, но особенно у пожилых со слабеющей потенцией. Обычно является ложной перверсией.

Геронтофилия (от древнегреч. *geron* — старец) дословно означает влечение к старикам, но на самом деле к лицам значительно старше себя, обычно в возрасте, соответствующем возрасту собственных родителей

Зоофилия, или скотоложство, известно также под названием содомии (от названия библейского города Содома, жители которого предавались безудержному разврату) — половые сношения с животными.

Садизм и мазохизм — потребность во время полового сношения или перед ним причинять партнеру (или испытывать от него) физическую боль или моральные страдания.

Нарциссизм (по имени мифического красавца-юноши Нарцисса, влюбившегося в самого себя, увидев свое отражение в воде).

Расстройства влечений

Импульсивные влечения. К импульсивным влечениям относят непреодолимое побуждение к совершению тех или иных действий, полностью овладевающее рассудком человека. Они воспринимаются большинством больных как чуждые, нелепые, болезненные состояния. Импульсивные поступки в типичных случаях реализуются без внутренней борьбы и внутреннего сопротивления. Но в части случаев развитию их предшествует борьба мотивов, которая может продолжаться от нескольких секунд до нескольких часов и дней.

Дромомания (вагобондаж, пориомания) — непреодолимое стремление к бесцельному бродяжничеству и перемене мест. Наиболее характерно для подростков.

Клептомания — импульсивное влечение к воровству. Среди больных kleптоманией чаще встречаются женщины. Кражи лишены смысла, важен сам процесс, а не объект.

Дипсомания (истинный запой) — непреодолимое влечение к пьянству у людей, не страдающих алкоголизмом. Запой может сопровождаться дромоманией и сексуальными эксцессами.

Пиромания — импульсивное стремление к поджогам. У ряда больных после содеянного отмечается душевный подъем, вплоть до экстаза. Часто сами принимают участие в тушении пожара. Иногда молчаливо и неподвижно созерцают пожар.

Гомицидомания — непреодолимое влечение к убийству, иногда очень близких и дорогих больному людей.

Копролалия — непреодолимое желание грязно, нецензурно выругаться, не связанное с ситуацией.

Трихотилломания — непреодолимое стремление вырывать у себя волосы.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

Расстройства приема пищи:

- Нервная анорексия;
- Нервная булимия.

Расстройства сна неорганической природы:

- Бессоница;
- Гиперсомния;

- Сомнабулизм;
- Ночные ужасы;
- Кошмары.

Расстройства половой идентификации:

- Транссексуализм;
- Трансвестизм двойной роли;
- Расстройства половой идентификации в детском возрасте

Психиатрическое, сексологическое и психологическое обследования.

Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах половой идентификации.

Расстройства сексуального предпочтения: (фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия, садомазохизм и др.)

Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями:

- Отсутствие или потеря полового влечения;
- Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения;
- Отсутствие генитальной реакции;
- Оргазмическая дисфункция;
- Преждевременная эякуляция;
- Вагинизм неорганической природы;
- Диспарейния неорганической природы;
- Повышенное половое влечение.

Тесты для самоконтроля

1. Диагностическими критериями нервной булимии являются:

- а) непреодолимая тяга к пище
- б) противодействие эффекту ожирения с помощью рвоты, слабительными
- в) установление больным низкого предела веса
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. Нервная анорексия - это

- а) патологическое состояние, возникающее в подростковом возрасте
- б) состояние, проявляющееся в сознательном упорном ограничении приема пищи вплоть до отказа с целью похудения
- в) девушки заболевают чаще мужчин
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

3. Невротические нарушения сна проявляются всем перечисленным, кроме:

- а) нарушения засыпания (пресомнической стадии)
- б) неглубокого сна с пробуждением
- в) укорочения сна из-за раннего пробуждения
- г) диссомнии

д) ощущения сделанного сна

4. Невротические сексуальные нарушения:

- а) психогенные нарушения половой функции часты при различных формах неврозов
- б) у мужчин - нарушения эрекции, эякуляции и снижение полового влечения
- в) у женщин - снижение полового влечения, аноргазмия, дискомфорт оргазма и вагинизм
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

5. К расстройствам сна неорганической природы относятся:

- а) бессоница
- б) гиперсомния
- в) ужасы во время сна
- г) снохождение
- д) все перечисленное

6. Постоянная склонность к неожиданной демонстрации половых органов незнакомым людям называется:

- а) фетишизмом
- б) эксгибиционизмом
- в) вуайеризмом
- г) садомазохизмом
- д) педофилией

7. Сексуальное предпочтение детей называется:

- а) фетишизмом
- б) эксгибиционизмом
- в) вуайеризмом
- г) садомазохизмом
- д) педофилией

8. Предпочтение сексуальной активности с причинением боли себе и партнеру называется:

- а) фетишизмом
- б) эксгибиционизмом
- в) вуайеризмом
- г) садомазохизмом
- д) педофилией

9. Использование в качестве стимула для сексуального удовлетворения неодушевленных предметов называется:

- а) фетишизмом
- б) эксгибиционизмом

- в) вуайеризмом
- г) садомазохизмом
- д) педофилией

10. Оргазмолепсия – это:

- а) эпилептические припадки в момент коитального оргазма
- б) невозможность получения сексального удовлетворения
- в) нарушение эмпатических способностей
- г) сексуальные действия с животными
- д) использование удушья для усиления оргазма

Литература

основная:

- 1.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. –532с.
- 2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
- 3.Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
- 4.Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

25. Материалы лекции.
26. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы, 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
- 5.Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
- 6.Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.Медицина, 1984
- 8.Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М.Медицина, 1984
- 9.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
- 10.Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
- 11.Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.:ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997
- 12.Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
- 13.Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
- 14.Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.:Ника-Центр, 1999
- 16.Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.:Медицина 1982

17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»-Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. Тема №14: Расстройства личности и поведения.

2. Цель занятия:

- основные современные методы исследования, применяемые в психиатрии;
- расстройства личности и поведения;
- основные принципы лечения и профилактики в психиатрии.
- собрать анамнез больного;
- выявлять симптомы психических расстройств;
- оценить неврологический, психический статус;
- выбрать основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного.

3. Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность: С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Акцентуированные личности.
2. Патологическое развитие личности.
3. Изменение личности.
4. Психопатии, клинические типы.
5. Этиопатогенез, диагностика психопатий.
6. Лечение и профилактика психопатий.
7. Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга.
8. Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.
9. Хроническое изменение личности после психической болезни.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, обучение, основанное на задачах, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

Систематика клинических вариантов психопатий

- 1 Астеническая
- 2 Психопатия тревожно-мнительного типа
- 3 Психастеническая
- 4 Шизоидная
- 5 Неустойчивая
- 6 Истерическая
7. Эксплозивная
8. Эпилептоидная
9. Паранойяльная
10. Мозаичные (недифференцированные) психопатии

Иногда различают психопатии по степени выраженности патохарактерологических свойств: глубокие и относительно неглубокие психопатии.

Астеническая психопатия

Характерна склонность перекладывать ответственность за себя на других и целиком подчиняться интересам того, от кого зависят, пренебрегая собственными желаниями. Себя оценивают как беспомощных, некомпетентных и невыносимых. Им присущ страх быть покинутыми и постоянная потребность в успокоении в этом отношении. Они не переносят одиночества, чувствуют себя опустошенными и беззащитными, когда обрываются связи с тем, от кого зависели. Ответственность за несчастья переносят на других.

Настроение неустойчивое, с преобладанием пессимистических реакций, слезливости. Плохо переносят умственное и физическое напряжение, яркий свет, шум, другие раздражители. Боятся и избегают дополнительных нагрузок. Часто без достаточных оснований чувствуют себя усталыми, бессильными. Легко ранимы, повышено чувствительны к обидам. В сложных ситуациях занимают пассивно-оборонительное положение. По малозначительным поводам ситуационного и биологического характера легко возникают клинически оформленный астенический, астено-депрессивный симптомокомплекс, ипохондрические нарушения. Астенические свойства личности часто сочетаются с астеническим типом телесной конституции, вегетативной лабильностью. Поэтому астенические психопаты склонны к артериальной гипотонии, вегетативным дисфункциям, респираторным инфекциям.

