

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

# **ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**Чита – 2022**

## УДК 616.89

Психиатрия и медицинская психология : учебно-методическое пособие для студентов педиатрического факультета / А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, С.Е. Гольгина, М.А. Клинова, Е.А. Бодагова, А.С. Озорнин, А.С. Прохоров. – 2-е издание, дополненное и переработанное. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2022. – 203 с.

Учебно-методическое пособие отражает современные подходы к преподаванию медицинской психологии, общей психопатологии и частной психиатрии у студентов медицинского вуза по специальности 31.05.02.

«Педиатрия». В описании каждой темы имеется краткая теоретическая часть и задания разного уровня сложности, направленные на лучшее усвоение материала (в том числе приводятся случаи из клинической практики). Представлены схемы коллектива авторов по основным разделам изучаемой дисциплины.

Пособие предназначено для освоения медицинской психологии, общей психопатологии и частной психиатрии студентами педиатрических факультетов высших медицинских учебных заведений.

### **Рецензенты:**

Профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
д.м.н., доцент **И.А. Уваров**

Главный врач ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница  
имени В.Х. Кандинского», главный внештатный специалист психиатр  
Забайкальского края и Дальневосточного федерального округа,  
д.м.н. **О.П. Ступина**

Учебно-методическое пособие утверждено ЦМК кафедр терапевтического профиля и одобрено ЦКМС ЧГМА

### **Авторы:**

д.м.н., доцент **А.В. Сахаров**  
к.м.н., доцент **О.А. Тимкина**  
к.м.н. **С.Е. Гольгина**  
к.м.н. **М.А. Клинова**  
к.м.н. **Е.А. Бодагова**  
к.м.н. **А.С. Озорнин**  
**А.С. Прохоров**

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
Общие указания студентам по работе с пациентами в медицинских организациях психиатрического профиля.....	6
Основные практические навыки по специальности «Психиатрия».....	7
1. Медицинская психология: предмет изучения, задачи, цели и принципы. Психология и психиатрия. Психика, её свойства и структура. Психическая норма. Предмет и задачи психиатрии, основные этапы развития и современное состояние. Методы исследования в клинической психиатрии.....	8
2. Психология и психопатология чувственного и логического познания. Особенности у детей.....	20
3. Психология и психопатология потребностно-эмоциональной и деятельностно-волевой сфер психики, особенности у детей. Сознание: определение, психологическая характеристика. Расстройства сознания.....	39
4. Личность, ее структура, условия становления. Типы личностей. Акцентуации характера. Личность и психотравма. Механизмы психосоматических и соматопсихических отношений. Психология больного. Внутренняя картина болезни, ее возрастные особенности. Психология лечебного процесса. Деонтология, вопросы профессиональной пригодности. Психологические аспекты деятельности врача: профессиональная деформация, синдром хронической усталости и синдром «эмоционального выгорания». Основы возрастной психологии. Психологические реакции детского и подросткового возраста. Психогигиена и психопрофилактика, реабилитация.....	61
5. Организация психиатрической помощи в РФ и Забайкальском крае. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Особенности оказания психиатрической помощи детям. Классификация психических заболеваний. Психиатрическая экспертиза, понятие о вменяемости и дееспособности. Синдромология в психиатрии, классификация синдромов и их относительная нозологическая специфичность. Синдромы детского и подросткового возраста.....	73
6. Расстройства личности, транзиторные расстройства личности. Механизмы развития, динамика, вопросы военной и судебной экспертизы, реабилитация. Понятие о патохарактерологических реакциях и патохарактерологическом развитии.....	90
7. Психогенные заболевания (неврозы и реактивные психозы). Соматоформные расстройства. Понятия о системных детских неврозах. Основы психотерапии.....	100
Терминологический минимум по общей психопатологии.....	116
Краткая схема истории болезни (для микрокурации).....	118
Психиатрическая история болезни.....	120
8. Эндогенные психические расстройства: шизофрения. История выделения, этиопатогенез. Клиника: симптомы первого ранга, основные и дополнительные. Типы течения и синдромальные формы. Этапы и методы терапии.....	126
9. Эндогенные психические расстройства: аффективные и шизоаффективные психозы, инволюционные психозы. Лечение психических расстройств: биологическая терапия и психофармакотерапия: нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики.....	137

10. Психические нарушения при эпилепсии: особенности пароксизмальных расстройств у детей. Противосудорожные препараты. Симптоматические психические расстройства: соматогенные, инфекционные, интоксикационные. Экзогенные реакции (учение Бонгоффера). Органические психические расстройства: общие закономерности развития.....	147
11. Психические расстройства сосудистого генеза: закономерности развития и клинические варианты. Атрофические болезни мозга, клинические особенности. Психические расстройства при сифилитических поражениях головного мозга, при энцефалитах и внутричерепных опухолях.....	163
12. Основы аддиктологии. Основные симптомы и синдромы наркологических заболеваний. Факторы и механизмы формирования зависимостей. Наркомании и токсикомании. Эпидемиология. Лечение.....	169
13. Алкогольное опьянение, классификация и вопросы экспертизы. Алкоголизм. Алкогольные психозы: острые и хронические. Современная концепция лечения, реабилитации и профилактики наркологических расстройств.....	174
14. Нарушения интеллекта у детей: умственная отсталость и задержки психического развития.....	181
Приложения.....	190
Ответы к заданиям.....	201

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время перед врачом любой специальности для установления оптимального терапевтического сотрудничества стоит необходимость эффективного взаимодействия с пациентом с учетом его возраста и индивидуально-психологических особенностей.

При этом личность ребенка или подростка имеет свои существенные особенности, которые выражаются в специфических для этих возрастных периодов характерологических реакциях, более тесной связи с неврологическими и соматическими нарушениями. Диагностика психических расстройств у детей и подростков чрезвычайно сложна из-за мозаичности, рудиментарности психопатологических расстройств, что диктует необходимость знаний возрастных особенностей этиологии, патогенеза и клиники психических заболеваний. Не менее важными являются и правовые основы оказания психиатрической помощи несовершеннолетним.

В свою очередь, при изучении медицинской психологии и психиатрии студенты порой испытывают некоторые затруднения. Частично они обусловлены исходными неверными представлениями об этих предметах как науках гуманитарных и неточных, частично – объективной новизной терминологии и понятийного аппарата. Для облегчения систематизации знаний по изучаемой дисциплине в учебном пособии выделены основные определения и опорные пункты с учетом возрастных особенностей, на которые необходимо обратить пристальное внимание, контрольные вопросы помогут их проверить и «закрепить», а исходный уровень – связать с имеющимися у студента знаниями в различных областях.

Для облегчения восприятия нового материала в пособии даны определения базовых психологических понятий и представлены схемы, в том числе авторские (они созданы доцентом Л.Т. Морозовым, проработавшем на нашей кафедре более 40 лет).

Общеизвестно, что клинической дисциплиной (а психиатрия – именно клиническая дисциплина) нельзя овладеть, осваивая ее лишь теоретически. Подготовиться к курации пациентов (в данном случае, к своеобразной учебной практике) помогут твердые знания психического статуса и предварительная тренировка в решении клинических задач.

Традиционно на первых занятиях (медицинская психология и общая психопатология) необходимо научиться оценивать отдельные, изолированные психопатологические феномены сами по себе, а не причины их возникновения. Естественно, по темам предстоящих занятий оценка психического состояния студентами возможна лишь ориентировочно, с опорой на житейский опыт, уже прослушанные лекции и краткую схему психического статуса. Установление причинно-следственных отношений в болезни является на первых занятиях задачей второстепенной.

Подготовка по частной психиатрии с учетом возрастных особенностей должна идти по общемедицинской схеме: этиология, патогенез, клиника, лечение и реабилитация, прогноз. На этой основе в процессе курации можно совершенствовать свое искусство многосторонней клинической оценки болезни и навыки выбора лечебно-реабилитационных мероприятий. Успехи в этом наиболее полно проявляются при докладе пациента, обследуемого во время курации, и написании истории болезни.

В представленном 2-ом издании учебно-методического пособия сведения по психиатрии и медицинской психологии изложены с учетом требований компетентностного подхода. Полученные знания, умения и навыки вносят вклад в подготовку квалифицированного врача педиатрического профиля, способного понять индивидуально-психологические аспекты личности больных и болезней, заподозрить и выявить психическое расстройство с учетом возрастных особенностей, выработать верную тактику ведения больного, в случае необходимости оказать неотложную психиатрическую помощь, написать квалифицированное направление (к психиатру, наркологу, психотерапевту), учитывать особенности поведения разных групп больных при общении с ними на всех этапах реабилитации, во время лечения имеющих у них соматических заболеваний.

## **ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ ПО РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*«Друг и слуга душевнобольных»  
(надпись на надгробии родоначальника  
отечественной психиатрии И.М. Балинского)*

1. На граждан, страдающих психическими расстройствами, распространяются все этические (культуральные) нормы общения между людьми (мужчина – женщина, младший – старший и т.п.). Однако, поскольку такие пациенты находятся в положении еще более уязвимом, чем больные с соматическими заболеваниями, в общении с пациентами психиатрической клиники необходимо быть особенно обходительными, доброжелательными, вежливыми и справедливыми.
2. В частности, независимо от упорядоченности поведения, необходимо спросить об имени-отчестве и чаще так обращаться к пациенту. Если больной по каким-то мотивам не желает называть свой адрес и фамилию, то не стоит на этом настаивать. Более того, студентам следует иметь к пациентам изначальное чувство благодарности за «труды» и некоторое преодоление себя в связи с беседой и проводимыми в учебных целях исследованиями (тесты для оценки памяти, внимания, личностные опросники и др.), отказаться от которых они имеют определенное законом право. Следовательно, выражение благодарности в конце беседы – это не простой акт вежливости, здесь уместны и высокопарные выражения: о помощи здравоохранению, о вкладе в подготовку кадров и др. Чем комфортнее пациент будет чувствовать себя после беседы, тем охотнее он согласится разговаривать и с другой группой студентов.
3. При общении с пациентом в отделении следует как можно скорее преодолеть изначальное чувство настороженности и скованности; общаться свободно, полагая, что перед вами обыкновенные люди. Наиболее «ходовые» темы для установления контакта: о больном, о доме, делах, хозяйстве, т.е. «темы житейские».
4. Не поддерживать с пациентами разговоры, касающиеся выписки, понимания деталей болезни, режима, претензий к родственникам и т.п. Советовать обратиться с подобными вопросами к лечащему врачу, знающему ситуацию глубоко.
5. В процессе нормативного исследования (микрокурация, курация для написания истории болезни) следует исходить из плана исследования (схемы статуса, схемы истории болезни) не жестко, в меру давать больному сказать «о своем» и мягко поддерживать беседу, но таким образом, чтобы обо всех, или почти обо всех пунктах плана сложились представления – оценки.
6. Не давать невыполнимых обещаний (не обманывать).
7. Не оставлять пациента без надзора: из отделения больные уходят с разрешения медицинского персонала, им же больной должен быть и возвращен. Двери отделений оставлять за собой всегда закрытыми.
8. Не сообщать посторонним лицам, посетителям или родственникам пациента сведений о нем и не передавать им без разрешения врача каких-либо предметов.
9. Ничего не оставлять в отделении, в том числе булавок, заколок, режущих предметов и т.п.

## **ОСНОВНЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХИАТРИЯ»**

1. Установить контакт с пациентом, расположив его к себе, осмотру и расспросу.
2. Собрать и через призму психопатологии оценить анамнестические данные.
3. Выявить психопатологическую симптоматику в прошлом и настоящем, сделать синдромологическое заключение.
4. Заподозрить синдромы, сходные с соматическими расстройствами: маскированную депрессию, ипохондрические синдромы, сенестопатии, соматовегетативные пароксизмы при эпилепсии.
5. Уметь выявить больных наркологическими расстройствами.
6. Знать основные показания для направления в психиатрическую больницу, в том числе показания для неотложной госпитализации.
7. Сформулировать письменное описание и предварительное заключение о психическом состоянии больного, оформить медицинскую документацию для направления в психиатрическое или наркологическое учреждение, включая ситуации недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации (с учетом положений Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).
8. Уметь оказать помощь при urgentных психических состояниях (психомоторном возбуждении, ажитированной депрессии, эпилептическом статусе, тяжелой наркоманической абстиненции, интоксикационном или алкогольном психозе), а вне таковых – организовать рекомендованное психиатром лечение, в особенности психотропными средствами.
9. На основании результатов психопатологического обследования уметь выявить и предотвратить социально опасные тенденции психически больного, в том числе агрессию, самоубийство.
10. Использовать доступные в условиях общей практики элементы психотерапии в комплексном лечении психических заболеваний.

**1. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ:  
ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ, ЗАДАЧИ, ЦЕЛИ И ПРИНЦИПЫ.  
ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ.  
ПСИХИКА, ЕЁ СВОЙСТВА И СТРУКТУРА. ПСИХИЧЕСКАЯ НОРМА.  
ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ, ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ  
И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ  
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ.**

**Исходный уровень:** общие сведения о психологии (предмет изучения, цели, задачи); понятие о психологических концепциях. Эволюционно-историческое развитие психики (*из курса общей психологии*).

**Учебная цель занятия:**

Развитие способности анализировать результаты клинических, экспериментально-психологических методов исследования в психиатрии и медицинской психологии; изучение предмета, целей, задач медицинской психологии и психиатрии; их места среди других наук; изучение структуры психики человека и ее особенностей с учетом пола и возраста; изучение понятия психической нормы; изучение методологии проведения клинической беседы в психиатрической практике.

**Содержание занятия:**

Место медицинской психологии среди других наук, разделы (военная, трудовая, возрастная, социальная, судебная, медицинская психология).

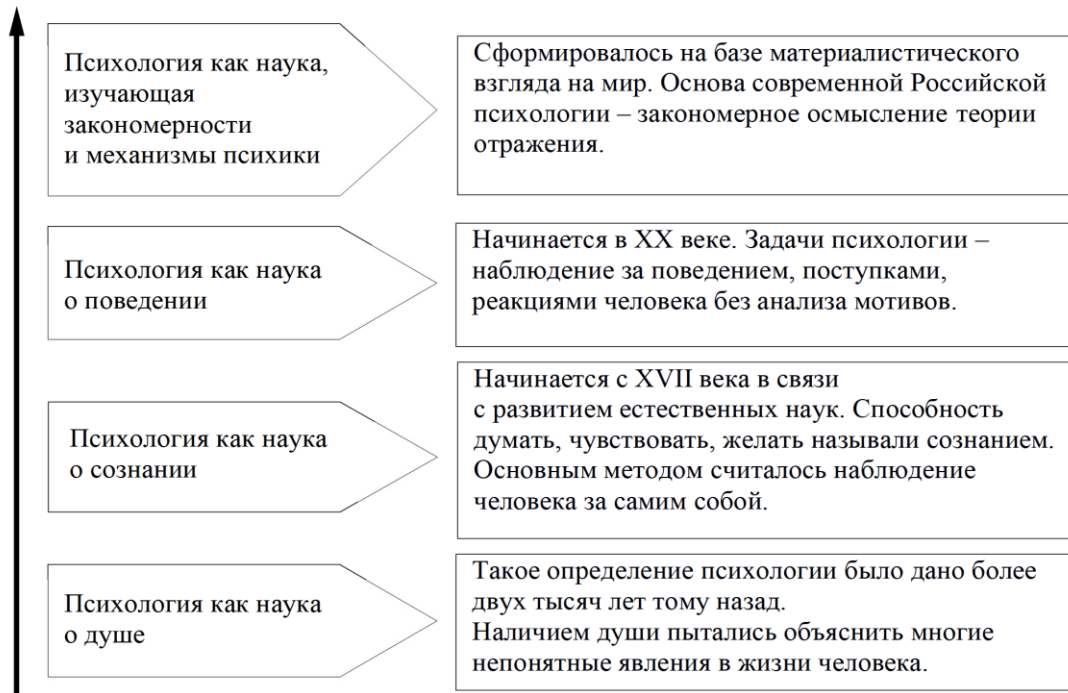
Предмет изучения *медицинской психологии*: особенности психики больного в их влиянии на здоровье и болезнь; психологическое влияние в лечебных целях. Подразделение медицинской психологии на общую и частную (предмет изучения, разделы). Принципы медицинской психологии: иерархии, детерминизма (причинности), развития, структурности, единства природно-биологического и социально-психологического, единства сознания и деятельности.

Смежные с медицинской психологией разделы: патопсихология, психопатология, нейропсихология, парапсихология, клинические дисциплины (терапия, хирургия, психиатрия и т.д.).

В современном понимании **психология** – это наука, изучающая процессы и закономерности психической деятельности человека, которая, проявляется в ощущениях, восприятии, представлениях, мышлении, чувствах, волевых и других психических процессах. Психология также изучает закономерности формирования и развития психики, потребностей, интересов, навыков, привычек, способностей, темперамента и характера.



## Основные этапы развития психологии



**Рис. 1**

**Предметом медицинской психологии** являются многообразные особенности психики больного в их влиянии на здоровье и болезнь, а также обеспечение оптимальной системы психологических целебных влияний, в том числе всех обстоятельств, сопутствующих обслуживанию больного.

Медицинская психология подразделяется на общую и частную.

**Общая медицинская психология** изучает:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно изменённой и болезненной психики), психологии медицинского работника, психологии общения больного и врача, психологической атмосферы профилактических и лечебных учреждений.
2. Учение о психосоматических и соматопсихических взаимодействиях.
3. Учение об индивидуальности (темперамент, характер, личность).
4. Вопросы медицинской деонтологии, включая вопросы врачебного долга, этики и врачебной тайны.
5. Вопросы гигиены психической жизни, психопрофилактики и психотерапии.

**Частная медицинская психология** раскрывает ведущие аспекты врачебной этики при общении с конкретными больными и при определённых формах болезней:

- 1) особенности психологии больного с невротическими нарушениями, психика которых является наиболее ранимой и уязвимой;
- 2) особенности психологии больных на этапах подготовки, проведения хирургических операций;
- 3) особенности психологии больных с онкологическими, сердечно-сосудистыми, инфекционными, кожными заболеваниями и т.д.

Медицинская психология является самостоятельным разделом медицинских знаний, который включает психологические проблемы больных на всех этапах формирования болезни. **Смежными разделами медицинской психологии** являются патопсихология, нейропсихология, психопатология, а также клиническая психиатрия.

**Патопсихология** изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

**Нейропсихология** – исследование высших психических функций при локальных повреждениях мозга (например, при опухолях).

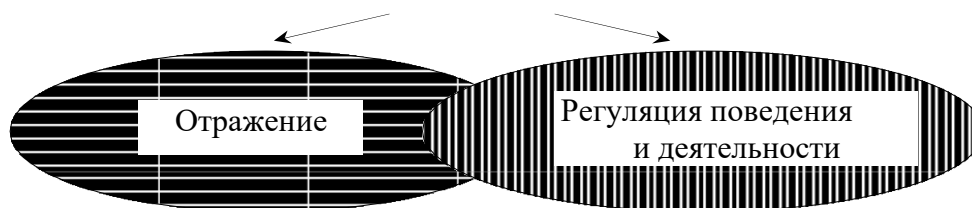
**Психопатология** – это раздел психиатрии, изучающий клинические проявления нарушений психики. Различие между психопатологией и патопсихологией можно видеть в том, что психопатология, будучи клинической дисциплиной, оперирует медицинскими категориями (симптом, синдром) и общепсихопатологическими критериями (возникновение, исход, прогноз болезни), основываясь при этом на клиническом методе, патопсихология же изучает закономерности нарушений психической деятельности, пользуясь в основном своими, психологическими методами и понятиями.

**Клиническая психиатрия**, как всякая отрасль медицины, направлена на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, закономерностей их появления и чередования, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику психического расстройства.

#### ***Психика: определение и структура***

**Психика** – это особая, специфическая, нематериальная функция мозга. Эта функция носит характер отражения окружающего мира и самого себя – в образах, памяти, мышлении, воображении, потребностях, эмоциях для адаптации к окружающему миру и его преобразованию в интересах носителя психики.

#### **Основные функции психики**



**Рис. 2**

#### **Развитие психики реализуется в разных формах:**

- **филогенеза** – становления структур психики в ходе биологической эволюции вида;
- **онтогенеза** – формирования психических структур в течение жизни отдельного организма;
- **социогенеза** – развития процессов познания, личности, межличностных отношений, обусловленного особенностями социализации в разных культурах. Следствием социогенеза являются различия мышления, ценностей, нормативов поведения у представителей разных культур;
- **микрогенеза** – под ним понимается формирование и динамика образов, представлений, понятий и т.п., определяемых существующей ситуацией и развертывающихся в относительно небольшой промежуток времени. Примером микрогенеза психического образования может служить освоение некоторого навыка, усвоение какого-либо понятия, динамика эмоционального состояния.

#### **Периоды внутриутробного развития и дизонтогении:**

- **прогенез:**
  - а) гаметогенез (до 2-х часов после зачатия);
  - б) бластогенез (2-3 недели после оплодотворения);
- **эмбриогенез** (от 4-х недель до 4-х месяцев);
- **фетогенез** (с 4 до 9 месяцев).

### **Периоды внеутробного развития (возрастные):**

- *младенчество* (до года);
- *детство* (1-11 лет):
  - а) дошкольный (ясельный), 1-3 года;
  - б) дошкольный, 3-7 лет;
  - в) младший школьный, 7-12 лет;
- *отрочество* (средний школьный), 12-16 лет;
- *юность* (старший школьный), 16-18 лет.

### **Уровни нервно-психического развития и реагирования:**

- соматовегетативный (0-3 лет);
- моторный (4-10 лет);
- аффективный (7-12 лет);
- эмоционально-идеаторный (12-16 лет).

*Соответствие нервно-психического развития с формами психических расстройств:*

**Гетерохрония** – неодновременность и этапность созревания различных систем организма.

**Асинхрония** – патологическая гетерохрония.

**Дизонтогенез** – пороки (отклонения) физического и психического развития вследствие внешних вредностей во внутриутробном периоде или в первые 2-3 года жизни.

#### **Виды дизонтогенеза:**

**Ретардация** – случаи отставания, задержки развития одной или нескольких функциональных систем (умственная отсталость, расстройства личности).

**Акселерация** – случаи развития, в которых одна или несколько функциональных систем развиваются, значительно обгоняя типичную для них хронологию (вундеркинды).

**Возрастной криз** – это период жизни, во время которого имеется повышенный риск возникновения болезней:

1. **Паранубертатный** (от 2-3 до 5 лет) – начало формирования фразовой речи, быстрое накопление впечатлений от действительности и формирование ярких, образных представлений.
2. **Пубертатный криз** (12-15 лет) – перестройка функций многих желез внутренней секреции. Бурный рост подростка, половое созревание подростка, формирование общественных представлений, самостоятельности и собственного мировоззрения, пересмотр своего положения в семье и в обществе.
3. **Период менопаузы** – увядание половой функции и другие, сопутствующие ему нейроэндокринные признаки начала инволюции. У женщин от 45-55 лет, у мужчин 50-60 лет.

Значение кризов для патологии и психофизического развития. В критические периоды отмечаются условия для развития тяжелых форм психической патологии.

#### **Критические периоды:**

- а) первые 3-5 недель внутриутробной жизни;
- б) 2-6 месяцев после рождения.

**Структура психики:** *сферы* (познавательная, эмоционально-потребностная, деятельностно-волевая), *процессы* (аспекты, компоненты), *формы* психических явлений (реакции, состояния и другие – см. рис. 2).

*Основными общепсихологическими категориями психики по мере сложности являются:*

- I. Психические явления (процессы + состояния + свойства)
- II. Психическое отражение (образ + переживания + субъективный способ поведения)
- III. Сознание (переживание + познание + отношение).
- IV. Деятельность (переживание + способ поведения).
- V. Личность – человек как носитель психики, включая сознание.

Среди многообразных проявлений психики выделяют: психические процессы, психические состояния, психические свойства личности. Ковалев выдвинул гипотезу о том, что психическое развитие идет от динамического и неустойчивого к всё более устойчивому. Наиболее динамичными и исходными в психической жизни являются процессы. И.М. Сеченов рассматривал психический процесс как течение психического явления, имеющего определенное начало, динамику и конец.