Психопатия тревожно-мнительного типа (сенситивная)

Распознается по постоянному чувству внутреннего напряжения и тревоги; застенчивости и чувству собственной неполноценности, неуверенности в себе, постоянным попыткам понравиться и быть принятым другими; повышенной чувствительности к критике со стороны; по склонности отказываться вступать во взаимоотношения с окружающими, пока не появится уверенность, что не будут подвергнуты критике; по весьма ограниченному кругу личных привязанностей; тенденции преувеличивать потенциальную опасность и риск каждодневных ситуаций, избегая некоторые из них, что, однако, не достигает устойчивых фобий (навязчивых опасений); по ограниченному образу жизни, позволяющему чувствовать себя в безопасности. Большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности составляют две главные черты. В себе видят множество недостатков и страшатся быть осмеянными и подвергнутыми осуждению. Замкнутость у них чисто внешняя — следствие отгороженности от чужих людей и незнакомых ситуаций. С теми, к кому привыкли и кому доверяют, достаточно общительны. Невыносимой оказывается обстановка, в которой они становятся предметом недоброжелательного внимания окружающих, когда на их репутацию падает тень или они подвергаются несправедливым обвинениям. Склонны к депрессивным реакциям, во время которых могут исподволь и тайком

подготавливать самоубийство или оказываются способными на неожиданные отчаянные поступки, ведущие к тяжким последствиям (вплоть до нанесения увечий или убийств обидчиков).

Психастеническая (анапастическая) психопатия

Характеризуется нерешительностью, постоянными сомнениями; чрезмерной предусмотрительностью в отношении возможно опасного или неприятного для себя хода событий; перфекционизмом (т.е. стремлением всегда достигать наивысших результатов, все сделать лучшим образом независимо от маловажности дела); потребностью повторно перепроверять сделанное; крайней озабоченностью в отношении деталей в пустяковых вещах и утратой широкой перспективы; чрезвычайной совестливостью, скрупулезностью, озабоченностью, мешающими испытывать удовольствие; педантизмом и соблюдением условностей с ограниченной способностью выразить теплые чувства, ригидностью и упрямством, настаиванием, чтобы другие подчинялись установленному ими порядку; появлением нежелательных мыслей и побуждений, которые, однако, не достигают степени тяжелой навязчивости; потребностью планировать всякую деятельность наперед в самых незначительных деталях.

Навязчивые мысли, движения, ритуалы, опасения, самими придуманные «приметы» и «запреты» появляются почти постоянно, то усиливаясь, то ослабевая (например, для ответственных случаев всегда надевать одну и ту же одежду, ходить только по одному маршруту, не прикасаться ни к чему черному и т.п.). Педантизм, желание все заранее предусмотреть и запланировать в малейших деталях, мелочное соблюдение правил служат гиперкомпенсацией при постоянном опасении за будущее — свое и своих близких. Утрированными могут оказаться и другие компенсаторные механизмы: нерешительность при уже принятом решении оборачивается нетерпеливостью, застенчивость — неожиданной и ненужной безапелляционностью. Данный тип психопатии обычно проявляется со школьных лет, но усиливается, когда начинают жить самостоятельно и надо отвечать и за себя, и за других.

Шизоидная психопатия

Характеризуется следующими чертами личности: неспособностью переживать наслаждение (ангедония); эмоциональной холодностью и неспособностью выразить теплые или неприязненные чувства к другим; слабой реакцией на похвалу и порицания; малым интересом к сексуальному общению с другими; склонностью к фантазированию про себя (аутистическое фантазирование) и к интроспекции (погружение во внутренний мир); недостатком тесных доверительных контактов с другими; затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется эксцентричными поступками. Наиболее яркой чертой характера служит замкнутость и необщительность (с детства предпочитали играть одни). Часто живут своими необычными интересами и увлечениями, в области которых могут достигать успехов (уникальные сведения в какой-либо узкой отрасли, глубокий интерес к философским и религиозным вопросам, необычные коллекции и др.).

Неустойчивая психопатия

Распознается по следующим признакам: пренебрежение чувствами других и недостаток эмпатии — способности проникновения в их переживания; безответственность и игнорирование социальных норм, правил и обязанностей; неспособность поддерживать устойчивые отношения с другими; низкая толерантность к фрустрации (невозможность получить желаемое); легкость агрессивных вспышек, включая жестокость, отсутствие чувства вины и неумение извлекать опыт из прошлого, в особенности из наказаний; склонность во всем обвинять других и жаловаться на неудачи, постоянная раздражительность.

Главной чертой является постоянная жажда легких развлечений и наслаждении, праздного образа жизни с уклонением ото всякого труда, учебы, выполнения любых обязанностей, как общественных, так и семейных. С подросткового возраста тянутся к асоциальным компаниям, алкоголю, наркотикам. Сексуальная жизнь служит лишь источником для наслаждений. Не способны ни влюбляться, ни привязываться к близким и друзьям. К своему будущему равнодушны — живут настоящим. Слабовольны и трусливы — от любых трудностей и неприятностей стараются убежать. Одиночество переносят плохо — неспособны сами чем-нибудь занять себя. Пагубной оказывается ситуация безнадзорности, отсутствия опеки и строгого контроля.

Истерическая психопатия

Может быть диагностирована при наличии склонности к самодраматизации, театральности поведения, преувеличенном выражении эмоций, внушаемости и самовнушаемости, легкой податливости влиянию других; поверхностной и лабильной эффективности; эгоцентричности со стремлением себе все прощать и не считаться с интересами других; постоянном желании быть оцененным и легкой уязвимости; жажде ситуаций, где можно быть в центре внимания окружения; манипулятивном поведении (любые подтасовки), чтобы добиться своих целей.

Среди перечисленных черт характера наиболее яркой является постоянное желание быть в центре внимания окружения, демонстративность, претенциозность. С этой целью даже прибегают к спектаклям, изображающим суицидальные попытки. Внушаемость, нередко весьма подчеркиваемая, на самом деле весьма избирательна: внушить можно лишь то, что не противоречит эгоцентрическим устремлениям. Зато высок уровень притязаний: претендуют на гораздо большее, чем позволяют способности и возможности.

Истерические психопаты особенно чувствительны к ситуациям, представляющим их в невыгодном свете, ущемляющим честь и достоинство, к сексуальным коллизиям. У этих личностей легко возникают истероневротические нарушения: ощущения кома в горле, внутреннего дрожания, «ватности» в ногах, явления афонии. Реже бывают более грубые истерические стигмы, вплоть до парезов, параличей, блефароспазма.

Эксплозивная (возбудимая) психопатия

Главные проявления — чрезмерная возбудимость, импульсивность, взрывчатость, конфликтность, вплоть до злобности и агрессивности.

Эксплозивные психопаты вступают в конфликты с окружающими по самым незначительным поводам, не считаясь с ситуацией, часто во вред себе. Плохо контролируют поведение. В ссорах быстро переходят на крик, брань, могут устроить драку, не соразмеряя собственные силы и физические возможности соперника. На работе вступают в открытые конфликты и не только с подчиненными, но и с начальством, из-за чего медленно продвигаются или не продвигаются по службе. Наживают себе множество врагов. Членов семьи часто держат в страхе. С домашними прибегают к рукоприкладству, подвергают телесным наказаниям детей. Настроение изменчивое. Без видимой причины оно временами приобретает дисфорическую окраску, в связи с чем изыскивается любой повод для ссоры.