*Различают познавательные, эмоциональные, регуляторные психические процессы.*

Главная функция **познавательных процессов** – отражение свойств внешнего мира и внутренних особенностей организма. Познавательные процессы информируют о свойствах и явлениях окружающего мира, являются источником разнообразных знаний и помогают открывать законы развития природы и общества. Познание имеет 2 ступени: *образную* и *логическую*. Образные познавательные процессы – ощущение, восприятие, представление. К процессам логического познания относится мышление.

**В эмоциональных психических процессах** отражаются отношения человека. Они окрашивают жизнь человека различными оттенками переживаний (положительных или отрицательных). Гамма человеческих эмоций многообразна, это, например, – счастье, радость, удивление, горе, страдание и т.д.

Основным назначением **регуляторных процессов** является регуляция поведения и деятельности человека, обеспечивающая избирательный и целенаправленный характер реакций. К регуляторным процессам относятся процессы внимания и воли.

Кроме этого, выделяются так называемые **интегративные или сквозные психические процессы**, которые участвуют в протекании всех психических процессов. К ним относятся речь, которая выступает в качестве 2-й сигнальной системы и связывает чувственное и логическое познание и память, которая может быть образной, логической, эмоциональной. Кроме того, память связывает в сознании человека настоящее и прошлое, обеспечивая целостность личности.

**Психические состояния** – относительно устойчивые явления психической деятельности, характеризующие психику в целом. Их можно рассматривать как фон, на котором протекают психические процессы. Они могут благоприятствовать или не благоприятствовать активной деятельности. Это состояния работоспособности, утомления, стресса, аффекта и др.

**Психические свойства личности** – это устойчивые образования, обеспечивающие определенный уровень поведения и деятельности, характерный для данного человека. К психическим свойствам относятся темперамент, характер, способности человека, направленность его личности.

*Основные направления (концепции) в психологии:* бихевиоризм, гуманистическая психология, экзистенциализм, когнитивная психология, фрейдизм и неопрейдизм. Структура психики по Фрейду. Концепция деятельностного подхода отечественной психологии.

**Психическая норма** и её критерии: идеальный, среднестатистический, адаптация в группе; особые этнографические и социально-групповые нормативные установки.

**Психиатрия** – это наука о психических расстройствах, при этом ее методология общемедицинская: этиология, патогенез, клиника, течение и характер исходов, лечение, реабилитация и прогноз.

В психиатрии выделяют общую психопатологию и частную психиатрию. Предметом изучения *общей психопатологии* являются симптомы и синдромы психических заболеваний, а также изучение закономерной их смены при течении болезней (т.е. синдромокинез). *Частная психиатрия* изучает отдельные психические расстройства (заболевания). В частной психиатрии на основе возрастного принципа выделяют детскую, подростковую и геронтопсихиатрию.

## СТРУКТУРА ПСИХИКИ

Целостная психика включает следующие сферы: познавательную, эмоционально-потребностную, деятельностно-волевую. Сферы, в свою очередь, содержат *психические процессы*. Комбинируясь, процессы образуют основные *формы психики*, каждая из которых в разных пропорциях содержат компоненты из трех сфер.

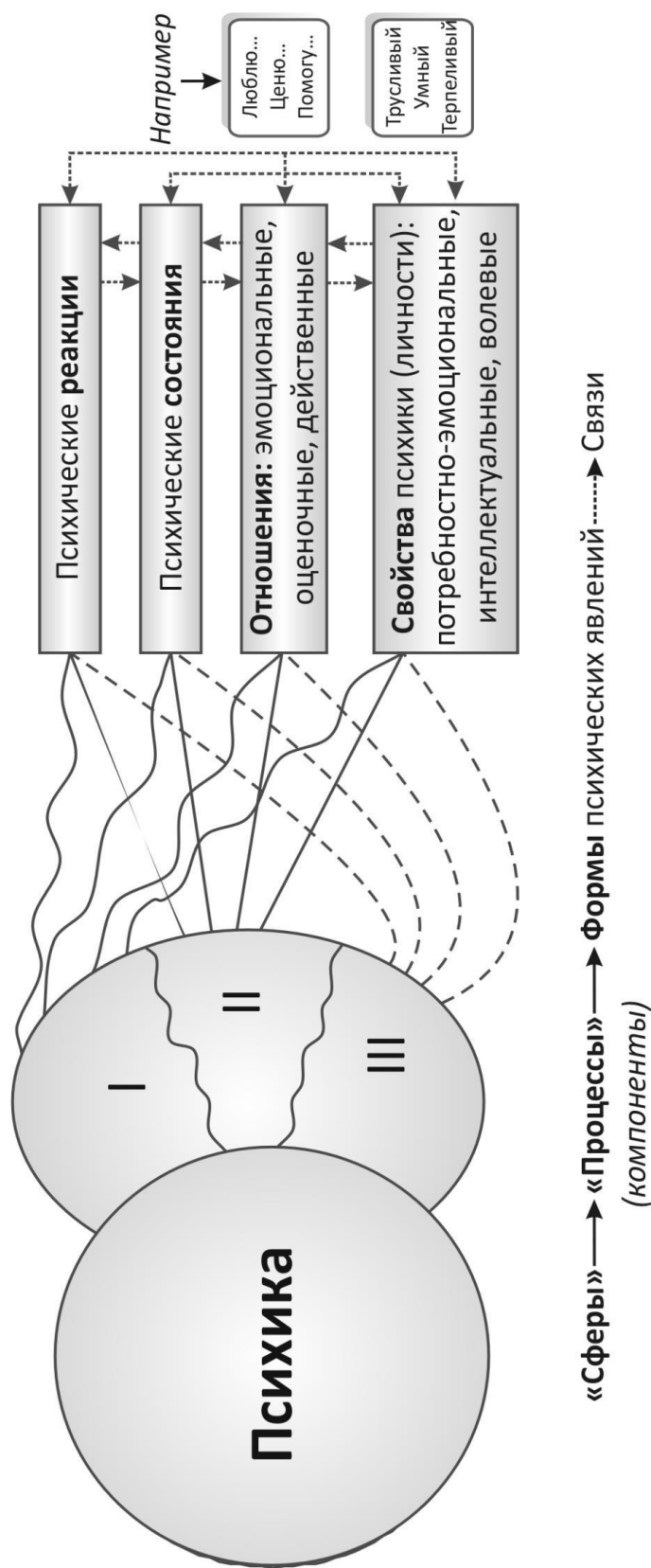


Рис. 3.

## Методы исследования в медицинской психологии и клинической психиатрии

Методами, которыми пользуются психологи, очень многообразны.

Основными являются – **наблюдение и расспрос**.

Большое значение в психологии имеет метод наблюдения. **Наблюдение** проводится в обычных условиях жизни: в семье, а процессе труда, учения, игры, в палате больницы. В медицине наблюдение дает возможности оценить сон больного, аппетит, наличие или отсутствие раздражительности, изменений настроения, некоторые характерологические особенности. При психических заболеваниях наблюдение может установить наличие обманов восприятия, когда больные прислушиваются к голосам, принимают за несуществующие запахи.

Второй метод, используемый в психологии – это **расспрос**. Существует три основных способа расспроса: **случайный, систематический и свободный**. При *случайном* расспросе вопросы задаются без предварительного обдумывания, часто непоследовательно. При *систематическом* – врач ведет расспрос, придерживаясь той или иной схемы в последовательности выявления психопатологических расстройств. *Свободный* способ расспроса предполагает, что активную роль в беседе должен играть сам больной.

### Экспериментально-психологические методы

Все психологические методы обследования условно можно подразделить на:

- портативные (простые) методы для исследования отдельных «процессов» памяти, мышления и др. (представлены в таблице 1; приложении 1);
- проективные методики («Тест руки», «пятна Роршаха», и другие);
- личностные опросники разной степени сложности (см. таблицу 1).

Таблица 1

Экспериментально-психологические методы исследования

Психический процесс	Методики
1	2
<b>Познавательная сфера</b>	
Восприятие	методики на восприятие изображений (реалистические, недорисованные, наложенные, перечеркнутые изображения, фигуры Поппельрейтора)
Память	квадрат Лурия, тест зрительной ретенции Бентона, память на образы, воспроизведение чисел, счет по Крепелину
Внимание	корректирующая проба, таблицы Шульце
Мышление	«4-й лишний», обобщение, последовательность событий, классификация предметов, трактовка пословиц, установление закономерностей, проведение аналогий, пиктограмма
Интеллект	бланк-карта, тест Векслера, матрицы Равена, тест Айзенка (общие способности)
<b>Эмоционально-волевая сфера</b>	
Тревожность	опросник Спилбергера-Ханина, опросник Дж. Тейлора, самооценка психических состояний (Айзенк), тест Люшера, проективные рисуночные тесты
Агрессия	опросник Басса-Дарки, тест Руки, проективные рисуночные тесты, анкета агрессивности для подростков
<b>Мотивационная сфера</b>	
Потребности	мотивация успеха Т. Элерса, мотивация одобрения, мотивация избегания неудач, мотивация готовности к риску Шуберта
<b>Личность и межличностные отношения</b>	
Темперамент	тест Айзенка, методика Русалова
Характер (акцентуации)	опросник Шмишека, патодиагностический опросник (ПДО)

1	2
Адаптация, общение	тест Розенцвейга, тест Лири, метод незаконченных предложений
Комплексные методики	пятна Роршаха, методика ТАТ, тест Кеттелла

### Приемы исследования памяти и мышления у детей по Бинэ до 3-х лет.

1. Запас слов.
2. Назвать окружающие предметы.
3. Назвать свое имя.
4. Показать рот, ухо, нос.

#### От 3-х до 5 лет.

1. Назвать Ф.И.О., пол.
2. Повторить 3 фразы или 4-6 слов: «Птица летит в гнездо», «У меня есть собака», «Когда идет дождь, бывает сыро». Из 8 – 10 слов: «Летом в лесу было много ягод и грибов», «Его зовут Ваней, он учится в школе», «Шура услышал свисток и увидел поезд».
3. Повторить 3-4 цифры: 7,9,4; 5,3,9; 2,8,4,5...
4. Различение форм: круг, квадрат, треугольник.

#### От 5 до 7 лет.

1. Сколько ему лет.
2. Повторить 3 фразы из 8-10 слов: «Летом Вася каждый день ходил ловить рыбу», «Когда дети вернулись домой, мама позвала их обедать»; «Кошка поймала мышь и принесла ее в нашу комнату».
3. Определить предметы по употреблению: ложкой едят щи, а что делают метлой, топором, ножом, карандашом? Ты видел стол? Что это такое? Что такое кукла, лошадь, вилка?
4. Различие между утром и вечером. Сейчас утро или вечер, сейчас день или ночь?

#### От 7-9 лет.

1. Сколько пальцев на левой руке? На правой? На обеих?
2. Сравнение понятий: «Какая разница между мухой и бабочкой?», «Камнем и яйцом?», «Деревом и стеклом?», «Мясом и костью?»
3. Назвать дни недели.
4. Посчитать от 1 до 20 и от 20 до 1.
5. Указать сходства: Яблоко и груша, железо и серебро, пароход и автомобиль, дерево и уголь.
6. Определить, что такое: этажерка, север, пароход, автомобиль, парад, коллектив, экскурсия (определение понятий).

#### От 9-12 лет.

1. Образование обобщений: «Грачи, воробьи – это птицы, ты же знаешь, а знаешь ли ты, что такое роза, фиалка? Ель, липа, береза? Стол, стул, кровать?».
2. Назвать дату /число, день, месяц, год/.
3. Понять и запомнить прочитанное /короткую сказку, басню? («Лев и мышь»).
4. Вопросы, относящиеся к способности воображения: а) когда опоздал на поезд, что нужно делать?  
а) когда тебя нечаянно ударил товарищ, что надо сделать?  
б) если разломал предмет, не принадлежавший тебе, что надо сделать?
5. Критика (понимание несообразности):  
а) один несчастный велосипедист разбил себе голову и тотчас умер, его отправили в больницу, он очень боялся, что не выздоровеет.  
б) у меня три брата Олег, Иван и я (о наличии несообразности следует предупредить).
6. Определение отвлеченных понятий: доброта, ложь, злоба.
7. Задание на обобщение: указать сходство: а) змея, корова, воробей;  
а) книга, газета, радио;

- б) нож, копейка, проволока;
- в) огурцы, картофель, свекла.

### **От 12 лет и старше.**

1. Исследование памяти: заучивание 10 слов.
2. Сравнение понятий: пчела – муха, ребенок – карлик, птица – самолет, обман – ошибка, солнце – луна, автобус – лошадь.
3. Пересказать басню или рассказ. Выделить главную мысль.
4. Арифметическая задача: если две тетради стоят пять копеек, сколько тетрадей можно купить на 50 копеек?

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Психология как наука, изучающая психику, место психологии среди других наук.
2. Предмет и задачи медицинской психологии.
3. Общая и частная медицинская психология.
4. Роль полученных знаний по медицинской психологии в работе врача общей практики.
5. Дисциплины, смежные с медицинской психологией.
6. Понятие о психике, ее компоненты.
7. Развитие психики в филогенезе.
8. Принципы, отличающие психику человека и животных.
9. Вклад Гиппократ, Авиценны, Лурия, Анохина в развитие медицинской психологии.
10. Основные концепции медицинской психологии.
11. Локализация психических функций в головном мозге.
12. Методы экспериментально-психологического исследования. Методические особенности расспроса.
13. Понятие психической нормы.
14. Психиатрия как наука.

### **Задания для усвоения темы**

#### **Ситуационные задачи:**

##### **Задача № 1.**

Больная М., 13 лет, находится на лечении в психиатрическом стационаре. Психический статус: внешне выглядит опрятно. В беседе с врачом напряжена, несколько растеряна, подозрительна, неохотно делится своими переживаниями. Отвечает не всегда в плане заданного, после некоторой паузы, периодически излишне детализировано излагает жалобы, соскальзывает на неважные моменты. Речь сбивчивая. Не может внятно сформулировать свою мысль. Фон настроения лабилен с тревожным радикалом. Мышление замедлено по темпу, паралогичное, с элементами соскальзывания. Ощущает, что «о чем бы ни подумала, об этом узнают все люди вокруг». Рассказывает, что пыталась читать чужие мысли и передавать свои на расстоянии. Утверждает, что слышит в голове «голос» незнакомого мужчины угрожающего характера, «голос» заставляет «делать какие-то простые действия» или «сделать больно окружающим людям» из-за того, что они «слишком громко дышат, жуют, цокают». Сообщает, что мысленно «спорит» с «голосом», но при этом сопротивляться не может. Испытывает чувство вины перед окружающими за свои мысли и слова «голоса».

*Какой экспериментально-психологический метод исследования необходимо провести больной?*

##### **Задача № 2.**

Больной Б., 9 лет, поступил в психиатрический стационар в связи с нарушениями поведения, не усвоением школьной программы. При осмотре: внешне стигмален (ушные раковины оттопырены, расходящееся косоглазие). Неусидчив, находится в движении по кабинету. Эмоциональные реакции утрированы. В беседу с врачом вступает, однако держится без



чувства дистанции, обращается на «ты», называет «подружкой». Обращенную речь понимает на бытовом уровне. Речь косноязычная, с дефектом звукопроизношения. Уровень общей осведомленности, запас знаний крайне низкий и не соответствует возрастной норме. Не смог назвать свои ФИО, дату рождения, домашний адрес. Прямой счет до 10, обратный – недоступен. Простые арифметические операции на сложение, вычитание в пределах 5 с опорой на наглядный материал. Буквы знает выборочно, читать не умеет.

*Какой экспериментально-психологический метод исследования необходимо провести больному?*

### **Задача № 3.**

К., 14 лет. Психическое состояние впервые изменилось около 1 года назад, когда отказалась ходить в школу, перестала общаться с окружающими, изменилось пищевое поведение: не употребляла мясные продукты, овощи и зелень в связи с тем, что «ощущала их неприятный запах и вкус». За весь день съедала несколько печений и пила молоко. Перестала ухаживать за собой, отказывалась мыться, расчесывать волосы. Стала стесняться своего лица, утверждала, что «не нравятся, как выглядят нос и губы», стала постоянно носить на лице маску. В течение последних 3 месяцев стала ощущать чувство слезки, высказывала опасения, что кто-то ее преследует. Испытывала воздействие от телефона, утверждала, что кто-то читает ее мысли, прослушивает разговоры. Жаловалась на путаницу мыслей в голове. Нарушился сон, появились трудности при засыпании, частые кошмарные сновидения.

*Консультация какого специалиста необходима больной для постановки диагноза и назначения лечения?*

### **Тестовый контроль:**

1. ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) изучение психологических факторов лечебного процесса
  - 2) разработка методов психологической помощи пациентам
  - 3) изучение психологии больного
  - 4) изучение основ деятельности медицинского работника
  - 5) изучение психологии медицинских работников
2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
  - 1) статистический
  - 2) эпидемиологический
  - 3) клинический
  - 4) клинико-катамнестический
  - 5) генеалогический
3. ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) симптомы и синдромы психических заболеваний, а также изучение закономерной их смены при течении болезни
  - 2) происхождение и этиология психических заболеваний
  - 3) происхождение, клиника, течение психических заболеваний
  - 4) происхождение, клиника, течение, дифференциальная диагностика и лечение психических заболеваний
  - 5) патогенез психических расстройств
4. КРИТЕРИИ В ПСИХОПАТОЛОГИИ, КОТОРЫЕ СУЩЕСТВУЮТ ДЛЯ РАЗГРАНИЧЕНИЯ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ
  - 1) нарушение протекания психических процессов
  - 2) субъективный дистресс
  - 3) нарушение функционирования
  - 4) несоответствие статистической норме (большинству в популяции)
  - 5) социальная опасность

5. ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ОКАЗЫВАЮТ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
  - 1) генетические
  - 2) социальные
  - 3) личностные
  - 4) генетические, социальные, личностные
  - 5) микросоциальные
6. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ
  - 1) выявления психических расстройств
  - 2) уточнения тяжести / стадии психического расстройства
  - 3) исключения причин (заболеваний, состояний), по отношению к которым психическое расстройство могло стать вторичным
  - 4) дифференциальной диагностики между психическими расстройствами
  - 5) дополнительных методов исследования
7. МЕТОДИКА «ИСКЛЮЧЕНИЕ ЛИШНЕГО» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
  - 1) памяти
  - 2) внимания
  - 3) эмоций
  - 4) мышления
  - 5) интеллекта
8. МЕТОДИКА «ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
  - 1) памяти
  - 2) внимания
  - 3) эмоций
  - 4) мышления
  - 5) интеллекта
9. МЕТОДИКА «КВАДРАТ ЛУРИЯ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
  - 1) памяти
  - 2) внимания
  - 3) эмоций
  - 4) мышления
  - 5) интеллекта
10. МЕТОДИКА ТЕСТОВАЯ «БАТАРЕЯ» Д. ВЕКслера ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
  - 1) памяти
  - 2) внимания
  - 3) эмоций
  - 4) мышления
  - 5) интеллекта

#### Рекомендуемая литература для подготовки по теме

##### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

#### **Дополнительная:**

1. Говорин Н.В. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN978-5-9704-5738-2.
3. Кузюкова А.А. Психические расстройства в подростково-юношеском возрасте (клинические иллюстрации) / А.А. Кузюкова, А.П. Рачин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 144 с. – DOI 10.33029/9704-6108-2-PSY- 2021-1-144.

#### **Интернет ресурсы:**

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

## 2. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЧУВСТВЕННОГО И ЛОГИЧЕСКОГО ПОЗНАНИЯ, ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ.

**Исходный уровень:** Чувственный уровень отражения (*из курса философии*), ощущение и восприятие как психические процессы, образ Я (*из курса общей психологии*). Структура мышления как психического процесса (*из курса общей психологии*). Анатомические структуры головного мозга, связанные с когнитивными функциями (*из курсов анатомии и нормальной физиологии человека*); этапы развития познавательной деятельности ребенка (*из курса общей психологии*). Значение ДНК и РНК в механизмах памяти (*из курсов биохимии и нормальной физиологии человека*).

### **Учебная цель занятия:**

Изучение этапов познания, основных процессов чувственного этапа познавательной деятельности (ощущения, восприятия, представления); основных процессов логического этапа познавательной деятельности (мышления, памяти, интеллекта); изучение психопатологических симптомов расстройств чувственного и логического познания.

### **Содержание занятия:**

Два этапа познания – чувственное (ощущение, восприятие, представление) и логическое (мышление, память, внимание, интеллект).

### **Чувственное познание**

*Ощущение* – отражение отдельных свойств предметов и объектов окружающей действительности; виды ощущений (температурные, зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные), их свойства (порог, адаптация, контрастность, последствие).

*Восприятие* – отражение целостных объектов реального мира. Свойства восприятий (предметность и целостность, константность, избирательность, осмысленность, апперцепция). Особенности восприятия у разных людей, понятие о четырех модальностях (визуалист, аудиалист, кинестетик, «компьютерный» тип). Роль определения ведущей репрезентативной системы пациента в работе врача.

*Представление* – чувственный образ предыдущих восприятий, хранящийся в памяти (оживление ранее воспринятых образов), отличия и сходства с восприятием. Сенсорная депривация и ее последствия.

### **Расстройства чувственного познания**

#### **ВВОДНЫЕ ДЕМОНСТРАЦИИ**

Прочитайте самостоятельно при подготовке к занятию. В конце занятия вместе с преподавателем обсудите предложенный текст с позиций симптомов и синдромов (*аналогичная инструкция ко всем демонстрациям в методическом пособии*).

*Мальчик 11 лет, страдает эпилепсией, периодически испытывает следующие переживания:*

1. а) *«внезапно предметы становятся маленькими-маленькими», «страшно бывает идти по улице – вдруг их передвинешь»; в течение того же дня у больного появилось ощущение, что окружающие его предметы увеличивались в размерах – «я иду по улице, все вокруг огромное: дома, автобусы, люди, а я среди них маленький-маленький, даже страшно становится».*

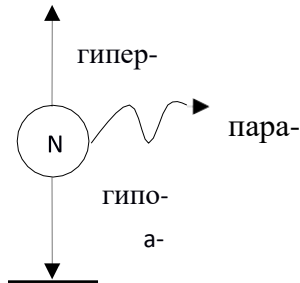
б) *«внезапно возникало ощущение, что голова увеличивается в размерах, почти упирается в стены комнаты, даже страшно к ней прикасаться, вдруг она лопнет».*

2. *Ниже приведен отрывок из произведения Льюиса Кэрролла «Алиса в стране чудес». Внимательно прочитайте и выделите симптомы, описанные в тексте.*

*«...Ой, все чудесится и чудесится! – закричала Алиса. (Она была в таком изумлении, что ей уже не хватало обыкновенных слов и она начала придумывать свои.). – Теперь из меня получается не то что подозрительная труба, а целый телескоп! Прощайте, пяточки! (Это она взглянула на свои ноги, а они были уже где-то далеко внизу, того и гляди, совсем пропадут.). Бедные вы мои ножки, кто же теперь будет надевать на вас чулочки и туфли...Я-то*

*уж сама никак не сумею обуваться! Ну это как раз неплохо! С глаз долой – из сердца вон! Раз вы так далеко ушли, заботьтесь о себе сами!...».*

Многообразие расстройств классифицируют по двум «основным» (сущностным) параметрам: 1) по предметному содержанию; и 2) по формальному количественно-качественному признаку, который можно разложить на отвлеченные составляющие:



Соединение этих параметров дает возможность систематизировать расстройства.

**Расстройства ощущений:** количественные (гиперестезия, гипестезия и анестезия) и качественные (парестезии, сенестопатии и сенесталгии).