Эксплозивные реакции интенсивные, но обычно короткие. После очередного конфликта наступает временная эмоциональная разрядка. Устойчивые дружеские связи устанавливаются с трудом. Окружающие сторонятся их, опасаясь ссор и оскорблений. Психопаты этого типа крайне болезненно переносят эмоциональное отвержение и любые стрессы. Бывают склонны к импульсивным самоповреждениям и суицидам.

Речь и движения обычно быстрые. Легко выполняют работы, не требующие больших временных затрат, но труд, требующий длительной концентрации внимания, усидчивости, переносят плохо.

Эпилептоидная психопатия

Отличается тем, что, кроме эксплозивности (склонности к безудержным аффективным реакциям с агрессией и аутоагрессией), периодически возникают состояния дисфории — мрачно-злобного настроения, во время которого больные ищут, на чем бы сорвать накопившееся зло. Дисфории длятся от нескольких часов до нескольких дней. Бурным аффективным реакциям обычно предшествует постепенное закипание сперва подавляемого раздражения. В аффекте, во время драк звереют — способны наносить тяжкие повреждения.

Иногда выявляются нарушения влечений, чаще всего садистско-мазохистские склонности. Получают удовольствие, мучая, изощренно издеваясь или жестоко избивая слабых, незащищенных, зависимых от них, неспособных дать отпор. Нередко еще с детства любят истязать и убивать животных. Но могут получать чувственное наслаждение, причиняя боль себе порезами, ожогами от горящих сигарет. Алкогольные опьянения чаще бывают по дисфорическому типу. Напиваться любят до бесчувствия. Суицидальные попытки могут быть как демонстративными с целью кого-то шантажировать ими, так и во время дисфории с действительным намерением покончить с собой. Склонность к эксплозивным реакциям и дисфориям у эпилептоидных психопатов часто сочетается с общей психической ригидностью, конкретными проявлениями которой являются обстоятельность мышления, утрированный педантизм и аккуратность, гипертрофированная обязательность и исполнительность, мелочность, придирчивость, а также злопамятность.

С подчиненными и домашними бывают жестокими тиранами. С начальством нередко льстивы и угодливы, умеют заставлять подчиненных выполнять

распоряжения руководства любой ценой, все дела содержат в идеальном порядке. Поэтому порой успешно продвигаются по служебной лестнице.

Паранойальная психопатия

Ее признаками считаются чрезмерная чувствительность больных к неудовлетворению своих притязаний; злопамятность, не позволяющая прощать оскорбления, обиды и нанесение ущерба; подозрительность и стремление исказить нейтральные или дружеские действия других, представляя их как зловерные и проявления пренебрежения; воинственное, сопровождающееся угрозами отстаивание своих прав в каждой ситуации; склошность к патологической ревности; чрезмерная самоуверенность, ощущение собственной важности; поглощенность мыслями, что все находятся в заговоре против них. Важнейшей чертой этого типа является убежденность в своем превосходстве над окружающими, уверенность в первостепенной важности того, чем они заняты, и того, что они сделали. Поэтому малейшее усовершенствование, сделанное ими, представляется выдающимся изобретением, а выявление распространенных нарушений и даже недочетов — потрясающими разоблачениями, их формальные требования — высокопринципиальными. Они всегда претендуют на исключительное положение, на то, чтобы все делалось так, как они считают нужным. Претендуя на лидерство, обычно сплачивают вокруг себя людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих «выдающихся» качеств и деяний, удовлетворения своих притязаний и требований, озлобляются, всюду видят врагов и завистников, злонамеренные козни против них.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Акцентуированные личности:

- Демонстративные личности;
- Педантичные личности;
- Застревающие личности;
- Возбудимые (эксплозивные) личности;
- Интровертированные личности;
- Гипертимические личности;
- Гипотимные личности.

2. Патологическое развитие личности.

3. Психопатии, клинические типы:

- Паранойальная психопатия;
- Шизоидная психопатия;
- Неустойчивая психопатия;
- Возбудимая психопатия;
- Истерическая психопатия;
- Психоастеническая психопатия;
- Астеническая психопатия;
- Аффективные типы психопатий;
- Эмоционально тупые личности;

- Ананкастное расстройство личности;
- Зависимое расстройство личности.

4. Этиопатогенез, диагностика, лечение и профилактика психопатий.

Тесты для самоконтроля

1. В понятии об акцентуированных личностях верно все перечисленное, кроме:

- а) утрирования определенных черт характера, не доходящих до степени уродства, как при психопатии
- б) выраженности до степени, нарушающей социальную адаптацию
- в) черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях
- г) подразделения на явную и скрытую степень акцентуации
- д) парциальности, а не тотальности охваченности личности

2. Гипертимные акцентуированные личности характеризуются всем перечисленным, исключая:

- а) хорошее настроение, оптимизм, веру в свои силы и в окружающих
- б) хорошее самочувствие, чувство внутреннего комфорта
- в) энергичность, активность, преодоление препятствий, быстроту, подвижность мышления, находчивость
- г) легкомыслие, гедонизм, отсутствие глубины понимания серьезных сторон жизни
- д) раздражительность, дисфоричность

3. Дистимические акцентуированные личности характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) серьезной настроенности и этической позиции, постоянного самоконтроля
- б) легкости смены настроения
- в) отзывчивости, доброты, сочувствия
- г) безрадостности, фиксированности на мрачном пессимизме
- д) замедленности ассоциаций, нередко пассивной подчиняемости внешним обстоятельствам

4. Эмотивные (мягкосердечные) акцентуаты характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) чувствительности, глубоких реакций в области тонких эмоций
- б) гуманности, отзывчивости, мягкосердечности, жалостливости, задушевности, выраженного чувства сострадания
- в) трудности "отключения" от сострадания другим
- г) изменения фона настроения без внешних причин
- д) душевных переживаний, оказывающих болезненно глубокое воздействие и вызывающих реактивную депрессию

- 5. Тревожно-мнительные акцентуаты характеризуются всем перечисленным, кроме:**
- а) отличаются большой впечатлительностью, огорчаются из-за любого пустяка
 - б) бесконечного ощущения опасности за свое здоровье и здоровье близких
 - в) повышенной способности к вытеснению и лживости
 - г) склонности к пониженной самооценке, преувеличению собственных недостатков, неуверенности в своих силах
 - д) чрезмерной опеки и ограждения своих детей и близких
- 6. Акцентуат типа педанта характеризуется всем перечисленным, кроме:**
- а) чрезмерной добросовестности, педантизма, сверхаккуратности, альтруизма моральных побуждений
 - б) легкого возникновения сверхценных образований
 - в) отсутствия механизма вытеснения, все требует тщательного и длительного обдумывания
 - г) невозможности вытеснения решений, нерешительности при ответственных решениях
 - д) свойственности проверок и перепроверок себя
- 7. К особенностям демонстративных акцентуатов относятся все перечисленные, кроме:**
- а) повышенной способности к вытеснению, веры в свою ложь, потребности в признании
 - б) им чуждо смущение, они принимают с величайшим удовольствием повышенный интерес со стороны окружающих
 - в) склонности к самоанализу
 - г) они умеют проникнуть в психологию других, приспособиться к другим
 - д) они способны играть ту роль, которая нужна для данной ситуации, обладают пластичностью
- 8. К застревающим акцентуатам относятся те, у кого отмечается:**
- а) гипертрофированное упорство, патологическая стойкость аффекта
 - б) преобладание эгоистических аффектов, повышенное честолюбие, злопамятство, мстительность, стремление к карьеризму
 - в) честолюбие может стать реальной движущей силой к успехам в работе
 - г) склонность к самовосхвалению, своеобразной сверхчувствительности собственного Я
 - д) все перечисленное
- 9. У экстравертированных акцентуатов наблюдается:**
- а) обращенность в сторону восприятия, а не представлений
 - б) явная обращенность к тому, что происходит извне при непосредственной

- реакции на внешние раздражители
- в) они легко поддаются влиянию окружающих, становятся рупором своего окружения
- г) конформность, предпочтение общества людей одиночеству
- д) все перечисленное

10. Критериями диагноза психопатического развития являются:

- а) относительная тотальность и относительная стабильность
- б) склонность к дезадаптации
- в) достаточное по продолжительности пагубное влияние среды и соответствующая акцентуация
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Литература

основная:

- 1.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.
- 2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
- 3.Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
- 4.Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

27. Материалы лекции.
28. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
- 5.Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
- 6.Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.Медицина, 1984
- 8.Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М.Медицина, 1984
- 9.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
- 10.Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
- 11.Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.:ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997
- 12.Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
- 13.Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
- 14.Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968

15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.:Ника-Центр, 1999
- 16.Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.:Медицина 1982
- 17.Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»- Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
- 2.Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
- 7.http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

1. Тема №15: Ургентные состояния в психиатрии.