**Гиперестезия** проявляется при снижении порога раздражения. При этом обычные внешние раздражители вызывают неприятные ощущения (например, свет кажется очень ярким, звуки – громкими (гиперакузия), запахи – резкими, прикосновения – грубыми, боль – нестерпимой (гипералгезия), вкусовые ощущения – чрезмерными (гипергевзия). У новорожденных детей гиперестезия является физиологической. Реакция на раздражение любого анализатора носит у них генерализованный характер. Позднее гиперестезия у детей и взрослых является отклонением от нормы. Чаще всего гиперестезию наблюдают при состояниях интоксикации, общих инфекциях, при повышенной температуре.

**Гипестезия** характеризуется снижением восприимчивости к внешним раздражителям, обусловлена повышением порога чувствительности. Общие изменения чувствительности свидетельствуют о поражении периферических нервов, в которых проходят волокна, идущие от разных рецепторов. Этот вид расстройства наблюдают при неврологических заболеваниях (невритах, полиневритах); при энцефалопатиях, связанных с некоторыми интоксикациями (наркотическими, алкогольными); при субдепрессивных и депрессивных состояниях и пр.

**Анестезия** характеризуется полной потерей чувствительности. Тактильная анестезия соответствует зонам иннервации и наблюдается при у больных с органическими заболеваниями ЦНС. Данный вид расстройства встречается при коматозных нарушениях сознания при интоксикациях, травмах, эпилептических припадках.

**Парестезии** – это неприятные многомерные ощущения (покалывание, пульсация, жжение), локализующиеся, как правило, на поверхности тела в соответствии с зонами иннервации, но без раздражения из вне.

**Сенестопатии** – тягостные, крайне неприятные ощущения без четкой локализации, возникающие внутри различных частей тела без наличия каких-либо соматических заболеваний (например, больные предъявляют жалобы, что внутри тела что-то «стягивает», «пульсирует», «щекочет», «печет», «холодит» и пр.). В дошкольном возрасте (4-5 лет) впервые появляющиеся сенестопатии выступают в псевдоалгической форме, т.е. в виде болевых ощущений, нередко мигрирующего характера, возникающие преимущественно в животе и конечностях. В младшем школьном и препубертатном возрасте возникают более очерченные сенестопатические и сенесто-ипохондрические состояния. В пубертате нарушение ощущений схожи с их проявлениями у взрослых людей и, как правило, сочетаются с ипохондрическим бредом в структуре шизофрении.

**Расстройства восприятия:** а) иллюзии; б) галлюцинации; в) психосенсорные расстройства (нарушение схемы тела, деперсонализация, дереализация).

**Иллюзии** – это искаженное восприятие реального объекта с нарушением его узнавания. Их разновидности в зависимости от органов чувств (зрительные, слуховые, тактильные и др.); от причин, лежащих в основе искажения восприятия: физические, физиологические и психические (приложение 2).

При *физических иллюзиях* искаженное восприятие является следствием физических особенностей среды или сред, в которых находится воспринимаемый предмет (например, преломление ложки в стакане воды; звук, воспринимаемый в воде, более громкий и измененный по тону).

*Физиологические иллюзии* связаны с условиями функционирования анализаторов (например, при повреждении кожных покровов, малейшее прикосновение воспринимается болезненно; при большой скорости приближения к предмету, он воспринимается увеличенным в размерах).

*Психические (чаще аффективные)* иллюзии связаны с измененным состоянием психики, преимущественно с изменением эмоционального состояния (страх, сильное напряжение, ожидание).

*Парейдолические иллюзии* (парейдолии) – это зрительные иллюзии фантастического содержания, они связаны с деятельностью воображения при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию (например, в рисунке ковра или обоев на стене больной видит устрашающие фантастические картины).

Психические, в том числе парейдолические иллюзии, могут наблюдаться у психически здоровых людей, особенно в условиях необычных эмоциональных состояний. Однако эти же расстройства восприятия наблюдаются и при некоторых психических расстройствах. Так парейдолические иллюзии возникают в состоянии тяжелой абстиненции, указывая на возможность развития алкогольного делирия. Особенно часто парейдолии встречаются у детей при симптоматических психозах токсико-инфекционного генеза.

**Галлюцинации** – ложное восприятие без реального объекта.

*Классификационные параметры галлюцинаций:*

- по органам чувств – анализаторам (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, общего чувства);
- по сложности (элементарные, простые и сложные (комплексные, комбинированные)). *Элементарные галлюцинации* – это мнимое восприятие отдельных звуков, шумов, стука (акозмы – элементарные слуховые галлюцинации) или вспышек света (фотопсии – элементарные зрительные галлюцинации). *Простые галлюцинации* – те, которые можно локализовать в пределах одного анализатора (только обонятельные или только слуховые и т.п.). *Сложные (комплексные, комбинированные)* – это галлюцинации, одновременно возникающие в двух и более анализаторах (например, слуховом и зрительном анализаторах).
- по полноте образа: **истинные и псевдогаллюцинации.**

**Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций следующими критериями:**

- 1. Критерий неполноты компонентов реальности.** Псевдогаллюцинации не имеют внешней проекции, а проецируются внутри тела больного, либо за пределами внешнего горизонта. Образы могут быть лишены цвета, формы, звучности и других свойств, что создают у больного впечатление необычности воспринимаемого предмета или явления.
- 2. Критерий чувственной яркости.** Псевдогаллюцинации лишены реальности и чувственной живости. Например, «голоса», которые слышит больной, слишком громкие или слишком тихие, лишены тембра или акустичности, «плоские, как по радио». Больные характеризуют псевдогаллюцинаторные образы как «нематериальные», «прозрачные», «лишенные объемности».
- 3. Критерий «сделанности», «навязанности извне».** Неполнота и необычность восприятия

при отсутствии критики к болезненному происхождению воспринимаемого образа порождает чувство искусственности, навязанности этих образов. Больные связывают эти образы с действиями определенных лиц, которые заставляют их воспринимать слуховые или зрительные образы. Это отражает неразрывную связь псевдогаллюцинаций с бредом воздействия.

**4. Критерий актуальности поведения.** Истинные галлюцинации, как правило, отражаются в поведении больного. Так, он старается закрыть уши руками, «чтобы не слышать голоса», старается «не наступить на видимую змею» и т.п. В то же время больной, испытывающий псевдогаллюцинации, продолжает безучастно лежать в постели, хотя в ряде случаев, особенно при императивных (приказы) псевдогаллюцинациях, больной может подчиняться псевдогаллюцинаторным «приказам».

**5. Критерий социальной уверенности.** Больные с истинными галлюцинациями уверены, что и окружающие испытывают те же переживания, в то время как больные с псевдогаллюцинациями считают свои переживания сугубо личным делом. Этот критерий во многом сходен с чувством навязанности и «деланности». Псевдогаллюцинации, являясь составной частью синдрома Кандинского-Клерамбо, указывают на хроническое, затяжное течение болезненного процесса и наблюдаются, как правило, при эндогенных психозах, чаще в рамках параноидной шизофрении.

Систематика по другим значимым параметрам: а) смысловому содержанию: повелительные (императивные), нейтральные, комментирующие, обвиняющие – защищающие и др. б) гипнагогические (возникают при засыпании на темном поле зрения), гипнопомпические (возникают при пробуждении), функциональные (галлюцинаторные образы возникают на фоне действия внешнего раздражителя, который, не воспринимаясь, в иллюзорном смысле, создает условия для проявления галлюцинаций). Например, в шуме дождя больной начинает слышать голоса людей. Отличие функциональных галлюцинаций от иллюзий в том, что они не сливаются с внешним раздражителем и даже не искажают его, а воспринимаются одновременно с ним; внушенные (Рейхардта, Ашаффенбурга, Липмана); в) единичные – множественные; г) «зоологические», д) сценоподобные и др.

Влияние предыдущего опыта и интересов личности на содержательную (смысловую) наполненность галлюцинаторных и иллюзорных образов. Отношение к ним личности носителя-субъекта: критическое – отчасти критическое – неопределенное – двойственное; своеобразное. Специфическое сосредоточение внимания на галлюцинаторном образе, возможность отвлечь больного («симптом пробуждения»).

Галлюцинации достаточно часто встречаются при психозах у детей всех возрастов, но диагностика их представляет значительные трудности, которые обусловлены прежде всего тем, что дети зачастую отождествляют галлюцинаторные образы со сновидениями, а также тем, что галлюцинации у детей трудноотличимы от эйдетических образных представлений. Чем младше ребенок, тем чаще у него преобладают зрительные и тактильные галлюцинации. Галлюцинации у детей младшего возраста носят нестойкий характер, возникают или усиливаются на фоне тревоги и страха, расстройств сознания, при ослаблении которых могут исчезнуть. У подростков уже может возникнуть синдром галлюциноза – обильные, чаще однотипные, галлюцинации на фоне ясного сознания, не подвергающиеся постоянной бредовой интерпретации.

**Психосенсорные расстройства** – сложные расстройства восприятия: метаморфозия, дереализация, деперсонализация, расстройства схемы тела. Нозологическая специфичность расстройств восприятия.

**Психосенсорные расстройства** – сложные расстройства восприятия, при которых воспринимаемый объект узнается правильно, но в искаженной форме. *Расстройства схемы тела (аутометоморфозии)* – искаженное восприятие собственного тела целиком или его отдельных частей. Например, больной может воспринимать свое тело уменьшенным, увеличенным в размерах, чрезмерно легким или тяжелым, изменяется ощущение отдельных частей

тела (увеличились руки, нос стал непропорционально большим и т.п.). Указанные расстройства могут наблюдаться при различных органических поражениях мозга. Наиболее типичны для энцефалитов, эпилепсии, опухолей теменно-затылочных отделов правого полушария и области межзачаточного мозга.

Сложные нарушения проявляются нарушением узнавания отличительных (индивидуальных) свойств окружающей обстановки и собственной личности. Они включают в себя *дереализацию* и *деперсонализацию*.

**Дереализация** – это искаженное восприятие окружающего мира. Может проявляться субъективным ощущением отчужденности внешнего мира. Например, окружающий мир может восприниматься серым, безжизненным, пластмассовым.

К дереализационному синдрому относятся нарушения восприятия размера предметов: *микropsия* (предмет воспринимается уменьшенным в размерах), *макрropsия* (увеличенным в размерах), освещенности, цвета и т.п. Может изменяться восприятие расстояния до предметов, изменение конфигурации и отдельных частей воспринимаемых предметов. Разновидностью дереализации является симптом «уже виденного» (*deja vu*) и «никогда не виденного» (*jamais vu*). Симптом «уже виденного» или «уже пережитого» заключается в том, что больной, попавший в незнакомую обстановку, внезапно ощущает уверенность в том, что окружающее он видел раньше, ему знакомы окружающие предметы, он знает последовательность событий, которые будут происходить. Обратное восприятие наблюдается при симптоме «никогда не виденного». Больной начинает воспринимать знакомую, привычную обстановку, как неизвестную ему.

**Деперсонализация** – это нарушение восприятия собственной личности, при этом больной ощущает измененность собственного «Я», отмечает изменение эмоций, мироощущения, отношения к близким.

У детей младшего возраста психосенсорные расстройства встречаются в структуре помрачений сознания при токсико-инфекционных и соматогенных психозах. Варианты деперсонализации встречаются у детей старшего возраста при депрессивных расстройствах, подкорковых энцефалитах, вследствие глубокого соматического и психического истощения.

### **Логическое (абстрактное) познание**

**Мышление** – это психический процесс, заключающийся в установлении внутренних связей между предметами и явлениями. Процесс мышления осуществляется путем совершения мыслительных операций. К основным из них относятся анализ, синтез, сравнение, обобщение, конкретизация, абстрагирование. К основным свойствам мышления относятся целенаправленность, логичность, экономичность, продуктивность, непрерывность, критичность, эвристичность. Этапы развития мышления в онтогенезе: наглядно-действенное, конкретно-образное, абстрактно-логическое.

Мышление, являясь высшим познавательным процессом, всегда направлено на творческое преобразование имеющихся в памяти представлений и образов. На основе ощущений и восприятия в процессе мышления формируются представления и понятия.

**Представление** – это образ конкретного предмета или явления, воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений или благодаря воображению.

**Понятие** – более обобщенное отражение (обобщенные образы) свойств предметов или явлений, формирующиеся на основе сопоставления представлений.

Представления и понятия связаны между собой ассоциациями. Связь между двумя понятиями называется суждением (например, девушка – студентка). Из двух или более суждений можно вывести новое суждение, логически непосредственно вытекающее из них и называемое *умозаключением*.

**Память** как отражение прошлого опыта, ее связь с другими психическими функциями. Теории памяти: психологическая, физиологическая (концепция нейрональных связей), биохимическая (теория информационной РНК). Этапы памяти: запоминание, сохранение, воспроизведение (активное и пассивное) информации, узнавание. Классификация памяти по



органам чувств (зрительная, слуховая, вкусовая, обонятельная), по временному параметру (кратковременная, долговременная и оперативная), по уровню развития (образная, словесно-логическая). Анатомо-физиологические основы памяти: лимбическая система, височные доли, циркуляция возбуждения в нейронах, роль РНК.

Факторы запоминания (объективные и субъективные), приемы запоминания (группировка, ритм и рифма, начало слов, цепной метод, перекодирование, схематизация, выделение опорных пунктов, план).

**Интеллект** (ум-разум) – общая познавательная способность; умение приобретать и использовать знания. Предпосылки интеллекта: память, мышление, внимание. Интеллект не предполагает обязательного социального содержания.

**Методики** экспериментально-психологического исследования познавательной сферы.

### **Расстройства мышления**

**Расстройства течения ассоциаций.** Количественные и качественные.

Количественные расстройства мышления: болезненно ускоренное мышление (тахифрения) и болезненно замедленное мышление (брадифрения). *Болезненно ускоренное мышление* характеризуется увеличением речевой продукции в единицу времени. В основе лежит ускорение течения ассоциативного процесса. Течение мысли обуславливается внешними ассоциациями, каждая из которых является толчком для новой тематики рассуждений. Ускоренный темп мышления приводит к поверхностным, поспешным суждениям и умозаключениям. Больные говорят торопливо, без пауз, речь приобретает характер «телеграфного стиля» (больные пропускают союзы, междометия, приставки, окончания). Проявлением крайней степени ускоренного темпа мышления является «скачка идей» (*Fuga idearum*). Болезненно ускоренное мышление наблюдают при маниакальных состояниях. *Болезненно замедленное мышление* выражается в речевой заторможенности, застреваемости. Ассоциации бедны, переключаемость затруднена, ответы односложны, больные немногословны. Зачастую это расстройство сочетается с гиподинамией, гипотимией, гипомнезией. Болезненно замедленное мышление наблюдают при депрессивных, апатических, астенических состояниях, а также органических, инфекционных заболеваниях головного мозга.

Качественные расстройства течения ассоциативного процесса проявляются в следующих формах.

Нарушение целенаправленности мышления проявляется в следующих формах: патологическая обстоятельность, резонерство, персеверация, символическое мышление, аутистическое мышление.

**Патологическая обстоятельность** характеризуется склонностью к детализации, неспособностью отделить главное от второстепенного, существенного от несущественного. Переключение от одного круга представлений к другому затруднено. Прервать речь больных и направить в нужное русло представляет значительные трудности. Это расстройство мышления чаще всего наблюдают у больных эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга.

**Резонерство** (бесплодное мудрствование, рассуждательство) – расстройство мышления с преобладанием пространных, отвлеченных, малосодержательных рассуждений на общие темы, по поводу общеизвестных истин. Этот вид нарушения мышления чаще всего наблюдают при шизофрении. Возрастной особенностью резонерского мышления является встречающаяся в пубертатном возрасте метафизическая (философическая) интоксикация. При этом подростки начинают рассуждать о смысле жизни, искать границы между живым и неживым, решать глобальные научные проблемы, не имея для этого достаточного количества знаний.

**Персеверация** – болезненное повторение одних и тех же слов, фраз в связи с выраженным затруднением переключаемости ассоциативного процесса и доминированием какой-либо одной мысли, представления. Это вид нарушения мышления наблюдают при

эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, депрессиях. *Так, подросток 15 лет, страдающий эпилепсией отвечает на вопросы врача: «Как тебя зовут?» -*

*«Вадим»; «А сколько тебе лет?» - «Вадим»; «Где ты живешь?» - «Вадим» и пр.* Часто персеверативное мышление сочетается с обстоятельностью мыслительного процесса.

**Символическое мышление** – расстройство мышления, при котором больной вкладывает в те или иные знаки, рисунки, цвета особый смысл, понятный только ему. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (неологизмами, например, «Зеркаластр», «Группноматрикс» и пр.), больные разрабатывают новые языковые системы. Это вид нарушения мышления наблюдают при шизофрении.

**Аутистическое мышление** – характеризуется отрывом от окружающей реальности, погружением в мир собственных причудливых, фантастических переживаний, непонятных окружающим. Важной особенностью аутистического мышления является то, что больной не обращает внимания даже на вопиющие противоречия его высказываний, умозаключений и поступков с окружающей действительностью. Данный вид нарушения мышления относится к основным симптомам шизофрении, но может наблюдаться при шизоидном расстройстве личности, шизотипическом расстройстве.

Нарушение ассоциативного процесса по стройности проявляется в следующих формах: разорванность мышления, шперрунги, ментизм, бессвязное мышление, вербигирация, паралогическое мышление.

**Разорванность мышления** – выражается в нарушении смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматического построения фразы. На более ранних этапах заболевания она может проявляться в нарушении смысловых связей не внутри предложения, а в процессе повествования между фразами, которые в отдельности имеют законченное смысловое содержание (Пример – больная 13 лет заявляет врачу: «Это никуда не годится! Я завершила вселенский атомный межгалактический кирпич, прошла двадцатью шестью тысячами сестричек-стульчиков железными ковшами до самой окраины, и ни один генерал не стал ни ватным бубликом, ни железной росой»).

**Шперрунг** (остановка, «закупорка») – расстройство мышления, которое заключается во внезапном обрыве мыслей. Клинически проявляется неожиданными остановками речи, сознание при этом не нарушено. Пациент, как правило, отмечает, что это явление субъективно неприятно, из-за «потери мысли» он «не может нормально думать», «внезапно мысль оборвалась...в голове пустота». Чаще явление шперрунга наблюдают в препубертатном и пубертатном возрасте, а также у взрослых пациентов с шизофренией.

**Ментизм** – наплывы разнородных мыслей, неожиданных ассоциаций, образных представлений. Данный вид нарушения мышления представляет собой своеобразный ассоциативный автоматизм: наплывы мыслей и образов возникают произвольно и их нельзя прекратить волевым усилием. Пациенты отмечают, что в голове «каша...путаница мыслей...все перемешалось...» и пр. В отличие от ускоренного мышления (тахифрении) не отмечается ускорения речи, а наоборот – больной не знает, что сказать, молчит или произносит отрывочные фразы. Как правило, ментизм воспринимается больным как субъективно неприятное явление. Данный вид нарушения мышления наблюдают при шизофрении.

**Бессвязное (инкогерентное) мышление** характеризуется отсутствием не только логических, но и грамматических связей между словами в предложении. Речь больных представляет собой набор отдельных слов или даже звуков. Это расстройство мышления наблюдают при расстройствах сознания в структуре экзогенных психозов (аментивная спутанность сознания). *Так, подросток 16 лет, поступил в стационар после отравления большим количеством этилового спирта. Находится в пределах постели, возбужден, выкрикивает различные слова, не связанные между собой по смыслу: «Стол...куда...фонарь...люди...да...парта...январь...» и пр. Продуктивному контакту не доступен. Не узнает окружающих, периодически чего-то боится.*

**Вербигирация** – своеобразные стереотипии в речи, доходящие в некоторых случаях до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов.

**Паралогическое мышление («кривая логика»)** – это расстройство мышления, которое характеризуется актуализацией латентных признаков, при этом из правильных логических посылок больной выводит логически некорректные умозаключения. При этом часто наблюдаются «соскальзывание» с последовательно развивающейся темы или «мимо-ответы» на поставленные вопросы (Пример: больная 16 лет на вопрос, почему она пыталась совершить суицидальную попытку, ответила, что «очень любит покушать», а «суицид и еда – вещи совершенно взаимосвязанные», «что же мне было делать... разве вы не видите логики поступка?»).

**Расстройства суждений:** идеи навязчивые, сверхценные, бредовые.

**Навязчивые идеи (обсессии, ананкастные идеи).** Возникают непроизвольно, помимо воли и желания больного, осознаются критически как неправильные, чуждые, пациент стремится от них избавиться. Эти идеи нередко сопровождаются защитными действиями (ритуалами).

Навязчивые явления разделяют на три группы: 1) отвлеченные навязчивости, т.е. не вызывающие яркой эмоциональной окраски навязчивые идеи; 2) образные, с тягостными, эмоционально отрицательными переживаниями; 3) фобические, навязчивые страхи.

У детей младшего возраста навязчивыми являются не столько мысли, сколько страхи. Чем старше ребенок, тем больше у него выражен этап сомнения, борьбы с возникающими обсессиями и последующей критики.

**Сверхценные идеи** – основаны на реальных событиях и фактах, но в силу личностных особенностей возникающим идеям придается чрезмерное значение. Свойства: систематизированность, эмоциональная заряженность, возможная корригируемость разубеждениями. У взрослых сверхценные идеи чаще развиваются при паранойальном расстройстве личности (идеи изобретательства, ревности и др.) и при соматическом заболевании (ипохондрические идеи). Для детей не характерны такие сложные и систематизированные построения. Как сверхценные образования у лиц подросткового возраста описываются:

- а) односторонние увлечения препубертатного и пубертатного периодов (например, мальчик в течение нескольких лет интересовался только географическими картами). У детей младшего возраста данное расстройство проявляется стереотипными назойливыми вопросами типа: «Почему умирают люди?», «Что будет после смерти?» и т.д.
- б) пубертатному возрасту свойственна также односторонняя сверхценная озабоченность собственной внешностью: идеи некрасивого телосложения (дисморфомания) или необходимости ограничения в еде (нервная анорексия). Эти идеи в ряде случаев носят бредовой характер, резко меняют поведение больного, что указывает на развитие эндогенного психического расстройства.

**Бредовые идеи** представляют собой ложные, ошибочные суждения (умозаключения), возникшие на болезненной основе и недоступные критике и коррекции. Здорового человека, но заблуждающегося, рано или поздно можно либо разубедить, либо он сам поймет ошибочность своих взглядов. Бред, как одно из проявлений расстройства психической деятельности, в целом может быть устранен только посредством специального лечения.

Клинические критерии бреда: идеи обычно не соответствуют действительности, одержимость идеями (эмоциональная заряженность), отсутствие критики, болезненная основа. Стадии развития: *бредовое настроение* (выражается в чувстве неопределенного внутреннего беспокойства, в тревожном предчувствии беды, появляется настороженность, подозрительность, уверенность, что вокруг происходят опасные изменения), *бредовое восприятие и толкование* (такое восприятие окружающего, когда, наряду с обычным восприятием реально существующего объекта, появляется необычная, странная, не связанная логически с реальной действительностью идея с характером особого отношения к больному. Приобретая более очерченную форму, бредовое восприятие превращается в бредовое толкование, которое проявляется в том, что больной начинает толковать события, факты, слова окружающих в

бредовом плане, но еще не связывает свои болезненные умозаключения в единую систему), *кристаллизация* (оформление бредовых соображений в систему бредовых идей), распад бреда. Исходы бреда: полное исчезновение, дезактуализация, инкапсуляция, хронизация, распад вследствие слабоумия. Виды бреда по структуре: паранойяльный, параноидный, парафренный;

**Классификационные параметры бреда** (как симптомы – см. рис. 3):

1. По происхождению: первичный (бред толкования, интерпретации) – вытекает непосредственно из расстройств мышления и сводится к установлению неправильных связей, неправильному пониманию взаимоотношений между реальными объектами; вторичный (чувственный) формируется из галлюцинаций, сенестопатий, эмоциональных и др. расстройств; кататимный, индуцированный.
2. По содержанию:
  - а) бред с пониженной самооценкой (самоуничужения, греховности, дисморфоманический, ипохондрический, нигилистический);
  - б) бред с повышенной самооценкой (величия, богатства, изобретательства, любовный);
  - в) персекуторный (преследования, воздействия, отношения);
  - г) смешанные формы (сутяжничества, симптом двойника).
3. По структуре (систематизированный и несистематизированный, паранойяльный, параноидный и парафренный бред).