2. Цель занятия:

- Ургентные состояния в психиатрии.
- диагностировать ургентные состояния в психиатрии;
- оказывать неотложную помощь при этих состояниях.

3.Цели обучения:

Б 1.1 ТУЧЕНЫЙ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ (1)-ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет общие знания пререквизитов, а также знания, полученные при усвоении этих дисциплин.

Навыки (психомоторный) домена:

Точность:С точностью выполняет методы исследования, применяемые в неврологии, психиатрии и наркологии;

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: на практике использует знания научных достижений и правильно их организует.

Б 2.2 ВРАЧ-КЛИНИЦИСТ (1)-ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Знания (когнитивный) домен:

Запоминание: запоминает методы обследования неврологических, психических больных (сбор жалоб, анамнеза, обследование неврологического и психического статусов).

Понимание: понимает основные симптомы и синдромы при патологиях систем.

Применение: применяет основные современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования больного; доверительные отношения с пациентом, его родственниками, коллегами и другими медицинскими работниками .

Навыки (психомоторный) домен:

Точность: с точностью выполняет навыки по оказанию неотложной помощи при неврологических, психических, и наркологических расстройствах.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует, распределяя ценности своей деятельности.

Б.2.5. ВРАЧ -КЛИНИЦИСТ (1) ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Знания (когнитивный) домен:

Применение: применяет методы профилактики неврологических заболеваний, психогигиену и психопрофилактику психических расстройств и болезней зависимости.

Отношения/поведение (аффективный) домен:

Наделение ценностью: правильно организует мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни населения.

4. По теме настоящего занятия:

1. Психоморное возбуждение и агрессивное поведение, неотложная помощь.
2. Суицидальное поведение.
3. Отказ от еды.
4. Тяжело протекающий делирий.
5. Эпилептический статус.
6. Фебрильная пизофрения.
7. Злокачественный нейролептический синдром.
8. Отравления психотропными средствами.

5. Методы обучения и преподавания

Форма проведения: участие в обходах, разбор тематических больных, работа в малых группах, курация больных, ролевые игры, дискуссии, обратная связь.

6. Информационно-дидактический блок

Ургентные состояния в психиатрии

Неотложные состояния в психиатрии встречаются чрезвычайно часто. По сути дела любое расстройство психической деятельности, достигающее уровня психоза, сопровождается нарушениями поведения, нередко представляющими опасность, как для себя, так и для окружающих, - и требует неотложных лечебных мероприятий. Получается, что проводимая терапия психозов является неотложной, обеспечивая, с одной стороны, собственно лечение, с другой – профилактику общественно-опасных действий.

Неотложная терапия начинается со своевременного распознавания заболевания, т.е. с вопросов ранней диагностики. В психиатрической практике имеются специфические особенности раннего распознавания заболевания. Дело в том, что острые состояния в психиатрии в большинстве своем протекают с грубой дезорганизацией поведения, что нередко достигает психомоторного возбуждения. Сам синдром психомоторного возбуждения является

неспецифическим, в его возникновении и развитии могут играть роль не только эндогенные факторы (при шизофрении, МДП, сумеречных состояниях сознания), но и экзогенные вредности (интоксикации, инфекции, ЧМТ), а также психотравмирующие факторы (при реактивных психозах).

Фебрильная шизофрения

Из эндогенных психозов наибольшую опасность, как в диагностике, так и в организации терапевтических мероприятий представляют кататоно-онейроидные расстройства, которые преимущественно относятся к рекуррентной шизофрении. Наиболее тяжелым вариантом этих расстройств является злокачественная кататония с выраженной гиперэргической реакцией, что позволило выделить его в отдельную форму шизофрении – фебрильную (гипертоксическую).

Эта форма шизофрении была выделена из недифференцированного, преимущественно экзогенно-обусловленного острого бреда (*delirium acutum*) и длительное время обозначалась как «смертельная» шизофрения. Диагностика фебрильной шизофрении правомерна лишь в тех случаях, когда повышающаяся температура и лихорадочный облик больных, страдающих шизофренией, не связаны с той или иной соматической патологией, которая могла бы объяснить возникновение лихорадки. Фебрильные состояния при онейроидной кататонии всегда развиваются не только с картиной возбуждения или ступора, но и с состояниями, напоминающими аменцию или картину органических гиперкинезов. Для правильной диагностики фебрильной шизофрении важны не только типичная психопатологическая структура приступа, но и определенная последовательность их возникновения, а также четкая корреляция между выраженностью онейроидно-кататонических расстройств, температуры и соматических нарушений.

Наиболее частыми являются приступы, протекающие с типичным кататоническим возбуждением, которое начинается с растерянности, а в последующем проявляется импульсивным, гебефреническим и, наконец, так называемым немым возбуждением. Одновременно у больных развивается помрачение сознания онейроидного характера, формируются в сознании больных фантастические переживания, а восприятие окружающего мира постепенно полностью исключается. Больные нередко перевоплощаются в образы других лиц, «летают» на космических кораблях, «принимают участие» в атомной войне и т.д. Тесно связана с фабулой бреда и окраска аффекта, при этом онейроид может иметь экспансивный или депрессивный характер. С первых дней развития приступа онейроидной фебрильной кататонии у больных повышается температура. Температурная кривая в целом носит неправильный характер, в ней трудно уловить какие-либо закономерности. Общий вид у больных достаточно характерен: гиперемия кожных покровов, лихорадочный блеск глаз, запекшиеся губы, темно-коричневый налет на языке, отдельные кровоподтеки, особенно в местах инъекций и ушибов. Однако, несмотря на достаточно тяжелое состояние, признаки астении отсутствуют. Подобные приступы обычно продолжаются от 2-х недель до 1,5 месяцев и

расцениваются как фебрильное кататонно-онейроидное состояние в рамках рекуррентной шизофрении.

Другой разновидностью фебрильной шизофрении является приступы, протекающие с картиной субступора. В их клинической картине имеется много сходного с приступами онейроидной кататонии. Больные целые дни неподвижно лежат в постели, иногда принимая эмбриональную позу, стоят не двигаясь, застывают в нелепых позах. Мышечный тонус резко повышен в проксимальных отделах, (особенно в мышцах шеи и верхних конечностей), и снижен в дистальных; периодически наблюдаются явления восковой гибкости с последующим развитием негативистического ступора. Выражение лица обычно встревоженное или растерянное, с тревогой, что подтверждает наличие болезненных фантастических переживаний. Нередко субступор или ступор прерывается кратковременными эпизодами кататонического возбуждения: больные в страхе бегают по отделению, бросаются к окнам, обнаруживают импульсивность, пытаются совершить суицидальные попытки, кричат, плачут, стонут. Повышение температуры обычно совпадает с моментом развития субступора или ступора. Температура может достигать 39

Выделяют также приступы, протекающие с аментивноподобным возбуждением. В этих случаях психотическая структура приступа характеризуется хаотическим и нецеленаправленным возбуждением, напоминающим аментивное, развивающееся при экзогенных психозах. Следует отметить, что аментивноподобному возбуждению без исключения всегда предшествует, хотя и короткий, но этап типичного кататонического возбуждения.

Аментивноподобное возбуждение ограничивается пределами постели и больные находятся в непрерывном движении, сгибают и разгибают ноги, хватают проходящих за одежду, крутят головой, гримасничают. Речь бессвязна, больные произносят отдельные слова, слоги, обрывки фраз. Особенностью возбуждения является обязательное присутствие кататонических расстройств: ступорозных эпизодов, изменчивости мышечного тонуса, негативизма, импульсивности. Появляются симптомы обирания или карфологии, когда больные теребят простыню, одеяло. Хотя это возбуждение и напоминает возбуждение экзогенное при аменции, но в отличие от нее здесь отсутствует крайняя изменчивость аффекта от экстаза до депрессии, а также проскальзывают в продукции больных высказывания фантастического содержания. Аментивноподобное возбуждение может продолжаться до 2,5 недель, а приступ в целом - до 3 месяцев. Температура в этих случаях резко повышается до 40 градусов и выше. Температурная кривая также носит неправильный характер с перепадами максимальной температуры то в утренние, то в вечерние часы. Значительно резче выражены признаки лихорадки: желтушно-зеленый цвет кожных покровов, обильные кровоподтеки, трофические нарушения. Характерным является резкая истощаемость больных, что в совокупности с трофическими нарушениями, следует расценивать как весьма неблагоприятный прогностический признак.

В клинической картине фебрильной шизофрении следует также выделить приступы, протекающие с гиперкинетическим синдромом. Общим для этих случаев является наличие в клинике гиперкинезов, которые появляются вслед за выраженным аментивноподобным возбуждением. Развившиеся гиперкинезы отличаются аритмичностью, беспорядочностью, они носят экстрапирамидный характер и относятся к категории хореоформных. Гиперкинезы проявляется разнообразными быстрыми сокращениями различных групп мышц, и обычно наблюдаются в дистальных отделах конечностей. Гиперкинезы отличаются крайней непостоянностью: то возникают, то исчезают. При наличии гиперкинезов картина состояния определяется как аментивноподобное возбуждение. В целом, говоря о течении шизофрении следует подчеркнуть, что повторные приступы заболевания, если они сопровождаются субфебрилитетом, оказываются менее тяжелыми, чем предыдущие. Понятно, что наиболее тяжелые приступы - это состояние с гиперкинетическим возбуждением. При всех выделенных вариантах фебрильной шизофрении необходимо отметить неспецифичность реакции крови: лейкоцитоз, сдвиг влево, токсическая зернистость лейкоцитов, увеличение СОЭ. Степень их выраженности находится в прямой зависимости от тяжести и нарастает от случаев онейроидной кататонии к варианту с гиперкинетическим возбуждением.

Дифференциальная диагностика фебрильной шизофрении

Вопросы дифференциальной диагностики представляются достаточно сложными, особенно при исследовании больного в острый период, т.к. и психопатологические проявления и соматические нарушения позволяют предполагать экзогенный характер заболевания. Об этом приходится думать и потому, что фебрильная шизофрения нередко провоцируется той или иной экзогенной.

Основные сложности возникают при нозологической дифференциации аментивноподобных состояний. Однако и здесь можно вычлениить их дифференциально-диагностические особенности аментивноподобных приступов. В рамках шизофрении в первую очередь, кататонические расстройства почти полностью фигурируют в начале аментивноподобного состояния, а не на его высоте, что уже более свойственно истинной аменции. Кроме того, речь больных с истинной аменцией изобилует конкретными существительными и глаголами, а высказывания при шизофрении отражают фантастическую фабулу их переживаний. В светлые промежутки при истинной аменции у больных отмечаются выраженные астенические расстройства, а при шизофрении эти интервалы характеризуются малой доступностью больных, и рудиментарными кататоническими расстройствами. Важными диагностическими критериями является и то, что при истинной экзогенной аменции речь идет об инкогеренции (бессвязности ассоциаций), являющейся сутью и сущностью этого состояния, а в начале же аментивноподобного состояния при шизофрении наблюдаются эпизоды онейроидных расстройств. Обратное развитие психоза при шизофрении сопровождается не астенией, что

свойственно аменции, а психопатологическими расстройствами бредового регистра.

Не меньшие трудности возникают при дифференциальной диагностике гиперкинетического возбуждения при фебрильной шизофрении и органических заболеваниях головного мозга. Гиперкинезы органического происхождения, в том числе и при малой хорее, возникают как расстройство, практически исчерпывающее картину состояния наряду с выраженными явлениями органического психосиндрома. При шизофрении гиперкинетическое возбуждение сочетается с аментивноподобными расстройствами и кататонической симптоматикой с онейроидным помрачением сознания. Для органических заболеваний, протекающих с гиперкинезами, не типичны, как правило, столь тяжелый соматический облик и своеобразие лихорадки. Но самым существенным дифференциально-диагностическим критерием является картина приступа в целом. Патогномоничная для фебрильной шизофрении динамика развития приступа от состояния кататонического возбуждения к аментивноподобным расстройствам и гиперкинезам не характерна для экзогенных типов реакций и органических заболеваний головного мозга, при которых кататоническая симптоматика возникает лишь на отдалённых этапах развития этих заболеваний, а не в начале. Понятно, что мощным подспорьем в диагностике является исключение соматического или инфекционного заболевания в случаях фебрильной шизофрении.

Анализ летальных случаев при фебрильной шизофрении показывает высокую частоту расхождения клинического и патологического диагнозов, до 45-48%. Причиной же смерти при фебрильной шизофрении является сердечно-сосудистые нарушения, гемодинамические сдвиги, а также отек и набухание мозга.

Лечение

Лечение фебрильной шизофрении до настоящего времени является одной из сложнейших проблем в психиатрии. Из основных принципов лечения больных с фебрильными приступами шизофрении следует считать своевременность и адекватность. Из нейролептиков необходимо использовать только аминазин и терален, которые обладают не только антипиритической активностью, но и мощным антистрессовым действием. Особенно противопоказаны трифтазин, стелазин, галоперидол, тизерцин, которые способствуют росту температуры. Нельзя также назначать инсулин, который вызывает и усиливает эндотоксикоз в организме у этих больных. Во всех случаях надо придерживаться правила быстрого увеличения дозы аминазина до 400-500 мг в сутки внутривенно. Перерыв в лечении аминазином и переход к другим методам терапии вызывают новый подъем температуры и ухудшение состояния. Большая доза аминазина в сжатые сроки устраняет лихорадку, замедляет истощение. По мнению большинства авторов, аминазин обладает свойством патогенетического воздействия на фебрильные приступы шизофрении.

Аминазинотерапию рекомендуется сочетать с в/в введением седуксена до 30 мг в сутки. Для устранения её побочных эффектов применяют

глюкокортикоиды, которые в данном случае не только стабилизируют сосудистую стенку, но и меняют реактивность организма. Преднизолон назначают в/в до 120-150 мг на 5% растворе глюкозы. Одним из лучших методов лечения фебрильной шизофрении является своевременное проведение электросудорожной терапии (ЭСТ). Если ЭСТ применяется в первые дни заболевания, то достаточно 2-3 сеансов электрошока для купирования ургентного состояния, общее же число сеансов может быть 10-12. ЭСТ можно комбинировать с аминазином, но дозы аминазина в этих случаях не должны превышать 200 мг в сутки.