**Паранойяльный синдром** – это первичный монотематический, систематизированный бред толкования. По фабуле (теме, содержанию) может быть представлен бредовыми идеями отношения, ревности, изобретательства, реформаторства, сутяжничества, ипохондрическими и пр.

**Параноидный синдром** характеризуется вторичным бредом преследования, воздействия, отравления, который сочетается с галлюцинаторными расстройствами. Бредовые переживания отрицательно окрашены, политематичны, по мере течения расстройства становятся все более нелепыми и отрывочными, теряется их конкретная направленность. При шизофрении часто наблюдают один из наиболее типичных вариантов галлюцинаторно-параноидного синдрома – *синдром Кандинского-Клерамбо*, который складывается из псевдогаллюцинаций, бредовых идей преследования и/или воздействия, психических автоматизмов.

**Автоматизмами** называют явление утраты чувства принадлежности самому себе мыслей, эмоциональных переживаний, действий. По этой причине психические процессы больных субъективно воспринимаются ими как автоматические. Г. Клерамбо (1920) описал три вида автоматизмов: - идеаторный (ассоциативный) автоматизм проявляется чувством постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладыванием или отнятием; обрывами (шперрунги) или наплывами (ментизм) мыслей; ощущением, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости); «эхом мыслей»; насильственной внутренней речью; вербальными псевдогаллюцинациями, воспринимаемыми как ощущение передачи мыслей на расстояние.

*Эхо мыслей* – ощущение, что собственные мысли повторяются или отдаются эхом (но не произносятся вслух) с интервалом в несколько секунд между мыслью и ее эхом. Повторяемая мысль, несмотря на идентичность содержания, может быть изменена качественно. Это явление может быть похоже с вербальными слуховыми галлюцинациями, повторяющими мысль больного. При «эхо мыслей» сами повторы воспринимаются как мысль.

*Вкладывание мыслей* – переживаемые собственные мысли осознаются как чужие или внедренные в мозг извне. Вопреки убеждению, что мысли не его/ее собственные, больной не может понять, откуда пришли чужие мысли. Убеждение в том, что мысль чужого происхождения, часто возникает одновременно с ощущением вкладывания мыслей.

*Отнятие мыслей* – ощущение, что собственные мысли отбираются или присваиваются внешней силой, так что больной не имеет мыслей. Как и при вкладывании мыслей,

пациент убежден в чужеродном происхождении вмешательства, и это убеждение часто возникает одновременно с ощущением отнятия мыслей.

*Передача (открытость) мыслей* – ощущение, что собственные мысли истекают из мозга, так что ими можно поделиться с другими людьми или сделать публичным достоянием.

- Сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм характеризуется появлением различных неприятных ощущений в теле (сенестопатий), чувства жжения, скручивания, боли, полового возбуждения, которые воспринимаются больным как сделанные, специально вызванные. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации могут рассматриваться в качестве вариантов этого автоматизма.

- Моторный (кинестетический, двигательный) автоматизм проявляется ощущением вынужденности некоторых действий, поступков больного, которые совершаются помимо его воли или вызваны воздействием извне. При этом больные часто испытывают тягостное чувство физической несвободы, называя себя «роботами, марионетками и пр.» (чувство овладения).

**Парафренный синдром** характеризуется сочетанием фантастических, нелепых идей величия с экспансивным аффектом, явлениями психического автоматизма, бредом воздействия и псевдогаллюцинациями. При параноидной шизофрении парафренный синдром является заключительным этапом течения психоза.

Типичная динамика синдромов: паранойяльные → параноидные (галлюцинаторно-параноидные, депрессивно-параноидные, психического автоматизма) → парафренные.

**Синдром Котара** – нигилистический бред громадного масштаба в сочетании с ипохондрическими бредовыми идеями и идеями собственной греховности.

**Синдром Кангра** – больные с этим синдромом утверждают, что они постоянно или периодически встречаются с двойником кого-то из близких людей.

**Синдром Фреголи** – бред положительного и отрицательного двойника и бред метаморфозы. Для этого психического феномена характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах.

**Бред положительного двойника** заключается в том, что больной ранее незнакомых ему людей считает своими родственниками или близкими знакомыми.

При **брёде отрицательного двойника** больной начинает считать чужими ранее хорошо ему знакомых людей.

**Бред интерметаморфозы** проявляется в высказываниях больного о том, что окружающие его люди подверглись каким-то значительным внешним или внутренним изменениям.

У детей редко возникают бредовые идеи, особенно стойкие и систематизированные. Такой бред наблюдается лишь с 10-11 лет. У детей дошкольного возраста при инфекционных состояниях может наблюдаться яркий, образный, отрывочный бред. Он характеризуется рудиментарностью, нестойкостью, напоминает детские страхи. У младших школьников может появляться бред враждебного отношения одноклассников. Больные испытывают страх посещать школу, так как убеждены, что одноклассники над ними насмеются, могут ударить, убить. Рудиментом параноидного бреда у младших школьников является чувство присутствия постороннего.

В пубертатном возрасте чаще наблюдают формирование дисморфоманического синдрома, характеризующегося убежденностью больного в уродстве, физическом дефекте собственной внешности, бредовых идей отношения окружающих к мнимому недостатку внешности. Для больных с дисморфоманией характерны *симптом зеркала* (больные подолгу рассматривают себя в зеркале или, наоборот, избегают зеркал и боятся их), *симптом фотографии* (отказ подростка от фотографирования, так как на фотографии будет «запечатлено его уродство»). При шизофрении эти идеи, чаще касающиеся лица («лошадиная челюсть», «уродливые уши... глаза»), нередко переходят в бред физического воздействия, якобы испортившего организм. Как вариант дисморфомании у подростков возникает бред дурного запаха; у мальчиков-подростков при шизофрении возникает убежденность об истечении запаха

из заднего прохода, области подмышек, от половых органов. Возможна трансформация бреда дурного запаха в нигилистический бред («внутри все сгнило...разложилось», «нет внутренних органов»), часто с трактовкой воздействия извне.

Для подростков характерен также бред чужих родителей, при котором истинными родителями считают других, часто известных и знаменитых людей. Больные стремятся выяснить, «почему их подменили в роддоме», «почему ему ничего не говорили», отношения с близкими становятся конфликтными, подростки предпринимают попытки «встретиться с истинными родителями». Данные расстройства наблюдают при шизофрении.

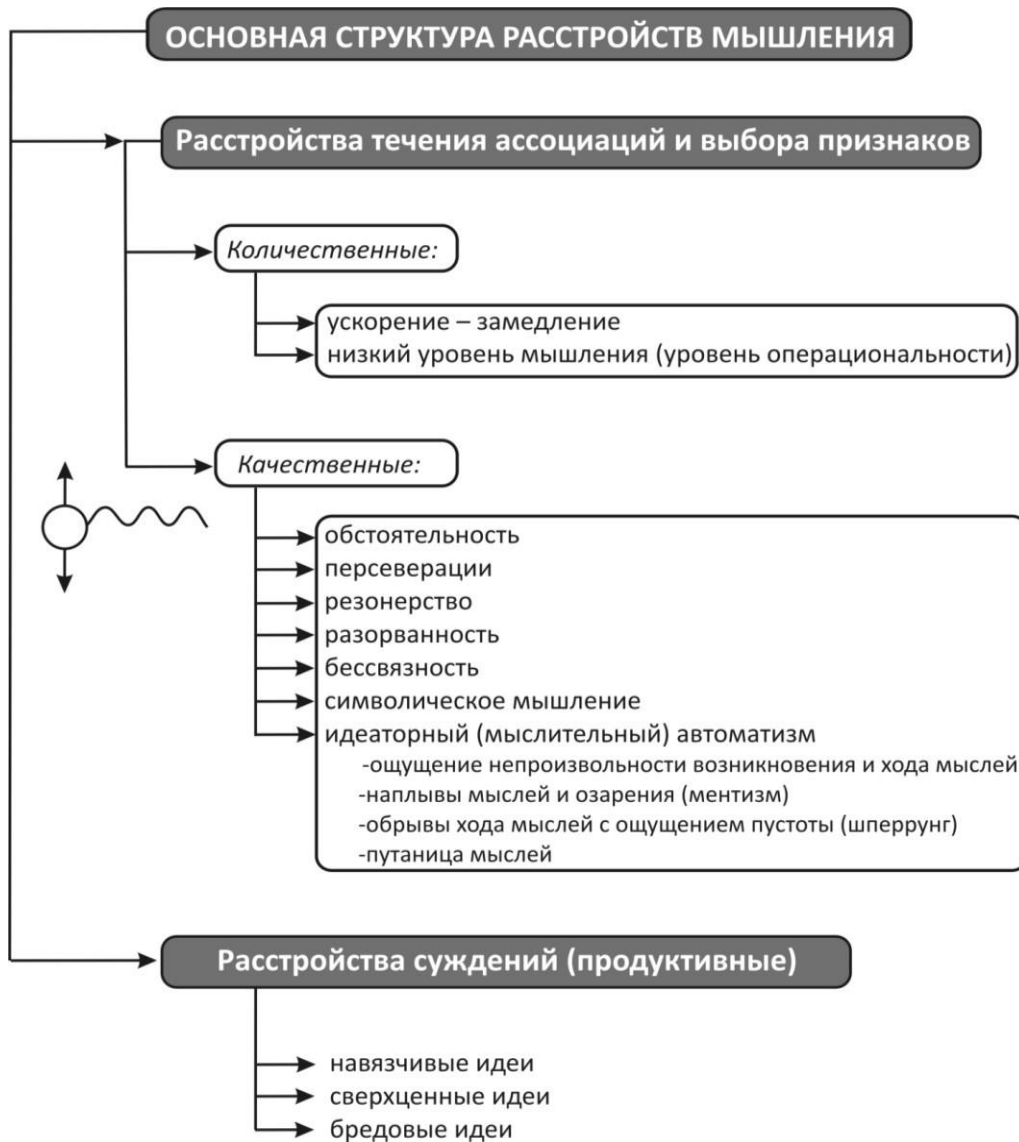
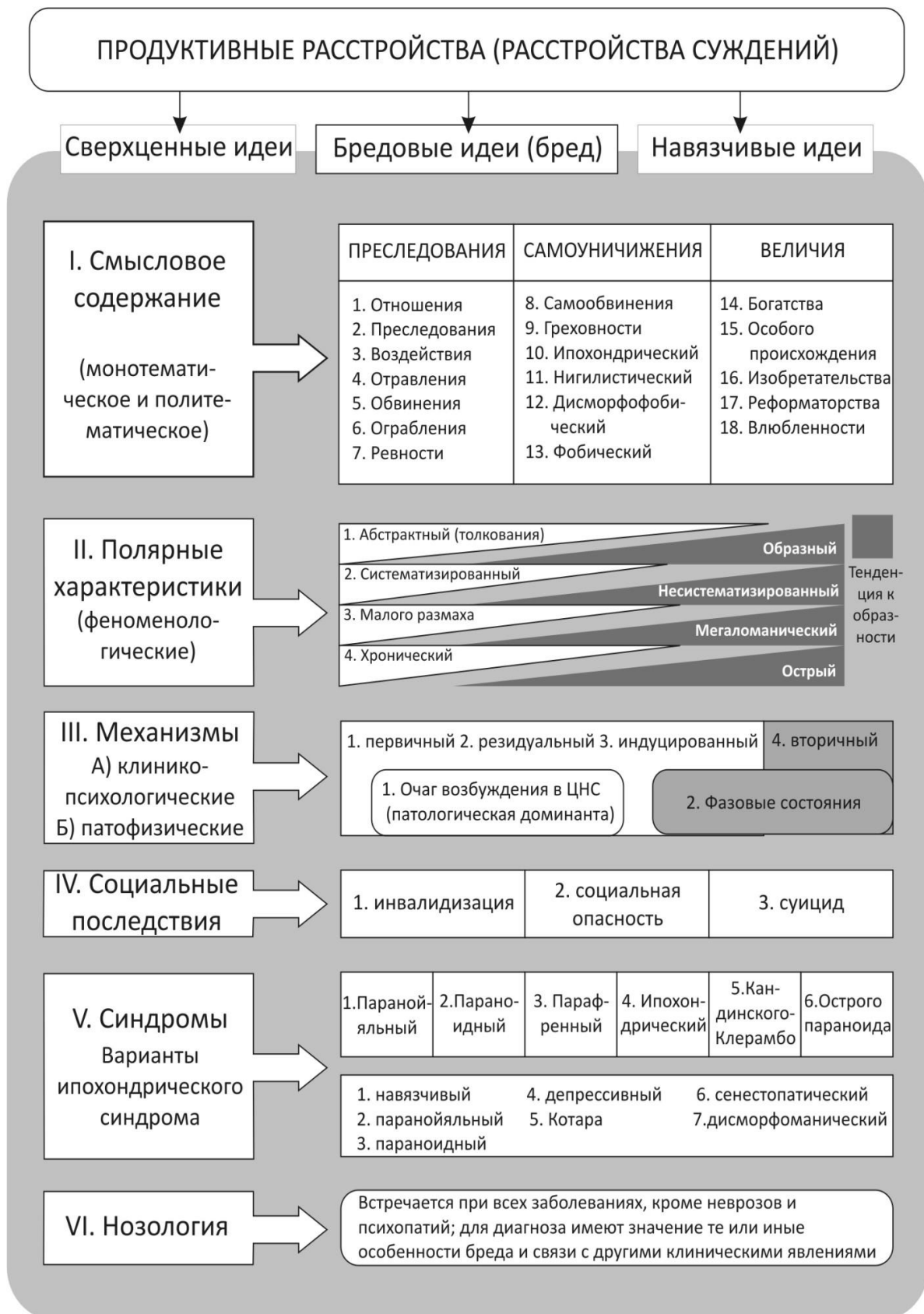


Рис. 4. Структура расстройств мышления

## НЕКОТОРЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ БРЕДА



**Рис. 5.** Структурные параметры бреда



**Рис. 6.** Клинические параметры и этапы развития бреда

**Расстройства памяти и интеллекта** **Расстройства памяти.**

Количественные расстройства: гипермнезия, гипомнезия и амнезии.

**Гипермнезия** – усиление, как правило, механической памяти. Данное расстройство наблюдают при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, шизофрении.

**Гипомнезия** – ослабление памяти или отдельных ее компонентов, проявляющееся выпадением каких-либо фактов, событий, имен, дат, терминов и пр. Часто нарушается воспроизведение полученной информации. Дети дошкольного возраста не могут запомнить правил игры, выучить короткие стихотворения и пр., в то время как дети школьного возраста становятся неспособными к избирательному и произвольному воспроизведению известных имен, названий, испытывают трудности в усвоении учебного материала. Данное расстройство возникает как следствие перенесенных нейроинфекций, травм головного мозга в структуре церебрастенического синдрома.

**Амнезия** – полная или частичная утрата способности сохранять и воспроизводить полученную информацию. По объему утраченной памяти различают фрагментарную (частичную) и тотальную (полную) амнезии. При фрагментарной амнезии больной помнит какие-то короткие, часто не связанные друг с другом, эпизоды. При тотальной амнезии больной не способен ничего вспомнить за определенный период времени.



### **Психологические закономерности снижения (распада) памяти (закон Т. Рибо):**

- 1) забываются вперед события недавние (а наиболее поздно события детства).
- 2) забываются вперед события общественные (позже личные).
- 3) забываются вперед события эмоционально-нейтральные (позже сильно переживаемые).
- 4) забываются вперед сложные знания и навыки (простые позднее).
- 5) забываются вперед действия мало автоматизированные (позже привычные и автоматизированные).

*По характеру разворачивания нарушений памяти выделяют следующие виды амнезий:*

- прогрессирующая, которая развивается по закону Т. Рибо;
- регрессирующая, при которой спонтанно или в результате лечения нарушения памяти подвергаются обратному развитию и утраченная информация восстанавливается;
- стационарная, которая является стойкой по времени, не меняющимся по объему информации дефектом памяти, охватывающим определенный отрезок жизни больного.

*По отношению временного периода амнезии к периоду болезни различают:*

- конградную амнезию, которая возникает на период состояния нарушенного сознания, чаще всего выключения;
- ретардированную амнезию, характеризующуюся утратой воспоминаний на промежуток времени, соответствующий периоду потери сознания или иного болезненного психического состояния, возникающую лишь через некоторое время после его окончания;
- антероградную амнезию, при которой из памяти больного выпадает отрезок времени после завершения острого или острейшего проявления болезненного состояния (например, судорожного припадка, ЧМТ) и восстановления ясности сознания;
- ретроградную амнезию, характеризующуюся утратой памяти на события, предшествовавшие расстройству сознания или иному болезненному психическому состоянию (например, состояние сопора при ЧМТ или менингите);
- антероретроградную амнезию, сочетающую нарушения при двух предыдущих: больные не могут вспомнить как события, предшествовавшие патологическому состоянию, так и следовавшие за ним.
- фиксационную амнезию, которая характеризуется резким снижением или полной утратой способности запечатлеть и удерживать в памяти события, происходящие в данный момент. Этот симптом является основным нарушением при Корсаковском синдроме.

**Качественные расстройства памяти** – парамнезии (криптомнезии, псевдореминисценции и конфабуляции) – у детей и подростков встречаются реже, чем у взрослых.

**Криптомнезии** – нарушения памяти, при которых больные приписывают своему творчеству воспоминания, почерпнутые из книг, рассказы о событиях, случившихся с другими людьми или произошедшие во сне.

**Псевдореминисценции** – нарушение памяти, при котором реальные события прошлого переносятся больным в настоящее.

**Конфабуляции** – замещение провала памяти вымышленными событиями фантастического, нереального характера, которые не могли иметь место в жизни больного. У детей конфабуляции носят сказочный, фантастический характер, у подростков содержат эротические мотивы. Появление конфабуляций свидетельствует о тяжелых расстройствах памяти.

**Амнестический синдром** (Корсаковский) представляет собой прогрессирующее снижение кратковременной памяти, включает следующие симптомы:

- *фиксационную амнезию*, т.е. невозможность запечатлеть и удерживать в памяти события, происходящие в данный момент;
- *амнестическую дезориентировку* вследствие невозможности сохранить в памяти информацию о событиях, происходящих в реальной действительности;
- *парамнезии* (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии).

Корсаковский синдром, как правило, наблюдают при длительно текущих хронических заболеваниях головного мозга.

### **Расстройства интеллекта.**

**Интеллект** – это совокупность всех познавательных процессов, отражающая уровень способности к приобретению и эффективному использованию знаний. Предпосылки интеллекта: память, мышление, внимание, владение речью, скорость обработки информации, пространственный гнозис, спонтанность, инициативность и др. Патология интеллекта: *умственная отсталость* и *слабоумие (деменция)*. Понятие о парциальном (лакунарном) и тотальном (глобальном) слабоумии.

*Лакунарное слабоумие* характеризуется нарушением отдельных сторон познавательной деятельности, в первую очередь, расстройством памяти. Больные испытывают существенные трудности в усвоении новых знаний, однако ранее приобретенные профессиональные навыки могут сохраняться достаточно длительное время. Критика к своему состоянию сохраняется, поэтому больные записывают наиболее важную информацию, используя бумажные шпательки, стесняются своей несамостоятельности. Морально-нравственные установки у лиц с лакунарной деменцией сохранены. Характерно шаржирование черт личности: бережливые пациенты становятся скупыми, недоверчивые – подозрительными. Данное расстройство наблюдают у больных с сосудистым заболеванием головного мозга (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз) и др.

*Тотальное слабоумие* характеризуется относительно равномерным снижением всех познавательных процессов: памяти, внимания, мышления и др. Нарушения мышления представлены невозможностью образования логических связей, абстрагирования. Резко снижается уровень обобщения понятий, обнаруживается слабость суждений и умозаключений. Постепенно нарастает расстройство как кратковременной, так и долговременной памяти, нарушается активное внимание. Морально-нравственные установки снижаются, обнажаются низшие, инстинктивные эмоции. Эмоциональный фон может быть угрюмо-раздражительным, эйфорически-благодушным или апатическим, быстро утрачивается критика к своему состоянию, суждения и поступки становятся нелепыми. Отмечается распад «ядра личности» (утрачиваются индивидуальные психические особенности, социально-приемлемые навыки поведения). Данное расстройство наблюдают при грубых органических процессах, при которых преимущественно поражается кора головного мозга, а также при атрофических дегенеративных заболеваниях (болезни Альцгеймера, Пика и др.), сифилисе головного мозга (в том числе при прогрессирующем параличе).

*Расстройства интеллекта у детей более подробно будут рассмотрены в занятии № 14. «Нарушения интеллекта у детей: умственная отсталость и задержки психического развития».*

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Понятие о познавательной сфере, ее компоненты.
2. Ощущения, восприятия, представления, их развитие в онтогенезе.
3. Расстройства чувственного познания, систематика. Особенности расстройств в детском возрасте.
4. Иллюзии, их диагностическое значение. Особенности расстройств в детском возрасте.
5. Галлюцинации, систематика, истинные и псевдогаллюцинации, их диагностическое значение. Особенности расстройств в детском возрасте.
6. Психосенсорные расстройства, их диагностическое значение. Особенности расстройств в детском возрасте.
7. Основные категории мышления: «понятие», «суждение», «умозаключение».
8. Систематика расстройств мышления: расстройства течения ассоциаций и расстройства суждений. Особенности расстройств в детском возрасте.
9. Классификационные параметры бреда. Особенности расстройств в детском возрасте.
10. Классификация памяти и процессы памяти.

11. Развитие памяти в онтогенезе. Значение памяти в других психических процессах.
12. Закономерности снижения памяти у взрослых и пожилых.
13. Анатомические, биохимические и гормональные основы памяти.
14. Количественные и качественные расстройства памяти.
15. Понятие об интеллекте, нарушениях интеллекта.
16. Методики экспериментально-психологического исследования познавательной сферы.

### Задания для усвоения темы

#### *Практические задания:*

1. Посмотрите примеры физиологических иллюзий (приложение 1). Приведите свои примеры иллюзий у здоровых людей.
2. В двух группах студентов провели новое практическое занятие. В первой группе сообщили, что материал занятия будет проверяться на экзамене в конце сессии, во второй – нет. В обеих группах проверили материал через 2 недели. Как вы думаете, в какой группе студенты лучше помнят материал и почему?

#### *Задачи:*

##### *На опознание симптомов нарушения чувственного познания*

1. Больной М., 10 лет, предъявляет жалобы, что не выносит никакого шума, стал чрезмерно чувствительным ко всякого рода болевым и тактильным раздражителям.
2. Девочка В., 13 лет, на фоне неприязненных отношений с одноклассниками, находясь в классе и видя, как бывшие подруги о чем-то говорят за последней партой, начинала слышать, что они «отпускают непристойные выражения» в ее адрес, хотя на самом деле этого не происходило. После примирения с подругами подобных явлений у девочки не отмечено.
3. Больной В., 16 лет, утверждает, что внутри его тела «завелась змея», которая может «свободно перемещаться по внутренним органам, питается его кровью и отчетливо ощущается то в животе, то в груди, то в легких».
4. Мальчик Е., 10 лет, утверждает, что видит окружающие его дома, машины, деревья, людей в таком виде, будто они сделаны из картона и кто-то «измял их».
5. Больной П., 14 лет, утверждает, что от его тела исходит зловонный запах разложения. В связи с этим изменился в поведении: стал меньше общаться с друзьями и родственниками, почти не выходит из дома, часто и подолгу моется, неумеренно использует дезодоранты.
6. Больная Ж., 11 лет, утверждает, что внутри ее тела «поселился врач-психиатр», он «паразитировал и издевался, как только хотел», «питался пищей прямо из желудка», «пробирался даже внутрь трахеи».