С целью устранения или уменьшения гипертермии, наряду с указанной патогенетической терапией, рекомендуется назначение средств, направленных на устранение других вегетативных нарушений. Проводится регионарная гипотермия крупных сосудов: мешки со льдом на область сонных артерий, подмышечные и паховые области. Параллельно должна проводиться борьба с отеком мозга, который имеет место в тяжелых случаях. Назначается в/в эуфиллин 2,4% - 10,0, лазикс, антигистаминные препараты, а также большие дозы аскорбиновой кислоты. Вводятся так называемые литические смеси, содержащие хлорид натрия 500,0, новокаин 0, 5% - 50,0, 1% раствор димедрола 2,0, аскорбиновую кислоту 5% раствор 10,0. В последние годы появились сообщения, указывающие на высокую эффективность при фебрильной шизофрении метода экстракорпоральной гемосорбции. Кроме того, для борьбы с гипоксией головного мозга у больных с фебрильной шизофренией широко и эффективно используют гипербарическую оксигенацию (ГБО), которая оказывает стабилизирующее действие на АД и систему показателей свертывания крови. Большое место в лечении больных фебрильной шизофренией должны занимать мероприятия по профилактике и лечению пролежней.

Алкогольный делирий

Другая группа психотических расстройств, которые требуют неотложных мер - это синдромы помрачения сознания и, в частности, делириозный синдром. Пожалуй, это самый частый синдром, с которым сталкиваются не только врачи-психиатры, но и врачи других специальностей. Делириозные состояния возникают при инфекционных заболеваниях, интоксикациях, травматических поражениях мозга, сосудистых заболеваниях. Другими словами, делириозный синдром является в целом неспецифической реакцией мозга на какую-нибудь экзогенную вредность. Своеобразие делириозного расстройства заключается в том, что сохраняется ориентировка в собственной личности и изменяется ориентировка в месте и времени. На этом фоне возникают разнообразные яркие сценородные зрительные иллюзии или галлюцинации и больной становится активным участником происходящего: то нападает, то обороняется, то спасается от своих преследователей. При отдельных заболеваниях клиническая картина делирия имеет свои особенности. Знания их необходимы практическому врачу для своевременного распознавания делирия и принятия соответствующих организационных мер. Важно знать и то, что возникновение делириозных состояний в острой инфекционной или ургентной хирургической

ситуации часто делает невозможным транспортировку больного в специализированное психиатрическое учреждение. Тактика терапии должна определяться на месте и немедленно.

Самой частой формой делириозного синдрома в клинической психиатрии и наркологии является алкогольный делирий. Последние годы не только отмечается существенный рост этих больных, но и значительно претерпела изменения клиническая картина, имея в виду утяжеление течения. Алкогольный делирий – металкогольный психоз, который возникает в случаях хронического алкоголизма в период синдрома «отмены» на фоне нарастающих явлений абстиненции и является по сути дела новым качеством синдрома «отмены». Очень нередко сам абстинентный синдром маскируется под вид соматического неблагополучия – гипертонического криза, холецистопанкреатита, отравления, сердечно-сосудистой недостаточности и т.д. Алкогольный делирий сопровождается не только многообразием психотических расстройств, но и выраженными соматовегетативными, неврологическими и обменными нарушениями.

В зависимости от структуры психопатологической картины, глубины помрачения сознания, выраженности вегетативных, неврологических и обменных расстройств, выделяют различные виды делирия. На сегодняшний день нет общепризнанной классификации делириев. Мы считаем, что для адекватной оценки тяжести состояния и организации лечебных мероприятий, т.е. для практических целей, наиболее правильно легкой, средней и выделять 3 основных варианта алкогольного делирия: abortивный, типичный и тяжело протекающий. Выделенные варианты делирия будут соответствовать тяжелой степени тяжести.

В клиническом течении алкогольного делирия можно выделить ряд последовательных стадий:

- абстиненция
- предделирий
- собственно делирий с полной делириозной спутанностью
- стадия отека головного мозга и адренергического истощения
- гипертермическая или акинетическая кома

Именно на последних двух стадиях и наступает летальный исход. Более подробно следует остановиться на особенностях клиники и вопросах дифференциальной диагностики тяжело протекающего делирия. Именно этот вариант белой горячки достаточно часто заканчивается гибелью больного. Это обстоятельство послужило поводом для выделения некоторыми авторами среди тяжело протекающих делириев «смертельного» варианта; другие авторы выделяют гиперкинетический делирий, делирий с аментивноподобными расстройствами и злокачественный делирий.

Тяжело протекающий делирий. Именно в этот период у больных может развиваться летальный исход. Смерть больных в случаях тяжело протекающего делирия преимущественно наступает от отека мозга с развитием вклинивания продолговатого мозга в большое затылочное отверстие со сдавливанием жизненно важных центров. Другая частая причина смерти – это алкогольная

миокардиодистрофия с развитием острой левожелудочковой недостаточности и отека легких. Смертность больных в стационаре колеблется от 2% до 5%.^о может развиваться как один из этапов типичного делирия, а также может с первых дней принимать злокачественное течение. Нередко утяжелению клинической картины способствуют эпилептиформные припадки, когда на смену делириозному расстройству сознания приходит оглушение.

Двигательные движения больных обычно ограничиваются пределами постели и приобретают более хаотический характер, исчезают слуховые галлюцинации, а преобладают ротоглоточные, тактильные и зрительные. Исчезает аффект страха, появляются симптомы «профессиональной занятости». Больные обращают на себя внимание заострившимися чертами лица, бледностью и сухостью кожных покровов, взгляд становится неосмысленным, речь бормочущей, невнятной, смазанной, выражены симптомы «обирания». У больных тяжёлым делирием значительно усложняется неврологическая симптоматика: отмечается миоз, отсутствует конвергенция. Появляются положительные симптомы орального автоматизма (хоботковый, Маринеску-Родовича, хватательный), симптомы пирамидной недостаточности (Россолимо, Гордона, Оппенгейма). Появляются признаки псевдобульбарных расстройств, нарушается акт глотания, появляются миоклонии, гиперкинезы. Всегда отмечается значительное нарастание температуры тела до 41

Лечение

Все вышесказанное свидетельствует о том, что алкогольный делирий является одним из наиболее тяжелых острых психотических состояний, угрожающих жизни больного, и поэтому требующих неотложной терапии как соматического, так и психического состояния больного. При построении системы лечебных мероприятий, в случаях тяжело протекающего делирия, в первую очередь, необходим индивидуальный подход. Особенности данного конкретного случая, сопутствующие заболевания, стадия делирия, выраженность неврологической симптоматики – вот далеко неполный перечень сведений, которые должен иметь в виду врач.

Организация лечебных мероприятий при тяжело протекающем алкогольном делирии должна быть существенно изменена. Дезинтоксикационная терапия проводится мощными средствами, но объём вводимой жидкости должен быть ограничен. Наиболее эффективным в этих случаях является введение гемодеза до 800 мл в сутки, реополиглюкина 400-600 мл в сутки. Введение стандартного раствора должно быть ограничено до 1 литра в сутки. Значительно больший акцент следует делать на проведении дегидратационной терапии. Кроме сернокислой магнезии 25% 10 мл 2 раза в день в/м под контролем артериального давления, обязательно надо вводить маннитол 15% раствор – 400 мл, который способствует устранению набухания вещества головного мозга. Полезным в этих случаях является проведение спинномозговой пункции после осмотра глазного дна. Пункцию необходимо делать лёжа на боку и выводить ликвор осторожно через мандрен, т.к. ликворное давление всегда повышено. Нередко выделяемый ликвор бывает

ксантохромный, что объясняется нарушением проницаемости сосудистой стенки и диapedезом эритроцитов в цереброспинальную жидкость.

Существенное место в системе лечебных мероприятий должна занимать борьба с ацидозом и устранение гипоксии головного мозга. Бикарбонат натрия 4% необходимо вводить по 200-300 мл не менее 2-х раз в сутки, желательнее под контролем показателя кислотно-щелочного равновесия. Трисамин 3,66% раствор также назначается по 200-300 мл 2-3 раза в день. В случаях выраженного ацидоза эффективным средством является введение 0,1% раствора перманганата калия 20-30 мл в/в (препарат готовится в аптеке непосредственно перед введением). В борьбе с акинетической комой для устранения гипоксии вещества головного мозга препаратом выбора является ноотропил (пирацетам), который вводится по 20-30 мл 20% раствор в/в 2-3 раза в день. Ноотропил, вмешиваясь в энергетический обмен нейронов, устраняет гипоксию и в значительной степени способствует выведению больного из комы.

Большой удельный вес должна занимать витаминотерапия, особенно препаратами группы В. Витамин В₁ в этих случаях вводится по 5 мл 2-3 раза в день, введение больших доз этого витамина предотвращает демиелинизацию нервной ткани и развитие острой алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике.

Обязательным является введение и витаминов В₆, С, РР. Для борьбы с бессонницей наиболее эффективным средством является комбинация седуксена или реланиума по 2-4 мл в/в с оксибутиратом натрия, который вводится до 40 мл 20% раствора в/в капельно на 200 мл изотонического раствора. При использовании оксибутирата натрия надо быть осторожным, если имеется ещё сопутствующая пневмония, имея в виду возможность угнетения дыхания. Особое место при тяжело протекающем алкогольном делирии будет занимать симптоматическая терапия, направленная на нормализацию показателей деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания. Необходимо иметь в виду, что в большинстве своём развивающиеся нарушения в деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания носят центральный характер и объясняются отёком ствола мозга. Но в то же время нередко эти нарушения возникают без выраженных признаков отёка головного мозга.

Из сердечно-сосудистых средств наиболее показаны кордиамин, способный воздействовать и на дыхательный центр, и сосудистый тонус. При выраженной тахикардии (свыше 120 ударов в минуту) необходимо использовать сердечные гликозиды (строфантин, коргликон) – по 0,25-0,5 в/в на растворе 20 мл глюкозы. Противопоказанным является введение камфары, которая способна при алкогольном делирии вызвать судорожный припадок.

Хорошим эффектом в плане поддержания сосудистого тонуса и как противошоковое средство обладает преднизолон, который назначается от 30 до 90 мг в/в. Обязательным будет назначение антибиотиков с целью борьбы и профилактики застойной пневмонии, которая течет в этих случаях злокачественно и нередко является одной из причин летального исхода. Наиболее эффективными являются синтетические антибиотики пенициллинового ряда – ампициллин по 1,0 4 раза в сутки в/м.

Эпилептический статус

Среди неотложных состояний в клинической психиатрии нередко встречается судорожный синдром. Судорожный синдром, как правило, представляет очень большие затруднения для его нозологической диагностики и своевременной ургентной помощи. Этот синдром является частым не только при эпилепсии, но и при многих других заболеваниях ЦНС, вызванных воспалительными процессами, опухолями, травмами, метаболическими нарушениями, интоксикациями, отравлением и другими факторами.

Эпилептический статус рассматривается как состояние, при котором судорожные припадки следуют в быстром ритме, образуя особое бессознательное состояние больного, характеризующееся прогрессирующим ухудшением, присоединением нарастающих дыхательных, циркуляторных и метаболических расстройств и, в конечном счете, развитием коматозного состояния.

Лечение

Объём терапевтических мероприятий в определённой степени зависит от места нахождения больного в момент статуса и потому одновременно с решением вопросов экстренной диагностики на первых этапах должен проводиться комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию витальных расстройств.

Система лечения подобных больных предусматривает мероприятия, проводимые на месте, в машине скорой помощи, в реанимационном отделении и затем уже в профильном отделении, (неврологическом, психиатрическом, нейрохирургическом, токсикологическом и т.д.).

Терапия на месте (дома, на улице) преследует цель предупредить или устранить возможности механической асфиксии вследствие западения языка или аспирации рвотными массами. Следует помнить, что на догоспитальном этапе лечебные мероприятия должны применять врачи любой специальности. Необходимо всегда помнить, что при статусе, чем раньше начата адекватная терапия, тем лучше прогноз. Надо уже на месте попытаться оборвать судорожный синдром: нередко сразу же у больных отмечаются и другие расстройства: острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек лёгких и др.

Лечение в машине скорой помощи преследует следующие цели: устранение тяжёлых расстройств гемодинамики, аспирации, временное или стойкое устранение судорожного синдрома. В машине скорой помощи проводится устранение угрожающих расстройств дыхания, вводится воздуховод и через него с помощью электроотсоса или газового отсоса производится удаление продуктов аспирации из верхних дыхательных путей. При необходимости проводится интубация, позволяющая осуществлять полноценный дренаж трахеи.

Тяжёлым осложнением при эпилептическом статусе является отёк лёгких, что может быть обусловлено, в одних случаях, левожелудочковой недостаточностью, в других – поражением ствола головного мозга, в третьих – самим судорожным состоянием. Другое наиболее частое осложнение при эпилептическом статусе – это тромбоэмболия легочной артерии с внезапной

одышкой, цианозом и возбуждением, падением АД или чрезмерным его повышением с развитием инсульта.

Важнейшей задачей догоспитального этапа является, стойкое или хотя бы временное устранение судорожного синдрома. Если введение седуксена оказалось недостаточно эффективным или судороги возобновились, то в машине скорой помощи следует повторять медленное введение той же дозы седуксена в/в 10,0 -20,0 мг на 40% растворе глюкозы 20,0. В случаях отсутствия противосудорожного эффекта вводится тиопентал натрия или гексенал 2,4 мг/кг веса. Комбинация этих 2-х препаратов чаще бывает необходима при генерализованных тонических припадках, более резистентных к седуксену, чем тонико-клонические судороги. Исключение составляют припадки при алкоголизме, которые, несмотря на их тонический характер в 100% случаев купируются седуксеном.

В реанимационном отделении, а все больные с эпилептическим статусом должны стационарироваться именно туда, проводятся мероприятия, направленные на окончательное устранение судорожного синдрома. Если более чем 2-х кратное введение седуксена не оказало влияния на судороги, следует попытаться в/в капельно на 5% р-ре глюкозы в 100,0 ввести ещё 30,0 мг седуксена. Одновременно производится люмбальная пункция (если нет противопоказаний), что имеет также и диагностическое значение. Минимальная эффективность седуксена бывает при статусе, вызванном геморрагическом инсультом и эпилепсией, высоко эффективно введение седуксена при закрытой ЧМТ, воспалительных заболеваниях головного мозга, при алкоголизме.

Эпилептическая кома, которая является следствием развившегося судорожного синдрома, требует специальной помощи. Большинство летальных исходов, возникающих при судорожном синдроме, происходит в связи с эпилептической комой. Можно устранить эпилептические припадки, но если кома сохраняется, то возникает угроза летального исхода. В качестве препаратов, воздействующих на коматозное состояние, следует отметить в первую очередь ноотропы, которые способны улучшать метаболизм мозговой ткани, уменьшать потребность её в кислороде, повышать энергетический обмен нервных клеток. Необходимо введение пираретама 20% по 20,00 3 раза в/в. Полезным является и назначение церебролизина 5,0-10,0 в/м. Другие ноотропы, которые используются таблетировано, могут быть назначены после выхода из комы. Для улучшения микроциркуляции широкое применение находят растворы декстрана, - реополиглюкина по 400,0 в/в капельно, а также трентал по 10,0 в/в медленно. Трентал, кроме всего, обладает свойством нормализовать вязкость крови.

В комплексной терапии эпилептического статуса необходимы и мероприятия, направленные на коррекцию гомеостаза, нарушения которого могут быть причиной гибели больного. При некупирующихся судорогах очень быстро развивается метаболический ацидоз. В/в вводится 4% р-р бикарбоната натрия 150,0-300,0 его количество рассчитывается по специальной формуле Аструба. Более мягким действием обладает трисамин 3,6% раствор. Нередко у больных с сопутствующей патологией почек при одышке центрального генеза

развивается алкалоз, в этих случаях необходимо введение 4% хлорида калия или проведение искусственной вентиляции лёгких. Следует обратить внимание, что при наличии центральных расстройств дыхания при судорожных состояниях противопоказано применение дыхательных аналептиков, которые не только повышают судорожную активность мозга, но способствуют перевозбуждению дыхательных центров.