##### *На опознание симптома нарушения мышления*

1. Образец речи больной: «Вы плохо учитесь, вас надо лишить стипендии. Так, как меня звать? Вы не знаете, как меня любила Зоя Федоровна. Вас всех надо высечь! Сегодня очень хорошая погода».
2. После смерти соседа от инсульта больной боится умереть от кровоизлияния в мозг, постоянно думает об этом. Понимает, что опасения необоснованны, но не может от них избавиться.
3. Больной сделал рацпредложение, имеющее некоторую ценность. Не соглашаясь с возражениями, придает своей идее чрезмерное значение, всемерно его рекламирует, пишет в различные инстанции, уверен в недобросовестности и кознях завистников.
4. По утверждению больного, его мысли немедленно становятся известными окружающим. Мысли наплывают помимо воли, они становятся неуправляемыми. Считает, что это следствие воздействия со стороны его тайных недоброжелателей, имеющих специальную аппаратуру.
5. Больной в приподнятом настроении, очень деятельный. Сбор анамнестических сведений затруднен тем, что говорит он чрезмерно быстро, почти скороговоркой, перескакивает с одной темы на другую. При этом, однако, ассоциативные связи, как правило, проследить удается.

## Ситуационные задачи:

### Задача № 1.

Больная А., 11 лет, находится на лечении в психиатрическом стационаре. Известно, что впервые психическое состояние девочки изменилось с 10-летнего возраста, когда стала слышать мужские «голоса» в голове. В ходе беседы с врачом сообщает, что всего «голосов» около семи:

«Тим – в черной куртке и с пистолетом», «Тоби - самый главный, в полосатой кофте и с топором», «Джек – в черной толстовке и черных джинсах, носит синюю маску, любит есть почки и хотел стать хирургом», «Джефф, 19 лет, убийца, порезан рот, отношения с ним хорошие, но он любит спорить», «Спендермен, живет в лесу, сидит в кабинете, ест людей, рост два метра, не имеет лица», «Рихто – сидит обычно в кустах либо бежит за машиной, может изменять размеры, слушается, рост 10 метров», «голос №7 – неизвестный зверь. Описывает, что «голоса» сначала были «добрые», интересовались ее делами, мысленно с ними разговаривала. Одновременно с «голосами» появился «шум в голове» и чувство, что «кто-то щекочет мозг». Около полугода назад «голоса» усилились, появился «злой голос» императивного, угрожающего характера, который говорил, что «убьет всех родных, если не буду ему подчиняться», «заставлял куда-то идти, управлял движениями». Стала ощущать путаницу мыслей в голове, нарушился сон, стала тревожной, отгородилась от друзей, родителей, предпочитала одиночество, стала гулять одна. Сообщает, что неоднократно вскрывала тела умерших птиц: «нравилось открывать им головы, смотреть кишки, видеть кровь», утверждает, что «любит вкус костей, которые уже погрызли собаки, нравится их облизывать, вдыхать их запах».

*О каком синдроме идет речь?*

### Задача № 2.

Больная М., 11 лет, поступает в психиатрический стационар впервые. Психический статус при поступлении: внешне напряжена, подозрительна. Эмоционально маловыразительна. В беседу с врачом вступает неохотно, на задаваемые вопросы отвечает после некоторой паузы, порой не по существу, соскальзывает, резонерствует. Сообщает, что чувствует, что ее мысли «известны окружающим», порой возникает «каша в голове». Рассказывает про «голос» в голове императивного, угрожающего характера. Со слов девочки, «мужской голос» заставляет ее делать какие-то простые действия или причинить боль окружающим из-за того, что «они слишком громко жуют или дышат». Утверждает, что «мысленно спорит с голосом», но «оказать сопротивление» ему не может.

*О каком синдроме идет речь?*

## Тестовый контроль:

1. К КАЧЕСТВЕННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОЩУЩЕНИЙ ОТНОСЯТ
  - а) гиперестезии
  - б) анестезии
  - в) сенестопатии
  - г) гипестезии
  - д) конфабуляции
2. ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТСЯ К ПАТОЛОГИИ
  - а) ощущений
  - б) восприятия
  - в) влечений
  - г) эмоций
  - д) движений
3. АУТОМЕТОМОРФОПСИИ ОТНОСЯТСЯ К
  - а) сенестопатиям

- б) психосенсорным расстройствам
  - в) псевдогаллюцинациям
  - г) расстройствам памяти
  - д) бредовым расстройствам
4. ИЛЛЮЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- а) искажением реально существующих объектов без нарушения их узнавания
  - б) искажением реально существующих объектов с нарушением их узнавания
  - в) мнимым (ложным) восприятием, восприятием без объекта
  - г) утратой способности узнавать ранее знакомые предметы
  - д) ложными умозаключениями, возникающими на болезненной основе
5. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- а) ложными (ошибочными) суждениями
  - б) искаженным восприятием реально существующих предметов
  - в) мнимым (ложным) восприятием, восприятием без объекта
  - г) утратой способности узнавать ранее знакомые предметы
  - д) ложными умозаключениями, возникающими на болезненной основе
6. СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- а) грубым нарушением логики, приводящим к необоснованным, нелепым выводам, не имеющим достаточно доказательств
  - б) склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях, рассуждениям
  - в) ошибочными суждениями, вследствие чрезмерной аффективной насыщенности, получающими перевес над всеми идеями и доминирующими в сознании, имеющими реальную почву
  - г) вторжением мыслей, сомнений, воспоминаний в сознание больного помимо его желания при критическом отношении и борьбе с ними
  - д) ложными умозаключениями, возникающими на болезненной основе
7. БРЕДОВЫЕ ИДЕИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ
- а) расстройств невротического уровня
  - б) расстройств психотического уровня
  - в) могут наблюдаться на любом из перечисленных уровней
  - г) могут наблюдаться и у психически здоровых, и у психически больных лиц
  - д) наблюдаются у психически здоровых лиц
8. ДЛЯ КОНФАБУЛЯЦИЙ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
- а) фантастичность, неправдоподобность содержания, стойкость
  - б) критическое отношение
  - в) перенос во времени реальных событий
  - г) простота, несложность структуры
  - д) утрата способности сохранять и воспроизводить ранее усвоенную информацию
9. К РАССТРОЙСТВАМ ВНИМАНИЯ ОТНОСЯТ
- а) деперсонализацию
  - б) обстоятельность
  - в) патологическую отвлекаемость
  - г) дереализацию
  - д) аутометаморфозии
10. К КАЧЕСТВЕННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПАМЯТИ ОТНОСЯТ
- а) гипермнезии
  - б) гипомнезии
  - в) амнезии
  - г) криптомнезии
  - д) конфабуляции

## Рекомендуемая литература для подготовки по теме

### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2. – ISBN 978-5-9704-4834-2
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

### Дополнительная:

1. Говорин Н.В. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
3. Кузюкова А.А. Психические расстройства в подростково-юношеском возрасте (клинические иллюстрации) / А.А. Кузюкова, А.П. Рачин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 144 с. – DOI 10.33029/9704-6108-2-PSY-2021-1-144.
4. Психиатрия детско-подросткового возраста. Часть I. Общая психопатология. – Москва : ДеЛи принт, 2010. – 416 с. – ISBN 978-5-94343-217-0.

### Интернет ресурсы:

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

### 3. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПОТРЕБНОСТНО- ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНО-ВОЛЕВОЙ СФЕР ПСИХИКИ, ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ. СОЗНАНИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ.

**Исходный уровень:** знание психических процессов: потребность-влечение-желание, внимание, воля, движение, действие, деятельность; понятие единства высших потребностей и чувств; основные формы эмоций и их взаимоотношения, структура волевого акта (*из курса общей психологии*). Знание анатомических структур головного мозга, ответственных за эмоции (*из курсов анатомии и нормальной физиологии человека*); биохимические механизмы эмоциональных проявлений (*из курсов биохимии и нормальной физиологии человека*). Понятие о сознательном и бессознательном (*из курсов философии и общей психологии*).

**Учебная цель занятия:** изучение основных процессов потребностно-эмоциональной и деятельностно-волевой сфер психической деятельности (эмоций, аффекта, потребностей, влечения, желания; воли, движений, действий, навыка, привычки); изучение анатомических основ описанных процессов, особенностей филогенеза, классификации; компонентов и этапов волевого акта; изучение основных характеристик сознания и этапов его развития в онтогенезе; формирование способности к определению у пациентов основных психопатологических состояний и симптомов расстройств потребностно-эмоциональной и деятельностно-волевой сфер психики, внимания и сознания.

**Содержание занятия:**

#### **Потребности-влечения**

**Потребность** – это нужда, недостаток в чем-либо, необходимом для жизнедеятельности организма, человеческой личности или социальной группы в целом.

Классификация потребностей по Симонову – по предметному содержанию (направленности):

1. Биологические (физиологические).
2. Социальные.
3. Духовные (высшие, эстетические).

Согласно классификации американского исследователя А. Маслоу, выделяют семь повышающихся уровней потребностей.



Рис. 7. Классификация потребностей по А. Маслоу

Некоторые полярные свойства потребностей: сильные – слабые, актуальные – неактуальные, устойчивые – ситуативные. *Ядро личности* как иерархия сформированных потребностей.

*Этапы опредмечивания потребностей.* Этап доопредмечивания: отсутствует предметное содержание потребности, идет активный поиск и перебор предметов, что сопровождается отрицательными или неопределенными эмоциями. Этап послеопредмечивания: фиксация потребности на удовлетворяемом предмете, «рождение» мотива, появление положительных эмоций.

*Мотив* – опредмеченная потребность, определяющая поведение (потребность + цель). *Влечение* – опредмеченная («прозревшая») слепая потребность. Влечения: осознаваемые и неосознаваемые. *Желания* – осознаваемые влечения. Потребности как основная побудительная сила деятельности и психического развития (то есть основной мотивационный фактор). Потребности низшие как страж гомеостаза организма, а потребности высшие – страж личностной стабильности.

### **Половое развитие в норме.**

Формирование сексуальности представляет собой сложный процесс, начинающийся в эмбриональный период онтогенеза и заканчивающийся половой зрелостью.

Половое развитие человека идет в двух тесно связанных между собой направлениях – *соматосексуальном* и *психосексуальном*.

*Соматосексуальное* развитие в норме имеет определенную последовательность: половая дифференцировка гонад, гениталий и структур мозга, появления первичных и вторичных половых признаков, которые постепенно достигают уровня развития зрелого мужчины и женщины.

*Психосексуальное* развитие один из аспектов онтогенеза, связанный с общебиологическим развитием организма, в частности, с половым созреванием. В процессе психосексуального развития формируется половое самосознание, половая роль (полоролевое поведение) и сексуальная ориентация.

Таблица 2

Этапы психосексуального развития

Возрастные периоды	Этапы психосексуального развития
<b>Пренатальный</b>	Половая дифференцировка гонад, гениталий и структур мозга
<b>Парапубертатный (1-7 лет)</b>	<b>I этап. Формирование полового самосознания</b>
	<b>1-я фаза</b> – выработка установки (осознание половой принадлежности)
	<b>2-я фаза</b> – изучение и закрепление установки (любопытство, направленное на половые признаки, в том числе изучение половых органов)
<b>Препубертатный (7-13 лет)</b>	<b>II этап. Формирование стереотипа полоролевого поведения</b>
	<b>1-я фаза</b> – Выработка полоролевых установок
	<b>2-я фаза</b> – Научение полоролевому поведению в играх
<b>Пубертатный (12-18 лет)</b>	<b>III этап. Формирование психосексуальной ориентации</b>
	<b>Первая стадия</b> – формирование платонического либидо
	<b>1-я фаза</b> – Обожание, платонические мечты и фантазии
	<b>2-я фаза</b> – Ухаживание, платоническое общение
	<b>Вторая стадия</b> - формирование эротического либидо
	<b>1-я фаза</b> – Эротические фантазии
<b>2-я фаза</b> – Эротические ласки и игры	



<b>Переходный период сексуальности (16-26 лет)</b>	<b>Третья стадия</b> - формирование сексуального либидо
	<b>1-я фаза</b> – Сексуальные фантазии
	<b>2-я фаза</b> – начало половой жизни, чередование сексуальных эксцессов, периодов абстиненции и мастурбации
<b>Период зрелой сексуальности (26-55 лет)</b>	Формирование сексуальности завершено, регулярная половая жизнь, вхождение в полосу условно-физиологического ритма половой жизни.
<b>Инволюционный (51-70 лет)</b>	Снижение половой активности, ослабление интереса к сексуальной сфере, регресс либидо до уровня эротической, а затем и платонической стадии

*«Ничто – ни слова, ни мысли, ни даже поступки наши не выражают так ясно и верно нас самих и наши отношения к миру, как наши чувствования: в них слышен характер не отдельной мысли, не отдельного решения, а всего содержания души нашей и ее строя»*

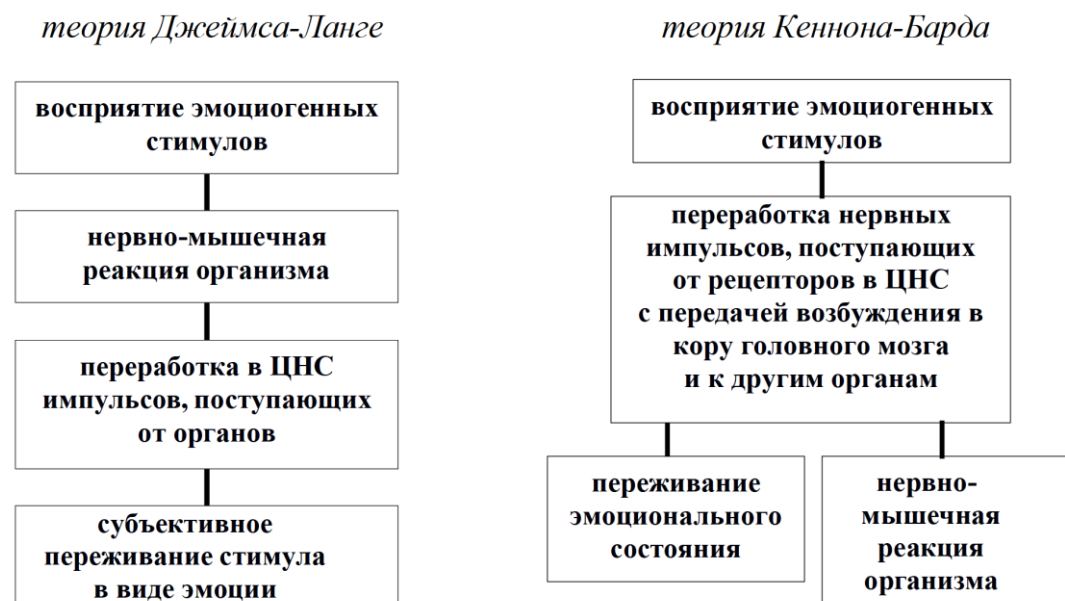
*К.Д. Ушинский*

**Эмоции** – это субъективное отражение объективного мира в зависимости от удовлетворения или неудовлетворения потребностей. Эмоции – это обязательный компонент любого психического акта и представлены они во всех формах человеческой психики: *реакциях, состояниях (настроениях), отношениях (чувствах), свойствах.*

Эмоции (опр.) – такая компонента психики, которая предназначена

«отражать объективный мир» произвольно (автоматически, невольно) и пристрастно (субъективно, искаженно) в зависимости от личностной значимости раздражителя; значимость же раздражителя определяется его свойством удовлетворять или блокировать высшие и/или низшие потребности.

Лимбическая система (гипоталамус, перегородка, миндалина, гиппокамп) – анатомическая основа эмоций. Теории возникновения эмоций (Джеймса-Ланге и Кеннона-Барда).



**Рис. 8.** Теории возникновения эмоций

Роль эмоций в болезни и выздоровлении. Методики экспериментально- психологического исследования потребно – эмоциональной сферы.

Характеристика четырех основных форм по знаку: положительные и отрицательные; по побуждению к деятельности – стенические и астенические; по уровню организации – высшие и низшие; по механизму возникновения – эндогенные и реактивные. *Аффект* – мгновенный, бурно протекающий эмоциональный разряд (ярость, ужас, восторг, отчаяние). *Страсть* – сильное, стойкое, глубокое и длительное чувство, захватывающее и овладевающее человеком. *Настроение* – относительно продолжительный и менее интенсивный эмоциональный процесс, образующий эмоциональный фон для протекания психических процессов. Три компонента эмоций: субъективный, двигательный и сосудисто-вегетативный.

Эмоциональные свойства личности как относительно стабильная совокупность эмоциональных реакций, отношений и состояний, присущих конкретному человеку.

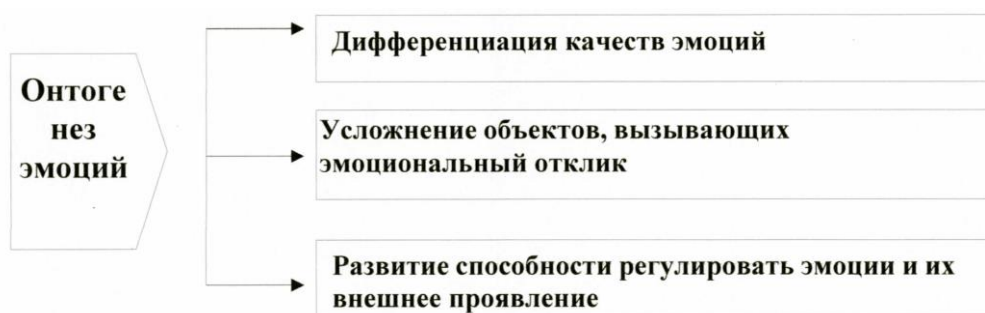


Рис. 9. Этапы развития эмоций в онтогенезе

- **в период новорожденности** преобладают инстинкты (пищевой и самосохранения), а собственно эмоции развиты очень слабо и проявляются лишь неудовольствием, плачем.
- **в младенческом возрасте** становятся более дифференцированными проявления удовольствия и неудовольствия, приятного и неприятного. До 3-х летнего возраста характерно преобладание соматовегетативного над психическим компонентом эмоций.

Указанные два периода относятся к *1-му этапу развития эмоций – этапу дифференциации качеств эмоций*. На *2-м этапе происходит усложнение объектов, вызывающих эмоциональный отклик*:

- **с 3-4 до 12-14 лет** – происходит интенсивное развитие корковых эмоций, когда низшие органические эмоции подвергаются корковой коррекции.

На *3-м этапе происходит развитие способности регулировать эмоции и их внешнее проявление*:

- **в 20-22 года** – формируются высшие эмоции, чувства становятся подвластны интеллектуальной переработке, в этот период человек уже может подавлять внешние проявления эмоций.

Структура эмоций: 4 основных формы, 3 компонента, 7 эмоциональных радикалов, полярные свойства изображена на рисунке 10.



**Рис. 10.** Структура эмоциональной сферы

### Расстройства влечений

#### ВВОДНАЯ ДЕМОНСТРАЦИЯ

*1. «Еще в феврале, – говорит больной, – у меня явилась идея убить детей. Будучи тогда в состоянии владеть собой, я ощутил какую-то тяжесть под ложечкой, потерял аппетит, даже позабыл о табаке, который был мне более необходим, чем хлеб. Месяцев пять меня преследовала эта мысль, меня точно что-то толкало, я не мог от нее отделаться ни днем, ни ночью, ни на работе. В течение трех последних ночей я вставал с постели, чтобы убить детей. В первую ночь я выбежал во двор, чтобы выгнать эту мысль, через полчаса я успокоился и лег в постель. На другую ночь я тоже вышел, и, вернувшись зажечь*

свечу, я взял бритву, расхаживая взад и вперед по комнате, с кровожадностью смотрел на детей, наконец, я положил бритву на место и пошел на скотный двор. На третью ночь я несколько раз выходил и снова входил, чтобы покончить, я был совсем готов. Я вошел в комнату детей, держа в одной руке свечу, а в другой заступ. Они спали, не сделали ни одного движения. Я не знаю, сколько ударов я нанес. Перед убийством я ни о чем не думал, как только о том, чтобы убить и бежать, после я не посмотрел даже на трупы, но почувствовал очень большое облегчение, которое продолжалось до тех пор, пока я не пришел в лес. Тогда я почувствовал упадок сил и закричал «я погибший человек». Позднее больной говорил: «Это должно было случиться, я не мог помешать себе сделать это дело – убийство». (Корсаков С.С., «Курс психиатрии», 1901).

2. Ох ты водка, ты белая водка,

О тебе ли без злобы судить:

Жадно тянется к водочке глотка

Без причины и повода пить... (Из стихов больного алкоголизмом, 1960)

**Патологические влечения** – это такая степень усиления или ослабления нормальных влечений или их извращения, которые выходят из-под контроля целостной личности и существенно снижают ее адаптивность.

#### **Классификация расстройств влечений:**

1. Расстройства влечений пищевых: булимия ↔ анорексия; влечение к несъедобному.
2. Расстройства влечений половых: гиперсексуальность ↔ гипосексуальность ↔ асексуальность; половые извращения – парафилии.
3. Расстройства самосохранения: аутоагрессивность ↔ жизнелюбие; гомицидность ↔ альтруизм, гетероагрессивность ↔ доброжелательность.
4. Аддиктивные влечения: алкогольные, наркоманические, токсикоманические.
5. Расстройства иные: дромомания, клептомания, пиромания, дипсомания, гемблинг и многие другие. Критерий «количества – качества» к ним прилагается не очень определенно.

*Группы этиологических факторов расстроенных влечений:* конституционально-генетические, органические, личностные и социально-психологические. Относительность нозологической специфичности расстройств влечений. Медицинские, социальные и правовые (судебно-психиатрические) аспекты проблемы болезненных аномалий влечений.

#### **Расстройства психосексуального развития (парафилии):**

I. Нарушения полового самосознания: *транссексуализм*.

II. Нарушения стереотипа полоролевого поведения: *трансформация полоролевого поведения* (клинически схоже с транссексуализмом, но нет ощущения принадлежности к другому полу); *гиперролевое поведение* (чрезмерно женственное или чрезмерно мужественное поведение).

III. Нарушение психосексуальных ориентаций:

1. Несоответствие половой направленности сексуального влечения: *гомосексуализм* (направленность сексуального влечения на лиц одноименного пола); *нарциссизм* (направленность сексуального влечения на себя).
2. Несоответствие возрастной направленности сексуального влечения: *педофилия* (к детям); *эфебофилия* (к подросткам); *геронтофилия* (к старикам).
3. Несоответствие биологической направленности сексуального влечения: *зоофилия* (влечение к совершению сексуальных действий с животными); *некрофилия* (влечение к совершению сексуальных действий с трупами).
4. Извращение способа реализации сексуального удовлетворения: *садизм* (путем причинения страдания партнеру); *мазохизм* (путем собственных страданий, причиняемых партнером); *эксгибиционизм* (путем обнажения собственных половых органов); *фетишизм* (путем замещения объекта сексуального влечения каким-либо символом); *вуайеризм* (путем подглядывания или подслушивания за сексуальной жизнью других).

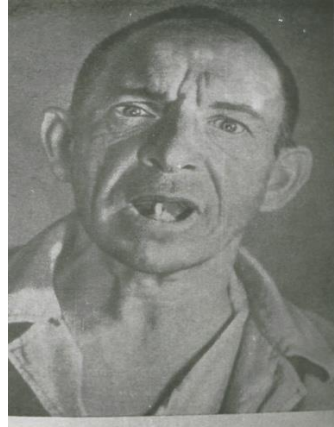
### Патологические девиации полового влечения (по МКБ-10):

1. Расстройство половой самоидентификации (гендерного самосознания) (F 64): а) транссексуализм, б) трансвестизм.
2. Расстройства сексуального предпочтения (расстройства направленности, *парафилии*) (F 65): а) фетишизм, б) эксгибиционизм, в) вуайеризм, г) педофилия, д) садизм, е) мазохизм; ж) нарушение ориентации по полу (гомосексуальная, бисексуальная) при наличии эгодистонии.
3. Другие (образные, но редкие) расстройства направленности: телефонная скатология, зоофилия, гипоксифилия, некрофилия и т.д.

### Расстройства эмоций

#### Вводные демонстрации

1. Фотографии больных с эмоциональными расстройствами.



2. Тоска на миг «проскакивает» на фоне, казалось бы, неплохого настроения, и тогда жить не хочется, хоть удавиться... Не тоска даже, а чувство тяжелое, но живое, сочное и подвижное, имеющее свои фазы и переходы, охватывает точно спрут или пиявка, неодолимо присасывающаяся к сердцу (По Лескову Н.С. «Блуждающие огоньки»).
3. Из жалоб депрессивного больного: «Почему-то вспоминается самое плохое... Люди обо мне думают, что я тунеядец, скрываюсь по больницам... Закрыв бы глаза и ушел в лес... Умереть хочу...». «Тяжело на душе делается: я здесь, а там жена без меня. Тяжело ей и я во всем виноват – ничего дома не сделал...». «Хочешь быть хорошим, напрягаешься, но все это бесполезно...».
4. Больной с впервые диагностированной бессудорожной эпилепсией рассказывает, что на него иногда «накатывают» такие состояния, что: «Если бы земной шар был как орех, то я раздавил бы его между зубами вместе с людьми...». Однако на сегодняшний день неприятностей из-за этих «накатов» не было: пациенту удавалось отчасти сдерживаться, а близкие, зная это, к нему в таких состояниях «не лезли».
5. В кабинете врача при подчеркнуто спокойной с ней беседе больная в маниакальном состоянии гневливого типа хорошо описывает признаки своей болезни: «Бессонница, возбуждение..., очень много, ненормально ем..., говорю много и громко, у мужа аж в ушах звенит... Говорю логично, но с ненужными деталями, не могу долго концентрировать мысль на одном предмете, ужасно отвлекаюсь, не могу читать... Нет у меня сдерживающих центров.... Половое возбуждение приступообразное... Меня нельзя задевать, но я легко извиняюсь за свои ошибки... Я больна, но на грани выздоровления». Это, однако, не мешает больной в отделении быть своенравной, напористой, капризной, конфликтной и не признавать себя ни в чем неправой.
6. «Как хорошо было. Все мог, все успевал, все получалось. Смотрел за ребенком, крутил пластинки, танцевал, пел, жарил картошку, стирал пеленки и пек блины» (из самоописания болезни).

Симптомы расстройств эмоций по основным формам (см. рисунок 11).  
Наиболее значимые в них эмоциональные радикалы.

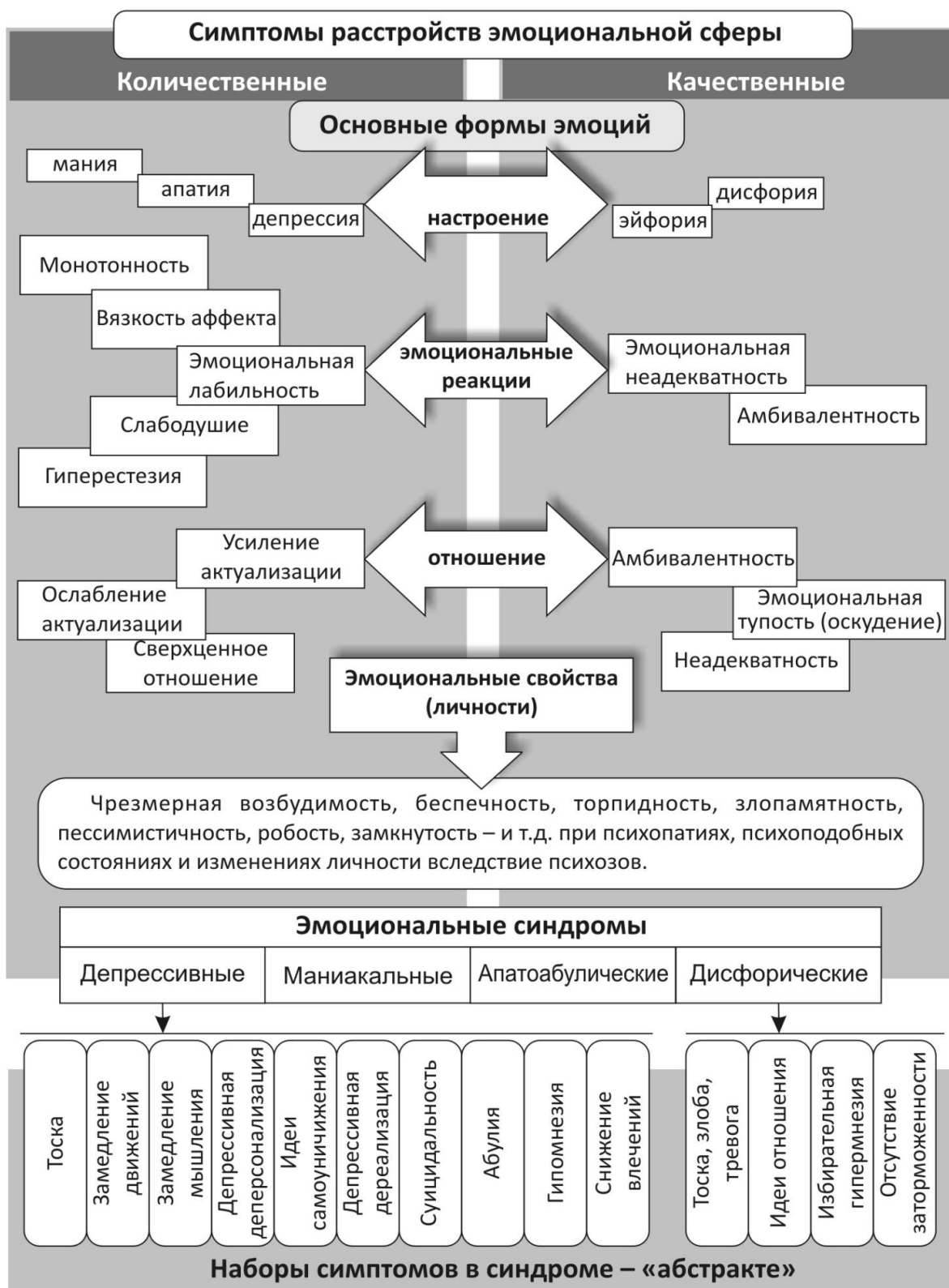


Рис. 11. Структура расстройств эмоциональной сферы

**Депрессия** – болезненное снижение настроения с невозможностью испытывать положительные эмоции. *Депрессивный синдром* включает триаду симптомов: 1. Гипотимия (сниженное настроение). 2. Брадифрения (замедление мышления). 3. Гипокинезия (двигательная заторможенность). Депрессии классифицируются на простые (меланхолическая, апатическая, ажитированная), сложные, с добавлением какой-либо дополнительной симптоматики, и атипичные (маскированная, ироническая). По основному радикалу – на тоскливые, тревожные и апатические; по дополнительной симптоматике, которая может быть невротического и психотического уровня, а также по наличию соматических симптомов.

Симпатотоническая триада Протопопова при депрессиях (тахикардия, мидриаз, запоры) и другие вегетативные компоненты эмоциональных синдромов.

**Мания** – эмоциональное состояние с повышенным настроением, увеличением двигательной активности и ускорением мышления. По аналогии с депрессиями мании делятся на простые (веселая, непродуктивная), атипичные (гневливая мания, «мания без мании») и сложные с добавлением дополнительной симптоматики. *Маниакальный синдром* включает в себя триаду симптомов: 1. Гипертимия (повышенное настроение). 2. Тахифрения (ускорение психической деятельности). 3. Гиперкинезия (усиление двигательной активности).

**Дисфорические** синдромы как состояния со смесью радикалов тоски, тревоги, злобности в разных пропорциях.

**Страхи (фобии):** самостоятельные или в структуре бредовых (бред преследования); и навязчивые страхи (фобии) при невротических и невротоподобных расстройствах.

Значение синдромов эмоциональных расстройств для душевного благополучия, нозологической диагностики, прогноза, уровня жизни и реабилитации. Вторичные изменения практически всех разделов психического статуса под влиянием депрессивных радикалов.

**Расстройства потребностно-эмоциональной сферы у детей и подростков. Расстройства эмоций.** Особенности детских эмоций, их слитность с неопределенными телесными ощущениями, ограниченность чувствований ребенка и недостаточная зрелость эмоций определяют качество симптомов эмоциональных расстройств у детей.

Появление у детей преходящих реакций протеста, отказа, отчаяния, выступающих в виде подавленности, плаксивости, раздражительности, капризов, в большинстве случаев, не следует оценивать как болезненные состояния эмоциональности. Вместе с тем развернутые симптомы расстройства эмоциональности, типичные для взрослых, у детей не встречаются. В рудиментарной форме они встречаются при психических болезнях, начиная с отроческого возраста. Более типичные проявления этих симптомов можно видеть у подростков – после 12-14 лет. В юношеском возрасте приходится наблюдать весь диапазон симптомов аффективных расстройств, которые мало чем отличаются от таковых у взрослых.

В детском возрасте наблюдаются:

**Ночной страх** – состояние острого возбуждения, беспокойства, сопровождающееся криком, плачем, вегетативными реакциями, мимикой страха, ужаса и часто пробуждением. Ночной страх – может быть одним из симптомов психической болезни, наблюдаемой уже у детей второго года и последующих лет жизни. Наиболее типично проявление ночного страха в период первого возрастного криза (2-4 года). Страх ребенка отличается заметной тенденцией к генерализации (испугавшись кошки, он боится и собаки, и постороннего человека, и быстро перемещающегося транспорта) и рецидивированию (возникший однажды страх легко повторяется в последующие ночи).

Прогностически неблагоприятным является распространение ночных страхов на дневное время (дневной страх); появление у такого ребенка боязливости в вечерние часы, предшествующие сну, и, наконец, возникновение элементов вычурности в фабуле страха.

На втором году жизни ребенка, как в структуре, так и в содержании страха часто преобладают моторные компоненты (страх стоять после неожиданного падения; страх ходить после ушиба и пр.) Позднее, на 3-4-м году жизни, содержание страха приобретает большую аффективную выразительность. Вегетативные компоненты страха обычно представлены резким

диффузным покраснением либо побледнением, потливостью, учащением сердцебиений, состояниями острой разлаженности дыхания («закатывания»). Для младшего детского возраста типичны страх одиночества и страх темноты. Они наблюдаются даже у здоровых детей.

**Аффективное двигательное беспокойство** – частая форма реакции протеста или недовольства у детей младшего возраста. Сопровождается плачем, капризами, разбросанными, размашистыми движениями. Вариантом является падение на пол, беспорядочные удары по полу ногами и руками, крик, плач, двигательное беспокойство, нередко имеющее характер раннего истерического симптома.

**Нервный кожный зуд** – эмоциональное двигательное беспокойство, на высоте которого у ребенка появляется кожный зуд, непрерывное расчесывание кожи, крик, плач, хныканье.

**Эмоциональная анорексия** – отказ от пищи, избирательное отношение к ней. Возникает даже у маленьких детей, в частности, как реакция протеста. Для подростков, особенно девочек, характерна нервная анорексия – вариант невроза, ведущим симптомом которого является упорный отказ от пищи с целью похудения.

**Детская дисфория** – мрачность, угрюмость в сочетании с раздражительностью, гневливостью, двигательной расторможенностью, сменой плаксивости злобностью, агрессивностью.

В детском возрасте *маниакальный и депрессивный синдромы* наблюдаются относительно редко, характеризуются неочерченностью, смешанностью, меньшей выраженностью симптоматики. Распознаются (редко) в раннем отрочестве (10-12 лет); значительно более частыми и типичными для психических болезней юношеского и зрелого возраста эти синдромы становятся в старшем подростковом возрасте.

Чем моложе возраст подростка, тем менее выражены главные признаки депрессивных и маниакальных переживаний. Отсутствует чувство безысходности, бесперспективности, слабое чувство тоски, больше представлены элементы дисфоричности (раздражительность, гневливость), либо апатии с явлениями вялости, нарушениями сна, аппетита; преобладает плаксивость, капризность; более типичной является двигательная скованность, заторможенность, редко достигающая состояния ступора.

**Расстройства влечений.** У детей и подростков относительно чаще приходится наблюдать *пироманию* – болезненно непреодолимое влечение к поджогу, и *дромоманию* – влечение к побегам из дома. Последний симптом вряд ли оправданно связывать только с патологией влечений. Мотивация «детских побегов» в клинике значительно более широка и вариабельна. Побег из дома больные дети и подростки совершают: а) в сумеречном состоянии сознания; б) с целью осуществления болезненно обостренного воображения (фантазий); в) как протест конфликтной семейной ситуации.

У детей садизм и мазохизм проявляется в стремлении причинять неприятные переживания окружающим или самому себе. В раннем детском возрасте ребенок может одновременно ласкаться к матери и пытаться ее ударить. В старшем возрасте могут мучать животных, обижать слабых детей, радоваться, наблюдая за их страданиями, так же характерно патологическое фантазирование на тематику насилия, что может отражаться в рисунках. Агрессивно-садистических влечений у детей отличаются большой эмоциональной насыщенностью, сопровождаются значительным гедонистическим эффектом и быстро закрепляются. В дальнейшем возможно присоединение сексуальных перверсий.

### **Воля**

**Воля** – это один из психических процессов, сущностью которого является самомотивация (специфическое усилие) для преодоления препятствий и сознательной организации целесообразной и целенаправленной деятельности. Побудительная и тормозная функции воли: участие волевой регуляции в принятии решений, поведения и деятельности.

**Мотив деятельности** (личностный смысл, связка потребности и цели) как движущая сила в формировании волевого акта; классификация мотивов по уровню развития (высшие – низшие), направленности.





Рис. 12. Этапы и компоненты волевого акта

*Движение*, как элементарное проявление активности, не содержит цели. *Действия* – единица деятельности, имеет цель. Целенаправленная двигательная активность, деление на произвольные и произвольные действия (волевые действия как разновидность произвольных). *Умение, навык* – действие, которое в результате повторения автоматизировалось, стало отчасти произвольным, навыки увеличивают продуктивность деятельности (т.е. действие утратило сознательную регуляцию и выполняется подобно движению). *Привычка* – навык, подкрепляемый непосредственной потребностью, стойкость привычек. *Поведение* – система взаимосвязанных действий, осуществляемых субъектом, с целью реализации определенной функции и требующих его взаимодействия со средой.

Таблица 3

Этапы формирования психомоторики

Возраст	Характеристика
<b>К концу 1 года</b>	Появляется целенаправленность и двигательная активность, совершенствуются все виды движений, возникает манипулирование с предметами и перемещение в пространстве (ползание и ходьба).
<b>Раннее детство 1-3 года</b>	Формирование выразительных движений и мимических реакций, высокий уровень дифференциации моторики обеспечивает развитие речи, игровая деятельность носит подражательный и обучающий характер, совершенствуя сложные действия.
<b>Дошкольный возраст 3-7 лет</b>	Совершенствуется тонкая моторика, влияющая на развитие речи и приобретение навыков. Возникает стремление к овладению телом (координацией движений и действий). Формирование выразительных движений и мимических реакций. Словарь дошкольника увеличивается за счет использования глаголов, местоимений, прилагательных и числительных слов. Развивается одна из основных функций речи – коммуникативная речь. Игра становится ведущим видом деятельности и приобретает характер ролевой игры. Игры здорового ребенка носят активный и творческий характер. Правильно организованная игра – важнейший механизм формирования его психики.

<b>Младший школьный возраст</b> 7-10 лет	Совершенствуется коммуникативная функция и эмоциональная культура речи. Наблюдается бурное развитие движений и действий, составляющих двигательный стиль. Особое значение приобретает система скоординированных движений, способствующая формированию школьных навыков. Телосложение ребенка определяет его двигательную активность, двигательный стиль. Овладение своим телом, готовность к подвижным играм и соревнованиям являются не только средством физического развития, но и умственного и духовного.
<b>Старший школьный (подростковый) возраст</b> 11-15 лет	Развитие речи идет, с одной стороны, за счет расширения богатства словаря, с другой – за счет усвоения множества значений слов родного языка. Развитие психомоторики создает в личности подростка его стиль общения, систему навыков и поступков, которые формируют преобладающие типы демонстрируемого поведения, общения и социальную адаптацию.

**Внимание** – определение, классификация, основные свойства (избирательность, распределение, концентрация, устойчивость, переключаемость, объем). Особенности внимания у детей: подвижность, легкость перехода от одного объекта к другому, привлеченность к внешним эмоционально окрашенным событиям, поверхностность.

### Сознание

Многозначность слова «сознание»: философское, психологическое, клиническое, историческое, политическое значение сознания.

Понятие «сознание» в медицине:

1. Психофизиологическое («активация»), т.е. бодрствующее состояние психики (ясность, готовность к психическому отражению), без учета отражаемого содержания. Имеется и при глубокой умственной отсталости, и у животных.
2. Психологическое (высший уровень отражения и саморегуляции, проявляется способностью личности отдавать себе ясный отчет об окружающем, о настоящем и прошлом времени, принимать решения и в соответствии с ситуацией управлять своим поведением).

Сознание – это самый сложный психический «процесс», - сущностью которого является многостороннее объективное (не предвзятое) содержательное отражение с выделением многочисленных «Я» и «не Я» и сопоставлением их содержаний. Деление психического содержания на фрагменты и их произвольное сопоставление называется рефлексией. Сознательное (объективное) отражение в психике противостоит отражению эмоциональному (субъективному, предвзятому). При этом «ум с сердцем» часто бывают «не в ладу», так как наплыв эмоций уменьшает объективность отражения сознанием; особенно если слаба воля (слаба стрессоустойчивость), защищающая сознание от эмоционального «наплыва». **Основные характеристики сознания:** ясность, объём содержания, непрерывность, содержание.

Психоаналитическая концепция З. Фрейда, понятие о *сознательном* (осознаваемое актуальное содержание мыслей и переживаний), *подсознательном* (содержание, переходящие в нужный момент на сознательный уровень) и *бессознательном* (инстинктивные механизмы и личное бессознательное – неосознаваемая мотивация аффективных и других общих реакций).

В онтогенезе выделяют следующие **этапы развития сознания:**

1. **Бодрствующее сознание** – от рождения до года. В этот период сознание выполняет лишь только одну функцию – активацию, а полного отражения и осознания окружающего мира и тем более самого себя еще нет.
2. **Предметное сознание** – от года до 3-х лет. В этот период происходит осознание внешнего мира на предметном уровне. Самого себя ребенок в этом возрасте осознает также как один из предметов окружающего мира. Именно поэтому дети до 2-3 лет говорят про себя в 3-м лице – не «Я», а «Миша хочет пить», «дай Маше» и т.д. Формирование узнавания и осознания происходит постепенно: напр., дети начинают узнавать в зеркале своих

родителей приблизительно с 8-ми мес. и показывают это соответствующими эмоциональными реакциями, с 1,5 лет узнают других на фотографии, себя в зеркале – с 24-26 мес, а на фотографии – еще позднее.

3. **Индивидуальное сознание** – от 3-х до 9-ти лет. Ребенок начинает выделять себя из окружающего мира, как нечто отличное от всего другого, он противопоставляет себя другим. Это очень сложный период формирования сознания и личности ребенка в целом. На этот период приходится два возрастных криза – 2-4 и 7-9 лет, когда происходит активное самоутверждение ребенка. Начало этого периода – это начало употребления местоимения «Я».
4. **Коллективное сознание** – от 9-ти до 16-ти лет. Знание и понимание окружающей действительности и самого себя начинает сочетаться со знанием и пониманием взаимоотношений с другими, с коллективом. Происходит своеобразное сопоставление себя и коллектива, своих потребностей и требований коллектива. Осуществляется активный поиск себя и своего места в коллективе, утверждение своих позиций в коллективе. В этот период наряду с другими реакциями подросткового возраста характерна и реакция группирования, которая помогает формированию этого уровня сознания.
5. **Рефлексивное сознание** – от 16-ти до 22-х лет. Рефлексия – это способность к самоанализу, к познанию самого себя и оценке своей деятельности в прошлом. Рефлексивное сознание является высшим уровнем сознания и иногда его еще называют самосознание. Т.к. в этот возрастной период происходит осознание своих индивидуально-психологических особенностей, понимание своего места в системе межличностных отношений, а также формирование и осознание собственного отношения к окружающему миру.

#### **Расстройства воли, движений, внимания**

*Расстройства воли:*

- а) гипербулия,
- б) гипобулия вплоть до
- в) абулии,
- г) парабулии (качественное расстройство). Их соответствия с расстройствами других психических процессов (см. рисунок 13).

*Двигательные расстройства (симптомы):*

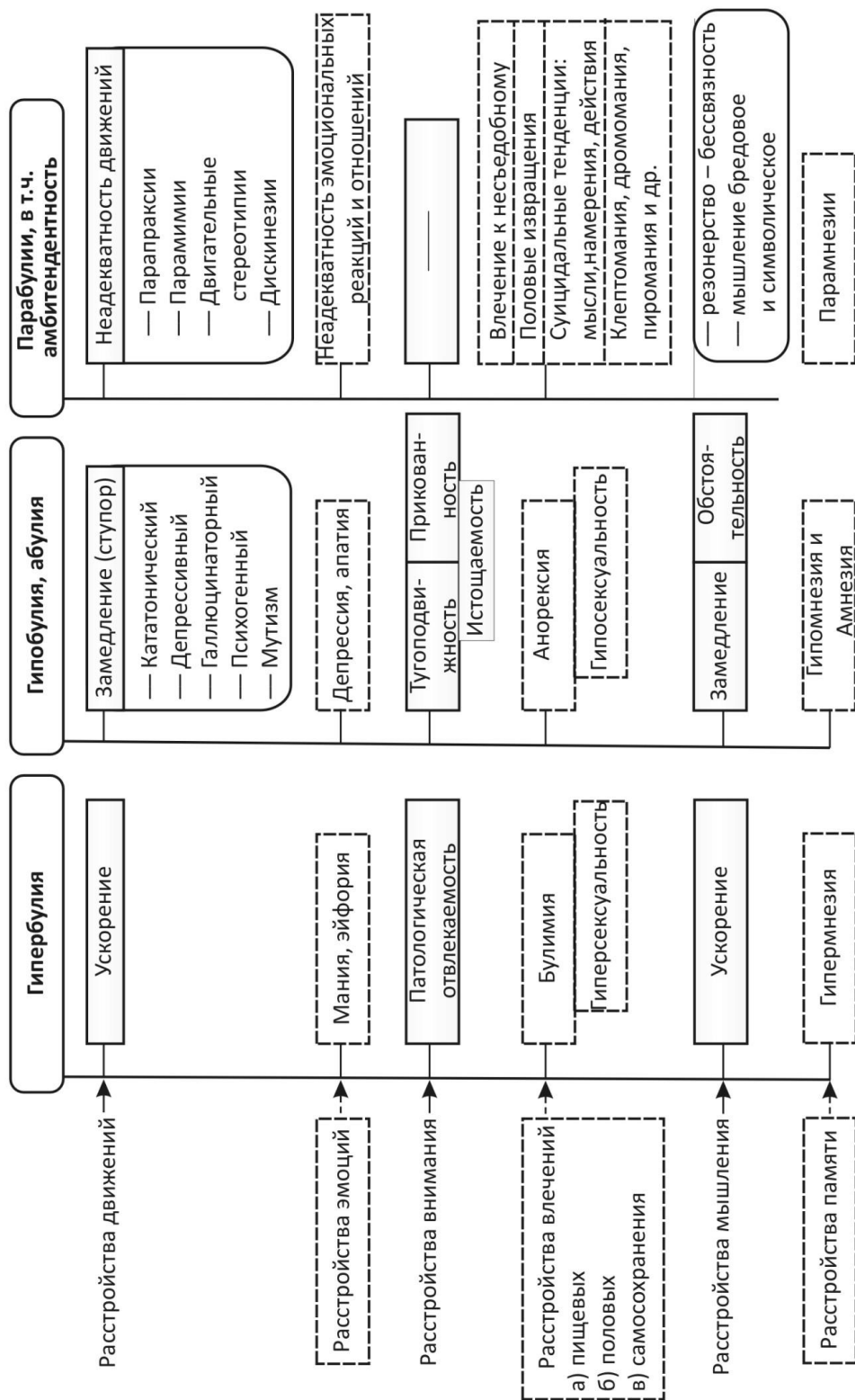
- 1) количественные:
  - а) гипокинезии,
  - б) гиперкинезии и
- 2) качественные:
  - в) паракинезии, в т.ч. парамимии,
  - г) негативизм,
  - д) эхопраксии,
  - е) эхोलалии,
  - ж) стереотипии,
  - з) манерность.