Необходимым является и проведение дегидратационной терапии. С дегидратационной целью используется эуфиллин, сернокислая магнезия, манит 15% раствор 200,0 - 400,0 в/в. С этой же целью обоснованно назначение глюкокортикоидов, которые в основном действуют на вазогенный компонент отека.

6. Контроль

Контрольные вопросы:

1. Психомоторное возбуждение. Тактика врача и медицинского персонала. Удержание возбужденного больного, допустимые меры стеснения, особенности транспортировки. Порядок недобровольной госпитализации. Фармакологические методы купирования возбуждения при различных заболеваниях и синдромах.
2. Агрессивность, склонность к насилию. Условия возникновения, диагностика скрытой агрессивности. Тактика врача и медикоментозная коррекция поведения.
3. Стремление к суициду. Своевременная диагностика, Факторы риска. Организация психологической поддержки и надзора. Фармакологическая помощь.
4. Отказ от еды. Причины. Своевременная диагностика. Тактика ведения больного, организация надзора. Использование фармакологических препаратов для лечения, значения адекватной коррекции дефицита массы тела.
5. Тяжело протекающий делирий: гиперкинетический, мусситирующий, профессиональный. Основные методы купирования, значение коррекции общих нарушений гемостаза. Возможное осложнение и их предупреждение.
6. Эпилептический статус. Степень опасности для жизни, тактика ведения, методы купирования.
7. Фебрильная шизофрения. Условия возникновения, ранние диагностические признаки. Тактика ведения. Прогноз.
8. Отравление психотропными веществами. Важнейшие симптомы, степень угрозы для жизни. Методы детоксикации и использование антидотов при различных интоксикациях.
9. Острые осложнения терапии психотропными средствами: злокачественный нейролептический синдром. Условия возникновения. Тактика и лекарственное лечение.

Тесты для самоконтроля

1. Для купирования эпилептического статуса показано:

- а) клизма с хлоралгидратом

- б) внутривенное введение седуксена
- в) средства для наркоза
- г) дегидратационная терапия
- д) все перечисленное

2. Наиболее частой причиной эписпатуса является:

- а) шизофрения
- б) объемный процесс головного мозга
- в) гипертонический криз
- г) ваго-инсулярный криз
- д) малая хорья

3. Психомоторное возбуждение является одним из частых проявлений:

- а) эпилептических припадков
- б) острых психозов
- в) олигофрении
- г) психопатии
- д) невротических расстройств

4. Препаратами выбора при психомоторном возбуждении являются:

- а) антидепрессанты
- б) нормотимики
- в) антиконвульсанты
- г) нейролептики
- д) ноотропы

5. Суицидальные тенденции являются обязательным компонентом:

- а) маниакальных состояний
- б) депрессивных состояний
- в) истерии
- г) псевдозов
- д) психопатий

6. Причиной отказа от еды могут быть:

- а) кататонический ступор
- б) синдром нервной анорексии
- в) запрещающие императивные галлюцинации
- г) тяжелая депрессия с бредом самообвинения
- д) все перечисленное

7. При фебрильной шизофрении препаратом выбора является:

- а) глюкоза
- б) витамины
- в) анальгин с димедролом
- г) аминазин

д) аминокaproновая кислота

8. Первая помощь при злокачественном нейролептическом синдроме:

- а) психостимуляторы
- б) противосудорожные средства
- в) антидепрессанты
- г) отмена нейролептиков, назначение транквилизаторов
- д) психотерапия

9. При коллапсе, возникшим отравлением ингибиторами МАО с ТЦА абсолютно противопоказан:

- а) адреналин
- б) преднизолон
- в) кофеин
- г) карбоген
- д) ничего из перечисленных

10. При отравлении опиатами средствами выбора являются:

- а) дроперидол, пипольфен
- б) налоксон и налорфин
- в) коразол и кордиамин
- г) финлепсин, ламотриджин
- д) анаприлин, фентанил

Литература

основная:

- 1.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. –532с.
- 2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
- 3.Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
- 4.Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

дополнительная:

29. Материалы лекции.
30. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. – М.: Медпресс, 2006.-558с.
3. Илешова Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995 г
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988 г.
- 5.Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике
- 6.Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: «Модек», 1995 г.
7. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.Медицина, 1984

8. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. – М. Медицина, 1984
9. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатии: их статика, динамика, систематика. – М., 1933
10. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.; Медицина, 1990
11. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997
12. Лакосина Н.Д., Трунова М.М./ Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – Медицина, 1994.
13. Лекции по наркологии/ под ред. Н.Н.Иванца. – М. 2000
14. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1968
15. Принципы и практика психофармакотерапии/ Пер. с англ. С.А.Малярова – К.: Ника-Центр, 1999
16. Свядош А.М. Неврозы. – 3-е изд.-М.: Медицина 1982
17. Хэзлем М.Т. Психиатрия: Вводный курс/ пер. с англ.– Москва: «АСТ»- Львов: «Инициатива», 1998

Электронные сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

Заключение

Знание основ психиатрии необходимо врачам самых различных специальностей, так как подавляющее число больных первоначально обращается не к психиатрам, а именно к ним. В учебном пособии наиболее подробно описана та патология, с которой будущие врачи будут встречаться чаще всего: пограничная, или малая, психиатрия (невроты, расстройства личности и переходные состояния), психические расстройства при общих и мозговых инфекциях, шизофрения, олигофрениа, психические нарушения при стихийных бедствиях и катастрофах, при ожоговой болезни, при СПИДе, значительно шире представлены сведения о нервной анорексии и нервной булимии.

Автор настоящего учебника, поставив перед собой задачу в максимально доступной форме изложить сложнейшие вопросы нарушений психической деятельности человека надеется, что более адекватные представления о формах этой патологии и методах лечения больных с психическими расстройствами будут способствовать не только совершенствованию высшего медицинского образования, но и повышению общего культурного уровня будущего врача.

Автор будет признательна за все критические замечания по поводу данного учебного пособия.

Содержание

Введение	3
Тема 1. Особенности исследования и методы диагностики психических заболеваний. Структура психиатрической помощи. Виды экспертиз. Расстройства восприятия.....	4
Тема 2. Клиническая характеристика расстройств мышления и интеллекта.....	22
Тема 3. Клиническая характеристика расстройств внимания, памяти. Расстройства сознания.....	35
Тема 4. Клиническая характеристика эмоциональных и двигательных расстройств.....	45
Тема 5. Основные психопатологические синдромы.....	60
Тема 6. Классификация психических расстройств. Подходы к терапии психических заболеваний (биологическая терапия, психотерапия, социотерапия) с точки зрения доказательной медицины. Профилактика и реабилитация психических расстройств.....	73
Тема 7. Экзогенно-органические и соматогенные расстройства. Умственная отсталость. Деменция.....	86
Тема 8. Шизофрения и бредовые расстройства.....	104
Тема 9. Аффективные расстройства.....	117
Тема 10. Психические расстройства, специфические для детского возраста.....	127
Тема 11. Этиологические факторы и механизмы формирования невротических расстройств. Неврозы, основные варианты.....	134
Тема 12. Реакции на стресс и нарушения адаптации. Психические расстройства при чрезвычайных ситуациях.....	145
Тема 13. Поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями (анорексия, булимия, расстройства сна, сексуальные расстройства).....	152
Тема 14. Расстройства личности и поведения.....	163
Тема 15. Ургентные состояния в психиатрии.....	173
Заключение	189
Содержание	190