Виды возбуждения: маниакальное, кататоническое, гебефреническое, психогенное, меланхолический раптус.

Ступор (мышечное оцепенение). Его виды: кататонический, галлюцинаторный, депрессивный, психогенный. У детей редко наблюдается ступор с полной обездвиженностью, более характерны его частичные проявления в виде рудиментарных признаков заторможенности и эпизодическим удерживанием одной какой-либо позы.

*Расстройства внимания:*

- а) патологическая отвлекаемость (при маниакальных состояниях);
- б) истощаемость (после лихорадочных состояний);
- в) тугоподвижность (при депрессиях, эпилептических изменениях личности);
- г) патологическая прикованность к предмету (при депрессиях, навязчивых состояниях, сверхценных и бредовых идеях).



**Рис. 13.** Соответствие волевых расстройств с расстройствами других психических процессов (к пониманию гармонии симптомов в синдромах)

## Расстройства сознания (выключения и помрачения)

Критерии нарушенного (расстроенного) сознания (Карл Ясперс).

1. Дезориентировка в месте, времени и собственной личности.
2. Слабость (фрагментарность, непоследовательность) суждений.
3. Отрешенность от окружающего.
4. Полная или частичная амнезия периода нарушенного сознания. Забывания переживаний при этом аналогичного забыванию сновидений.
5. Относительная непродолжительность.

Понятие о глубине (тяжести) и вариантах выключений и помрачений сознания. Симптом пробуждения – симптом «движения к норме» при стимуляции (словом, звуком и др.) в состоянии нарушенного сознания (с использованием приемов, свидетельствующих о повышенной внушаемости пациента).

«Измененные» состояния сознания у психически здоровых при: родах, опьянении, при творческом вдохновении, околосмертельный опыт, при голотропном дыхании, др. Прозоночные состояния, как редкие патологические расстройства сознания.

Клиника синдромов выключения сознания, клиника синдромов помрачения сознания.

Выключения сознания	Помрачения сознания
Обнубиляция	Делириозное
Сомнолентность	Онейроидное
Оглушение	Сумеречное
Сопор	Аментивное
Кома	

Рис. 14. Классификация нарушенного сознания (с использованием критерия качества-количества)



Рис. 15. Соотношение уровней развития сознания в онтогенезе и его нарушений

### **Особенности нарушения сознания в детском и подростковом возрасте**

Нарушения сознания у детей зависит от возрастного этапа формирования сознания. В раннем детстве характерны состояния оглушенности, чем младше ребенок, тем чаще имеют место состояния выключения сознания разной глубины, в частности сопорозное, а на высоте мозговых инфекций и коматозное.

У детей (до 9-10 лет) на высоте лихорадочных состояний (детские инфекции, особенно мозговые) легко развивается делириозное помрачение сознания, которое отличается стертой, рудиментарностью, меньшей длительностью, отсутствием последовательности в его развитии. Продуктивная симптоматика чаще проявляется наличием иллюзий со страхом и бессонницей, либо приходящими гипнагогическими устрашающими галлюцинациями. Онейроидный синдром в этом возрасте не наблюдается. Сумеречные состояние, главным образом при эпилепсии, в детском возрасте бывают, но они непродолжительны, не развернуты, и, как правило, сопровождаются двигательными и вегетативными расстройствами.

Аментивные состояния до подросткового возраста не встречаются.

Наиболее характерен для подростков делириозный синдром (реже встречается аментивный). В этом возрасте можно выделить стадии развития делирия. Именно в этом возрасте впервые возникают при психических болезнях рудиментарные, неразвернутые онейроидные состояния.

Явления деперсонализации также меняют качество в зависимости от возраста. Для детей деперсонализационные расстройства не характерны. Появляющиеся в старшем детском возрасте жалобы, которые по содержанию напоминают описания деперсонализационных расстройств, следует оценивать лишь как элементы рудиментарных явлений соматопсихической деперсонализации и дереализации. Подростковому возрасту менее свойственны явления аутопсихической деперсонализации. Отмечаются лишь отдельные элементы ее, сопровождающие более типичные для этого периода симптомы дереализации и соматопсихической деперсонализации. После 16-18 лет можно наблюдать всю гамму деперсонализационных расстройств.

В юношеском возрасте можно встретить все разновидности синдромов расстройств сознания. Картина их существенно не отличается от типичных проявлений у больных зрелого возраста.

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Понятие о мотивационной сфере психики.
2. Определение понятий потребность, влечение, желание.
3. Этапы опредмечивания потребностей.
4. Классификация и онтогенез потребностей.
5. Биологическое и социальное значение потребностей.
6. Эмоции: определение, классификация.
7. Онтогенез эмоций: полярные свойства, основные формы и компоненты. Анатомические и физиологические основы эмоций.
8. Расстройства влечений (количественные и качественные).
9. Патологические девиации полового влечения.
10. Расстройства эмоций (количественные и качественные).
11. Основные синдромы эмоциональных нарушений.
12. Особенности расстройств потребностно-эмоциональной сферы у детей.
13. Понятие о деятельностно-волевой сфере психики.
14. Этапы формирования психомоторики.
15. Понятие о компонентах волевого акта.
16. Сознание: определение, этапы развития в онтогенезе. Критерии нарушенного сознания по К. Ясперсу.
17. Расстройства воли и движений (количественные и качественные).

18. Расстройства внимания.
19. Расстройства (нарушения) сознания (количественные и качественные). Особенности у детей и подростков. Степени выключения сознания.
20. Варианты помрачения сознания.

### Задания для усвоения темы

#### **Практические задания:**

1. Прочитайте отрывок из рассказа Эрнеста Хемингуэя «Недолгое счастье Фрэнсиса Макомбера» и определите, о какой эмоции идет речь; укажите описание отдельных компонентов эмоции:

*Началось это предыдущей ночью, когда он проснулся и услышал рычание льва где-то вверх по ручью. Это был низкий рев и кончался он ворчанием и кашлем, отчего казалось, что лев у самой палатки, и когда Фрэнсис Макомбер, проснувшись ночью, услышал его, - он испугался. Он слышал дыхание жены, она спала. Некому было рассказать, что ему страшно, некому разделить его страх... Позже, когда они закусывали в обеденной палатке при свете фонаря, еще до восхода солнца, лев опять зарычал, и Фрэнсису почудилось, что он совсем рядом с лагерем...*

*Они медленно ехали вдоль по высокому берегу ручья... Машина остановилась.*

*- Вот он, - услышал он шепот Уилсона. - Впереди, справа. Выходите и стреляйте, лев замечательный...*

*Он сидел потный, во рту пересохло, сосало под ложечкой...*

*В тридцати пяти шагах от них лев лежал, распластавшись на земле. Он лежал неподвижно, прижав уши, подрагивал только его длинный хвост с черной кисточкой... Макомбер услышал захлебывающееся кровью ворчание и увидел, как со свистом разошлась трава. А сейчас же вслед за этим осознал, что бежит, в безумном страхе бежит сломя голову прочь от зарослей. Бежит к ручью.*

1. Какие феномены эмоциональных и других проявлений описаны в этом отрывке из рассказа Эрнеста Хемингуэя «Недолгое счастье Фрэнсиса Макомбера»?
2. Как вы думаете, какие эмоции можно предположить лишь по внешним признакам, возможно ли диагностика синдрома?
  - а) *Сидит понурившись, плечи опущены, руки бессильно свисают, голова склонена, неподвижный взгляд устремлен в пол, голос глухой, речь немного замедлена.*
  - б) *Поза напряженная. Руки лихорадочно перебирают край одежды, взгляд бегающий, речь отрывистая, быстрая, голос громкий, иногда срывающийся.*
  - в) *Сидит неподвижно, немного подавшись вперед, тело напряжено, взгляд неотрывно устремлен на собеседника, говорит почти шепотом или громкими отрывочными междометьями.*

Достаточно ли приведенной информации, чтобы точно определить эмоцию? При необходимости дополните самостоятельно.

1. Прочитайте стихотворения и определите эмоциональное состояние автора:

\*\*\*

Звонче жаворонка пенье,  
Ярче вешние цветы,  
Сердце полно вдохновенья,  
Небо полно красоты.

Разорвав тоски оковы,  
Цепи пошлые разбив,  
Набегают жизни новой  
Торжествующий прилив.

И звучит свежо и юно  
Новых сил могучий строй,  
Как натянутые струны  
Между небом и землей.

*(автор: А.К. Толстой)*

\*\*\*

Не пенится море, не плещет волна,  
Деревья листьями не двинут,  
На глади прозрачной царит тишина,  
Как в зеркале мир опрокинут.

Сижу я на камне, висят облака  
Недвижные в синем просторе;  
Душа безмятежна, душа глубока,  
Сродни ей спокойное море.

*(автор: А.К. Толстой)*

2. Проведите себе исследование потребности в достижении (приложение 3).
3. О патологии какого из компонентов волевого акта идет речь:
  - а) больной говорит, что голоден, но отказывается от еды. Заявляет, что ему «надо закончить лечение», но он намерен «убеждать» из больницы.
  - б) больной ни к чему не проявляет интереса, почти все время проводит в постели. Питается только в том случае, если приводят с принуждением за стол и кормят с ложки. Часто мочится в постель и не проявляет инициативы, чтобы ему сменили постельное белье.
  - в) больной обратился к врачу и рассказал, что время от времени он не может удержаться от желания куда-либо уехать без цели и надобности, не имея на это средств. Был однажды осужден за нарушение паспортного режима, но это не останавливает его от поездок.
4. Во время экзаменационной сессии студент готовится к экзамену по предмету, для него не интересному. Несколько раз начинает читать учебник, затем бросает. Встает, ходит по комнате, затем опять садится. Как Вы считаете, с чем могут быть связаны трудности при вхождении в работу?
5. Какие характеристики сознания нарушены у пациентов:
  - а) больной сонлив, заторможен. На заданные вопросы отвечает с трудом, не сразу, при этом дает односложные и не всегда правильные ответы, часто отвечает жестами. Выполняет простейшие просьбы (поднимает руку, высовывает язык). Окружающие раздражители доходят до больного как «через плотный слой ваты».
  - б) больная целыми днями сидит в углу палаты, выражение лица отсутствующее. Привлечь внимание больной удается с большим трудом. На короткое время пробуждается как от сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удастся выяснить, что больная не знает, где она находится, потеряла счет времени. Видит перед глазами людей в белой, красной одежде, которые говорят что-то непонятное. Вот она идет по лесу, перед ней большая гряда из человеческих голов...; кость превращается в змею и у нее загораются два ярких глаза... После выхода из этого состояния больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается, как сон – виденного так много, что «всего не перескажешь».

### **Вопросы для усвоения и закрепления знаний**

1. Может ли в обычных условиях долго существовать потребность в чистом виде сама по себе, без трансформации её во влечение? (Да-нет)
2. По какой первоочередной, самой глубинной причине лебедь, рак и щука не могли прийти



к «согласию», а «гусь свинье не товарищ»? Влияет ли расстроенный комплекс потребность-влечение на другие психические процессы, на их социальное содержание, на поведение, на формирование личности.

3. Где больше «звучит» признак произвольности (автоматичности): во «влечении» или в «желании»? Что из них выше по уровню развития?
4. Различаются ли по содержанию в обычной речи и в наркологии (науке) понятия «алкогольное влечение» и «алкогольная потребность»?
5. Каковы в принципе группы причин расстройств потребностей-влечений.
6. На какие параметры влечений более всего опирается судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых в связи с расстройством влечений?
7. Какими параметрами из перечисленных характеризуются (описываются) эмоциональные синдромы:
  - 1) эмоциональным радикалом (или их сочетанием) и степенью его (их) выраженности;
  - 2) принадлежностью к одной из основных форм эмоций;
  - 3) вторичной «неаффективной» (соматической и психопатологической) симптоматикой;
  - 4) уровнем интеллекта;
  - 5) психологической понятностью (ясностью, адекватностью, синтонностью) проявлений или наоборот – неясностью, непонятностью, неадекватностью, холодностью;
  - б) вегетативными отклонениями.
8. Можно ли признак «неадекватность» применить и к эмоциональным реакциям, и к эмоциональным отношениям (Да – нет).
9. Как влияют на формирование и интенсивность влечений аффективные радикалы: депрессивный, маниакальный, дисфорический, апатический?
10. Какие из радикалов в № 9 друг от друга далеки, какие – близки?
11. Какие расстройства движений и воли сопряжены с неадекватностью эмоциональных реакций и чувств?
12. Расстройство каких двух сфер психики подразумеваются в юридической формуле невменяемости «Невозможность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими вследствие ... заболеваний»?
13. Могут ли нарушения сознания быть выраженными в форме следующего континуума: очень слабо → слабо → средне → сильно → очень сильно? Да – нет. Все ли? (Да – нет).
14. Могут ли быть переходные формы: а) между степенями выключения сознания? (Да – нет) б) между типами помрачения? (Да – нет).
15. Какие формы расстройств сознания свидетельствуют о наиболее тяжелом «общем состоянии» больного?

### **Ситуационные задачи:**

*На опознание симптомов и синдромов психических расстройств.*

1. Настроение пациента преимущественно подавленное, с частыми приступами душевного дискомфорта, злости и гнева, что зачастую проявляется обидными для окружающих высказываниями, агрессивностью и в действиях при возражениях.
2. Мужчина среднего возраста в восстановительном периоде после черепно-мозговой травмы стал настолько «непроизвольно» расстраиваться при восприятии «жалобных» ситуаций во время телепередач, что не в силах быть сдерживать слез. А чтобы своей «слабости» не показывать домашним, совсем отказался от просмотра телепередач.
3. Больной В. 18 лет, инвалид I группы. В течение многих месяцев состояние остаётся неизменным. Ни с кем не общается, часами лежит в постели, сохраняя одну и ту же позу, голова приподнята над подушкой. Иногда встаёт и подолгу стоит около кровати, однообразно переступая с ноги на ногу. Временами внезапно вскакивает, подбегает к двери, целует косяк и вновь ложится в постель. На лице застыла бессмысленная улыбка, губы вытянуты (симптом хоботка) кожные покровы лица сальные, изо рта вытекает слюна. Кисти рук и стопы

цианотичны, акрогипергидроз. Вступить в контакт с больным не удаётся. На вопросы он не отвечает, смотрит в сторону, чему-то усмехается. При попытке осмотреть больного, открыть ему рот – оказывает сопротивление. Тонус мышц конечностей повышен. Накормить больного очень трудно. При кормлении отворачивается, сжимает зубы. Но иногда предоставленный самому себе, берёт в руки ложку и начинает медленно есть. Неопрятен, мочится и испражняется в постель. Уход за больным труден.

4. Пациент благодушен, часто улыбается, говорит, что никогда ранее у него не было такого превосходного настроения. Испытывает большой прилив сил, желание петь. Испытывает жажду деятельности: то читает, то пытается писать, хвастается, во все вмешивается, однако ни одного дела до конца не доводит. И так с утра до вечера. Спит по 4-5 часов, но сон глубокий. Похудел. Охрип, говорлив. Appetit усилен.
5. В течение нескольких месяцев больная находилась в психиатрической больнице. Часто заявляет, что она здорова, но домой не просится, стационарированием не тяготится. Радости от посещения родственниками не испытывает, не интересуется семьей, с больными в отделении не общается. Большую часть времени проводит в постели, двигателью мало активна, движения замедлены. На вопросы врача дает краткие односложные ответы, после пауз, медленно, тихим голосом.
6. Больной Г., 39 лет, инвалид II группы. Поступает в психиатрическую больницу 6-ой раз; приступы болезни сходны, по типу «клише». При поступлении в стационар контакту почти недоступен, прыгает, кричит, свистит, то бесцельно бродит по коридору с выражением отрешенности, временами беспричинно смеется. Через 3 недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: «Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову потоком лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно – словно летают по воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но и она мне казалась воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были щупальца, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель – и сразу же мыслями уношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами, и сам я хожу будто бы по сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, не заселенными, везде видятся памятники. Все это – как во сне».

*Какое состояние описано в задаче?*

7. Больной И., 18 лет, учащийся техникума. С 7-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя 3 дня И. вернулся домой. Он был оборванным замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, и все время смотрел в потолок. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось и И. рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, сидел у речки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал, скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказывали родителям, что видели И. через день после его исчезновения из дома на берегу лесного озера километров за 30 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых, рассеянно кивнул и пошел дальше.

*Какое состояние описано в задаче? Перечислите виды данного состояния.*

8. Больная Ю., 15 лет, ученица 9 класса. Переведена в психиатрическую клинику из терапевтической больницы, где она находилась на лечении по поводу тяжелой фолликулярной ангины. В течение 3 дней почти не спала, жаловалась на сильную слабость, головную боль. Настроение было изменчивым – то беспричинно тревожным, то необычно приподнятым.

Последняя ночь в терапевтическом стационаре прошла беспокойно. Девочка не спала, испытывала страх – казалось будто бы от электрической лампочки исходят разноцветные спирали, «вкручивающиеся ей в голову». Но в темноте страх еще более усиливался. Казалось, что за дверью раздастся неясные угрожающие «голоса», дверь выламывают, за ней видится мелькание фонарей, толпа народа. В ужасе девочка вскочила с кровати, пыталась открыть окно и выпрыгнуть на улицу. К утру под влиянием введенных транквилизирующих средств больная уснула. После она чувствовала себя разбитой, большая часть пережитого в течение ночи сохранилась в памяти девочки.

*Какое состояние развилось у пациентки?*

### **Тестовый контроль:**

#### **1. ТОСКЛИВО-ЗЛОБНЫЙ ХАРАКТЕР НАСТРОЕНИЯ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ТЕРМИНОМ**

- а) дистимия
- б) гипотимия
- в) дисфория
- г) мания
- д) депрессия

#### **2. СТУПОР – ЭТО**

- а) полное исчезновение любой активности
- б) двигательное оцепенение, проявляющееся в обездвиженности
- в) повышение волевой активности, связанное с усилением влечений
- г) выключение сознания
- д) помрачение сознания

#### **3. ДЕЛИРИЙ – ЭТО**

- а) обеднение сознания, повышение порога для раздражителей, замедление и затруднение образования ассоциаций, неполная или отсутствующая ориентировка
- б) помрачение сознания с ложной ориентировкой в месте и времени, зрительными галлюцинациями, тревогой и двигательным беспокойством, разорванным мышлением
- в) сновидное, грезоподобное помрачение сознания со сценическими фантастическими переживаниями, толкуемыми бредовым образом
- г) колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания, при котором временами возможно установление контакта
- д) вид выключения сознания

#### **4. ПРИЗНАКОМ СОПОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) субдепрессия
- б) гипомания
- в) гипорефлексия
- г) гипногигические галлюцинации
- д) психомоторное возбуждения

#### **5. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ**

- а) резонерство
- б) гиперестезия
- в) гипостезия
- г) гипотимия
- д) амбивалентность

## Рекомендуемая литература для подготовки по теме

### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

### Дополнительная:

1. Цыганков Б.Д. Психиатрия : учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-6053-5.

### Интернет ресурсы:

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. <https://www.books-up.ru>

#### 4. ЛИЧНОСТЬ, ЕЕ СТРУКТУРА, УСЛОВИЯ СТАНОВЛЕНИЯ.

##### ТИПЫ ЛИЧНОСТЕЙ. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА.

**ЛИЧНОСТЬ И ПСИХОТРАВМА. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ. ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ, ЕЁ ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА. ДЕОНТОЛОГИЯ, ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ, СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ». ОСНОВЫ ВОЗРАСТНОЙ ПСИХОЛОГИИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА. ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

**Исходный уровень:** биологические предпосылки и социальные факторы развития личности (*из курса общей психологии*); представление о типах высшей нервной деятельности (*из курса нормальной физиологии*). Личность и детерминанты ее становления; общие свойства личности (*из курса медицинской психологии*). Понятие о плацебо-эффекте; психосоматические взаимоотношения и личностно-психологические факторы этиологии болезни или ее обострения (*из курсов общей психологии и патологической физиологии*). Знание основ этики и деонтологии, роль этических принципов в работе врача; ятрогении (*из курса медицинской этики*); понятие о профилактике и реабилитации.

##### **Учебная цель занятия:**

Изучение определения личности, основных социальных и биологических факторов в формировании личности; изучение проективных и непроективных методик для исследования личности. Изучение соматопсихических и психосоматических взаимоотношений, а также роли личностно-психологических факторов в этиологии болезни или ее обострениях; изучение понятия внутренней картины болезни; изучение правил профессионального врачебного поведения, изучение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с детьми и их родителями (законными представителями), коллегами; изучение особенностей психологических проблем при назначении лекарственных средств; изучение основных принципов медицинской этики и деонтологии в психиатрии; изучение психологических аспектов деятельности врача; развитие способности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности; изучение основ психогигиены и психопрофилактики, реабилитации.

##### **Содержание занятия:**

При уровневом подходе личность – это био-психо-социо-культуральное существо.

Личность – динамическая организация тех психофизиологических систем в индивидуе, которые определяют единственные способы приспособляемости к внешней среде в смысле характерных способов поведения и переживания (Г.В. Олпорт).

Личность – более или менее стабильная, прочная организация характера, темперамента, интеллекта и тела, которая определяет ее единственную индивидуальную адаптацию к среде (Г.Ю. Айзенк).

**Личность** – высший уровень индивидуальности развития индивида, для которого характерен свой неповторимый тип взаимоотношений с социальной действительностью и высокий уровень самосознания. Факторы формирования личности: роль биологического и социального.

**Индивид** – отдельно взятый человек, представитель человеческого рода.

Под **индивидуальностью** в современной психологии понимается неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека.

**Темперамент** – это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний.

**Характер** – совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности (эмоциональных, волевых, социальных), складывающихся и проявляющихся в деятельности и общении, обуславливая типичные для нее способы поведения. Характер развивается на основе, на базе темперамента.

Учение о *типах личности*. Строение тела и характер. 1) Типология Кречмера: пикники (висцеротоники), атлетоиды (соматотоники) и астеники (церебротоники); 2) Классификация Шелдона: эндоморфный, мезоморфный и эктоморфный типы.

Таблица 4

Типы высшей нервной деятельности и их соотношение с темпераментом

Типы темперамента	Наличие свойств темперамента		
	Сила	Подвижность	Уравновешенность
Холерик	+	+	-
Сангвиник	+	+	+
Флегматик	+	-	+
Меланхолик	-	-	-

Для схематичного отображения структуры личности разными авторами предложены различные схемы. По одной из таких схем в структуре личности выделяют три блока: **стиль, направленность и возможности**.

1. **Стиль** – отвечает на вопрос «как будет делать человек?» Составляющими блока «стиль» являются темперамент и характер.
2. **Направленность** – отвечает на вопрос «что будет делать человек?». Направленность – это совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность личности и относительно независимых от внешних ситуаций. Направленность включает несколько связанных иерархических форм: влечение, желание, стремление, интерес, склонность, идеал, мировоззрение и убеждение.
3. **Возможности** – «на сколько способен (что сделает)?» Этот блок включает в себя индивидуальные особенности памяти, мышления, интеллекта.

**Общие свойства граней:**

1. Единство свойств (т. е. неповторимая и определенная связь и взаимодействие (укладка, склад) психических процессов).
2. Стабильность (выражается относительно очень долговременной устойчивостью ее черт).
3. Адаптационная активность (психика любого уровня – это аппарат адаптации; на уровне личности она наиболее адаптивна к социальным и, в некотором смысле, к природным условиям).

**Факторы формирования личности.** На схеме представлены: базис, основа формирования личности, т. е. те биологические предпосылки и задатки, которые человек наследует от родителей. На этот базис оказывают влияние внешние факторы, в роли которых выступают социальный (общество) и микросоциальный климат (семья).

**Виды неправильного воспитания** и их роль для формирования характера человека: авторитарный стиль, «воспитание по типу Золушки», гипоопека, гиперопека, «кумир семьи», противоречивое воспитание.



Рис. 16. Структура личности и основы её формирования

**Акцентуации характера** – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. Выделяют две степени акцентуации характера – *явная* (отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера) и *скрытая* (проявляется неожиданно под влиянием ситуаций и травм). Типология акцентуаций по К. Леонгарду и А.Е. Личко. Мнемотехнический прием для запоминания типов акцентуации характера (**Шипаци не Диас, се Эповис кола гипс**): *ши* – шизоидный, *па* – паранойяльный, *ци* – циклоидный, *не* – неустойчивый, *ди* – дистимный, *ас* – астенический, *се* – сензитивный, *эп* – эпилептоидный, *ов* – возбудимый, *ис* – истероидный, *ко* – конформный, *ла* – лабильный, *ги* – гипертимный, *пс* – психастенический.

В современное понимание понятия «лечебный процесс» входят три основных составляющих терапевтического воздействия: биологическое, психологическое и социальное. Этот подход применим ко всем заболеваниям, т.к. любая болезнь нарушает психологическое равновесие человека. Особенно значим этот подход при лечении хронических соматических заболеваний, психических расстройств, а также при терапии психосоматических заболеваний.

Рассмотрение психологических особенностей соматически больного возможно с 2-х основных аспектов:

- 1) с позиций соматопсихических и психосоматических отношений;
- 2) с позиции реакции личности на болезнь.

**Соматопсихические отношения** – развитие по двум направлениям:

- 1) соматогенный путь: соматические изменения, например, гипоксия или токсические продукты распада опухоли, оказывают влияние на мозг и психику человека. Например, при тяжелой интоксикации появляются бредовые и галлюцинаторные расстройства;
- 2) психогенный путь: соматическое заболевание выступает в роли психотравмирующего фактора, обуславливающего стресс, фрустрацию, психологическую защиту или невроз.

**Психосоматические отношения** – основным связующим звеном (и в норме, и при патологии) между психическими функциями и функционированием внутренних органов является вегетативная нервная система. Два патогенетических пути психогенного влияния на соматическую систему:

- 1) из гипоталамуса с помощью пептидов через гипофиз и эндокринные железы;
- 2) через вегетативную (симпатическую и парасимпатическую) нервную систему.

При хронических психоэмоциональных перегрузках происходит срыв компенсаторных защитных механизмов, и кратковременные функциональные изменения со стороны внутренних органов становятся постоянными, органическими. И в этом случае можно говорить о развитии психосоматических заболеваний.

**Психосоматические заболевания (психосоматозы)** – это такие соматические заболевания, в патогенезе которых ведущую роль играют психические факторы (эмоциональная напряженность, конфликтность).

К классическим психосоматическим заболеваниям относят: *гипертоническую болезнь, язвенную болезнь, ИБС, псориаз, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма, сахарный диабет.*

Выделяют свойства характера, предрасполагающие к психосоматическим заболеваниям: хроническая тревожность, склонность к фрустрации, истерические проявления, нарциссизм, черты алекситимии.

**Внутренняя картина болезни (ВКБ)** – целостный образ своего заболевания и себя как больного. Она содержит в себе представления о причинах, патогенезе и морфологических изменениях, о симптомах и течении заболевания, о его исходах, о социальных (настоящих и предстоящих) следствиях, о переживаниях по этому поводу и усилиях для решения проблемы.



### *Структура ВКБ, компоненты:*

1. Сенсорный (чувственный комплекс болезненных ощущений: боль, зуд, тошнота, дискомфорт и т.п.).
2. Интеллектуальный (знания больного о различных аспектах заболевания: медицинском, социальном, этическом и т.д.).
3. Эмоциональный (разнообразные переживания, которые выражают личностные отношения (чувства) к аспектам заболевания).
4. Волевой (отражает намерения больного и его действия по разрешению ситуации болезни).

### **Осознание болезни**, типы осознаний (оценки) болезни:

1. Нормозогнозия – оценочная сторона соответствует желаниям врача; отношение к болезни и участие в лечебных и реабилитационных мероприятиях адекватное.
2. Гипернозогнозия выражается усилением различных компонентов ВКБ. Тогда пациенты недовольны врачом и ходом лечения, ищут новые лекарства, читают медицинскую литературу, склонны к крайностям в действиях.
3. Гипонозогнозия – недооценка значения болезненных проявлений, недостаточная обеспокоенность болезнью и активность.
4. Анозогнозия – это крайний и болезненный вариант гипонозогнозии, полное отрицание болезни.
5. Диснозогнозия – преднамеренное искажение ВКБ:
  - а) аггравация – преднамеренное преувеличение тяжести симптомов реально существующего заболевания или болезненного состояния.
  - б) симуляция – преднамеренная имитация (создание видимости) болезни или ее симптомов с целью получения незаконных выгод: льгот, уклонений от обязанностей и т. п.
  - в) диссимуляция – сознательное сокрытие реально существующего заболевания или симптома для достижения каких-то целей: преждевременной выписки из больницы, устройства на работу, продолжения высокооплачиваемой работы, несмотря на профессиональное заболевание и т.п.

*Возрастные особенности ВКБ.* В детском возрасте резко преобладает болевой компонент ВКБ. В подростковом возрасте значимы заболевания, отражающиеся на внешности. Для молодого возраста (18-30 лет) характерны неверие в возможность серьезного заболевания и инвалидизации, беспечное, даже пренебрежительное отношение к здоровью. В зрелом возрасте (31-59 лет) усиливаются переживания по поводу профессиональных (инвалидирующие заболевания) и интимных последствий.

### **Психологические аспекты деятельности врача**

1. Личность врача в целом и представления больных об «идеальном враче».
2. Психологические аспекты деятельности врача:
  - профессиональная деформация;
  - синдром хронической усталости;
  - синдром эмоционального выгорания;
  - конфликты при врачебной деятельности.
3. Психологические аспекты взаимодействия с пациентом:
  - проведение беседы;
  - формы взаимодействия;
  - убеждение пациента.

*Требования к личностным особенностям врача:* гуманизм, авторитет, честность и правдивость, выдержка и самообладание, высокая общая и профессиональная культура, организованность в работе, аккуратность и чистоплотность. Основные положения клятвы Гиппократова.

*Деонтология* – учение о том, каким должен быть врач, чтобы наилучшим образом выполнять свои обязанности. Клятва Гиппократова и врача РФ. Правда о болезни и врачебная

тайна. Врачебная тайна в свете закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Понятие о ятрогениях и соррогениях, их предупреждение.

Деонтологический климат в медицинской организации. Атмосфера ожидания приема, врачебного кабинета, обхода, больничной палаты, инструментального и другого обследования – факторы выздоровления. Учет врачом ожиданий у больных в отношении предстоящего обследования и результатов лечения. Этические аспекты отношений медицинских работников между собой.

*Коммуникативная компетентность врача* – это не только наличие определенных психологических знаний, но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача: коммуникативная толерантность, эмоциональная стабильность, эмпатия, антиципация, сенситивность к отвержению.

Психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача: тревожность, депрессивность, интравертированность.

### **Нежелательные аспекты деятельности врача**

*Профессиональная деформация.* Склонность к профессиональной деформации наблюдается у определенных профессий, представители которых обладают трудно контролируемой властью над людьми. Естественно, что врач обладает такой властью, так как от него зависит физическое и душевное здоровье и сама жизнь больного. Ярким примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к объекту, носителю симптома и синдрома, когда пациент воспринимается врачом как «интересный случай».

*Социальные* (необходимость соблюдения врачом многочисленных инструкций) и *индивидуальные* (появление у врача веры в свое могущество и ощущения власти над больным) причины профессиональной деформации.

*Синдром хронической усталости.* Это специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Особенно это относится к профессии врача, так как она предъявляет большую требовательность к личности профессионала и предполагает принятие ответственности за жизнь и здоровье другого человека.

*Специфические симптомы синдрома хронической усталости* у медицинских работников: раздражительность; сокращение времени приема пациентов уже к середине рабочего дня; использование в устной и письменной речи штампов; при общении с коллегами употребление большого числа слов, обозначающих по своей сущности понятие усталости; при выполнении работы, связанной с оформлением документов, использование внутренней речи (внутреннее проговаривание фраз), что типично для решения мыслительных задач в затрудненных условиях.

*Синдром «эмоционального выгорания»* – характеристика психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

*Ключевые группы симптомов, характерных для синдрома выгорания:*

1. Физические: усталость, физическое утомление, нарушения сна, гипертензия, головные боли и т.д.
2. Эмоциональные: недостаток эмоций, не эмоциональность, цинизм и черствость в работе и личной жизни, ощущения фрустрации и беспомощности, раздражительность, тревога.
3. Поведенческие: во время рабочего дня появляется усталость и желание прерваться, отдохнуть.
4. Интеллектуальные: уменьшение интереса к новым теориям и идеям в работе, увеличение предпочтения стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу.
5. Социальные: уменьшение активности и интереса к досугу, хобби; социальные контакты ограничиваются работой; ощущение изоляции, непонимания других и другими.

### **Поведение врача в конфликтных ситуациях.**

Психологические особенности установления контакта с больным, особенности проведения беседы. Формы взаимодействия между врачом и больным: руководство и сотрудничество (партнерство). Техники убеждения больного. Особенности контакта с больными в психиатрической клинике.

*Признаки конфликтного спора:*

- нежелание и неумение слушать противника, монолог, а не диалог;
- переход с истины на дискредитацию личности противника;
- предубежденность;
- эмоциональная агрессия;
- демонстрация своей значительности;
- порицание и осуждение всеобщего характера, что является неосознанным стремлением повысить свою самооценку.

Этот тип конфликтов нередко обуславливается предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу.

**Психогигиена** – наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья человека. Психогигиена обучения, труда, воспитания. Роль неправильного воспитания детей в формировании психической патологии.

**Психопрофилактика** – раздел общей профилактики, включающий совокупность мероприятий, которые обеспечивают психическое здоровье, включая профилактику личностных и профессиональных кризисов, предупреждение возникновения и распространения нервно-психических заболеваний. Понятие о первичной, вторичной, третичной психопрофилактике.

**Реабилитация** – система медицинских, психологических и социальных мер, предупреждающих дальнейшее развитие болезни и потерю работоспособности и направленных на возможно ранее и эффективное возвращение больных и инвалидов к активной социальной жизни.

Принципы реабилитации: партнерство; разнообразие усилий (комплексность); единство биологических и психосоциальных воздействий; принцип этапности.

Этапы реабилитации: биологический, трудовой, социальный.

**Основы возрастной психологии. Психологические реакции детского и подросткового возраста.**

В процессе формирования личности выделяют несколько этапов и возрастных кризов. Психическое развитие протекает неравномерно, при этом наиболее значительные качественные изменения происходят именно в период возрастных кризов.

В детском и подростковом возрасте выделяют следующие **периоды развития и возрастные кризы:**

- 1) **кризис новорожденности** (младенческий возраст – от рождения до 1 года);
- 2) **кризис 1-го года** (раннее детство – от 1 года до 3-х лет);
- 3) **кризис 3-х лет** (дошкольный возраст – от 3-х до 7-ми лет);
- 4) **кризис 7-ми лет** (школьный возраст – от 7-ми до 13 лет);
- 5) **кризис 13 лет** (пубертатный возраст – от 14-ти до 17 лет);
- 6) **кризис 17 лет** (юношеский возраст – от 17-ти до 21 года).

При этом 1-й, 3-й и 5-й кризисы считаются большими, для них характерна более глобальная перестройка отношений ребенка с обществом. В эти периоды дети становятся непослушными, капризными, своевольными, раздражительными, вследствие чего, как правило, возникают конфликты между детьми и взрослыми. Малые кризисы (2-й, 4-й и 6-й), как правило, протекают внешне более спокойно и связаны с нарастанием умений и самостоятельности ребенка. Позитивное значение критических возрастов состоит в переходе к новому, высшему периоду развития личности.

## Реакции детского и подросткового возраста.

С практической точки зрения реакции, свойственные для детского и подросткового возраста, можно разделить на непатологические (характерологические), условно патологические и патологические (патохарактерологические).

*Реакции, свойственные для детского и подросткового возраста*



**Характерологическая реакция** – преходящее, ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка, проявляющееся главным образом при определенных обстоятельствах. Она психологически направлена, не приводит к нарушениям социальной адаптации и не сопровождается соматическими расстройствами.

### Преимущественно характерологические реакции:

**Реакция эмансипации** (характеризуется склонностью к подчеркнутой собственной самостоятельности и независимости).

**Реакция группирования** (характеризуется неспособностью к самостоятельной деятельности и стремлением решить собственные проблемы посредством группировки с другими людьми).

**Реакции увлечения** – также важнейшие черты подросткового возраста. В зависимости от направленности выделяют следующие виды увлечений:

- информативно-коммуникативные (жажда получения новых сведений, потребность в контактах);
- увлечения, основанные на чувстве азарта (различные игры);
- эгоцентрические увлечения, связанные со стремлением быть в центре внимания (участие в художественной самодеятельности, спортивных выступлениях, увлечение иностранными языками, литературой, культурой в целях демонстрации своей необычности);
- увлечения, обусловленные страстью к накопительству (разные виды коллекционирования);
- интеллектуально-эстетические увлечения (углубленные занятия каким-либо одним видом интеллектуальной или эстетической деятельности).

**Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением.** К ним относят различные виды мастурбации у подростков, раннее вступление в половую жизнь, беспорядочные половые связи и др. В их возникновении ведущая роль принадлежит повышенному, но в то же время недостаточно дифференцированному влечению.

Все перечисленные виды характерологических реакций являются обратимой формой пограничных состояний, но при их повторении возникает тенденция к их фиксации. Чрезмерно-выраженные увлечения могут вести к нарушениям поведения и социальной дезадаптации, т.е. они могут принять патологическую форму.

## Вопросы для самоподготовки

1. Личность: структура, свойства.
2. Роль социальных и биологических факторов в формировании личности.
3. Стиль, направленность, возможности личности и основные свойства.
4. Понятие характера, темперамента, их значение в структуре личности.
5. Типология личности: типы и степени их выраженности.
6. Возрастные особенности развития личности.
7. Акцентуации характера, типология.
8. Виды неправильного воспитания и их роль в становлении типа личности.
9. Психологическая защита, ее роль в жизни человека.

10. Виды психологической защиты. Особенности психологической защиты у детей.
11. Понятие о психотравме. Связь психотравмы и личности. Роль возрастного фактора.
12. Психосоматические отношения, механизмы.
13. Соматопсихические отношения, механизмы.
14. Внутренняя картина болезни, ее компоненты.
15. Возрастная динамика актуальности компонентов внутренней картины болезни.
16. Понятие о типах осмысления (оценки) болезни, о типах отношения к болезни.
17. Понятие о симуляции, аггравации, диссимуляции.
18. Понятие о психосоматозах и соматопсихозах.
19. Понятие о ятрогении и соррогении. Определение, классификация.
20. Лечебный процесс: этапы, участники. Психологические аспекты деятельности врача.
21. Коммуникативная компетентность врача, ее формирование.
22. Понятие о профессиональной деформации врача, синдроме хронической усталости и синдроме «эмоционального выгорания».
23. Понятие о психопрофилактике и психогигиене.

### Задания для усвоения темы

1. Определите свои характерологические особенности по методике «Самооценка характера» (приложение 4).
2. Проведите исследование своих личностных особенностей по методике «Конструктивный рисунок человека из геометрических фигур» (приложение 5).
3. Опишите особенности личности людей, нарисовавших следующие рисунки (методика «Несуществующее животное») – приложение 6, для описания выберите один из предложенных рисунков.

### Ситуационные задачи:

#### **Задача № 1.**

Пациентка 52 лет всегда отличалась недоверчивостью, подозрительностью, завышенной самооценкой. Обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на неправильный прикус. В результате осмотра патологии не выявлено. Пациентка была недовольна осмотром, считала, что врач ошибся, врач «некомпетентен и небрежен». Обратилась к главному врачу с жалобами на врача, осматривающего ее, требовала уволить врача.

*Предварительный диагноз?*

#### **Задача № 2.**

Пациент А., 21 год. Всегда был замкнутым, необщительным, пассивным. После окончания средней школы нигде не смог устроиться на работу, потому что это требовало контактов с другими людьми. В основном проводит время дома, коллекционирует марки, читает книги. Общается только с родителями. Примерно 2 недели назад возникла боль в эпигастрии, однако не мог обратиться к врачу, потому что боялся социальных контактов и боялся боли. Лечился дома анальгетиками. Ранее никогда к врачам не обращался. Мать вызвала скорую помощь, был госпитализирован.

*Предварительный диагноз?*

#### **Задача № 3.**

Пациент 15 лет. Из хорошей, дружной семьи Мать склонна к чрезмерной опеке сына. С детства отличался пугливостью. В возрасте полутора лет после того, как испугался включенного пылесоса, появилось заикание. Посещал специализированный детский сад для детей с нарушениями речи – к 6 годам заикание полностью исчезло. Был застенчив, играть любил с девочками. В 7 лет перенес легкую черепно-мозговую травму без последствий. В школе учился хорошо, старательно, но был робок, нерешителен. Постоянно тревожился за мать, отца, старшую сестру – как бы с ними чего-нибудь не случилось плохого. Если мать опаздывала с работы – бежал из дому ее встречать. С 12 лет появились первые навязчивости. После того как тайком

от старших прочитал брошюру о венерических болезнях, стал бояться заразиться ими – начал часто мыть руки. С 14 лет перед окончанием восьмилетней школы появилась масса других навязчивостей. Перед уходом в школу выполнял ряд ритуалов – чтобы не получить неудовлетворительной отметки, чтобы не случилось ничего плохого. Одевался в строго определенной последовательности, несколько раз дотрагивался до выключателя, шел в школу по строго определенному маршруту. Считал «счастливой» цифру три – символ удовлетворительной отметки, а также символ троих самых дорогих ему людей – матери, отца и старшей сестры. Появилась страсть к самоанализу – подолгу раздумывал о мотивах своих поступков, желаний и т. п. Тяготился придуманными им ритуалами, но избавиться от них не мог – их исполнение, по его словам, давало «разрядку внутреннего напряжения». Никогда не выполнял ритуалов при посторонних или старался замаскировать их под необходимые или случайные действия.

*Предварительный диагноз?*

#### **Задача № 4.**

Пациентка 18 лет на приеме у терапевта жаловалась на затруднения при проглатывании жидкой пищи в течение полугода, постоянное ощущение комка в горле, затрудняющее глотание. Внешне демонстративна, эмоциональна, театрально жестикулирует, красочно рассказывает о своих переживаниях. Кроме того, рассказывает о «жутких болях» в позвоночнике, из-за которых «отнимаются руки».

*Предварительный диагноз?*

### **Тестовый контроль:**

1. СУБЪЕКТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ НАЗЫВАЕТСЯ
  - а) анозогнозией
  - б) внутренней картиной болезни
  - в) ипохондрией
  - г) рефлексией
  - д) эгоцентризмом
2. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ ДЛЯ
  - а) детей и подростков
  - б) лиц зрелого возраста
  - в) пожилых
  - г) престарелых
  - д) для всех возрастных групп
3. ТИП ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ «БЕГСТВО В БОЛЕЗНЬ» ОТНОСИТСЯ К
  - а) ипохондрическому типу
  - б) эгоцентрическому типу
  - в) эргопатическому типу
  - г) истерическому типу
  - д) истероидному типу
4. ПРИ КАКОМ ТИПЕ ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИДАЕТСЯ РЕАКЦИИ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ДИАГНОЗА
  - а) обсессивно-фобическом
  - б) тревожном
  - в) апатическом
  - г) сенситивном
  - д) эгоцентрическом

5. КАКОЙ ТИП ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ, КАК ПРАВИЛО, ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТА В ОТВЕТ НА ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВОООБРАЗОВАНИЯ
  - а) неврастенический
  - б) ипохондрический
  - в) апатический
  - г) анозогнозический
  - д) обсессивно-фобический
6. ДИСМОРФОМАНИЯ ОТНОСИТСЯ К ПСИХИЧЕСКИМ ПЕРЕЖИВАНИЯМ, СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ЛИЦ
  - а) зрелого возраста
  - б) пожилых
  - в) детского возраста
  - г) подросткового возраста д) все ответы верны
7. БОЛЕЕ АДЕКВАТНО РЕАГИРУЮТ НА СОБСТВЕННОЕ ПОСТОПЕРАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИЦА С
  - а) высоким уровнем предоперационной тревоги
  - б) умеренно выраженным уровнем предоперационной тревоги
  - в) низким уровнем предоперационной тревоги
  - г) тоскливым радикалом
  - д) предоперационное состояние не оказывает существенного влияния
8. СОЧЕТАНИЕ ТАКИХ КАЧЕСТВ, КАК ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИСТАНЦИРОВАННОСТЬ ВРАЧА ОТ ГЛУБИННЫХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА, ОРИЕНТАЦИЯ НА СИМПТОМЫ, НА ТЕХНОКРАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ, ВХОДИТ В СТРУКТУРУ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ ВРАЧА
  - а) сопереживающего
  - б) эмоционально-нейтрального
  - в) апатического
  - г) директивного
  - д) недирективного
9. ОРИЕНТАЦИЯ НА ПАРТНЕРСТВО В ОТЛИЧИЕ ОТ ОРИЕНТАЦИИ НА РУКОВОДСТВО, СКЛОННОСТЬ ПРИНИМАТЬ К РАССМОТРЕНИЮ ТОЧКУ ЗРЕНИЯ БОЛЬНОГО КАК ПРИ ДИАГНОСТИКЕ, ТАК И ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДОВ И СПОСОБОВ ТЕРАПИИ, ВХОДИТ В СТРУКТУРУ ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ ВРАЧА
  - а) сопереживающего
  - б) эмоционально-нейтрального
  - в) апатического
  - г) директивного
  - д) недирективного
10. ПАЦИЕНТЫ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОБРАЗ «ИДЕАЛЬНОГО ВРАЧА» НЕ СКЛОННЫ ВКЛЮЧАТЬ ТАКОЕ КАЧЕСТВО, КАК
  - а) чувство юмора
  - б) компетентность
  - в) ум
  - г) внимательность
  - д) увлеченность работой

## Рекомендуемая литература для подготовки по теме

### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с.

### Дополнительная:

1. Говорин Н.В. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN978-5-9704-5738-2.
3. Кузюкова А.А. Психические расстройства в подростково-юношеском возрасте (клинические иллюстрации) / А.А. Кузюкова, А.П. Рачин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 144 с. – DOI 10.33029/9704-6108-2-PSY- 2021-1-144.

### Интернет ресурсы:

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.



## 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ И ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ. ЗАКОН «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ». ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА, ПОНЯТИЕ О ВМЕНЯЕМОСТИ И ДЕЕСПОСОБНОСТИ. СИНДРОМОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ, КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМОВ И ИХ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ. СИНДРОМЫ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.

**Исходный уровень:** определение понятий заболеваемость, болезненность, временная и стойкая нетрудоспособность, симптом и синдром (*из курса пропедевтики внутренних болезней*); знание основ международной классификации болезней (*из курса организации здравоохранения*); знание симптомов расстройств отдельных сфер психической деятельности (*из курса общей психопатологии*).

### **Учебная цель занятия:**

Развитие способности к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с диагностическими рубриками и алгоритмами постановки диагноза раздела «Психические и поведенческие расстройства» МКБ, изучение основных положений Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»; положений законодательства РФ в отношении прав пациента, прав и обязанностей врача; изучение принципов организации психиатрической помощи в России, основных показателей работы врача-психиатра; изучение видов психиатрической экспертизы, понятий вменяемости и дееспособности; изучение основных психопатологических синдромов, изучение особенностей направления на консультацию к психиатру, направления на госпитализацию в психиатрическую больницу.

### **Содержание занятия:**

Исторические этапы развития психиатрической помощи взрослому и детскому населению.

*Основные принципы организации психиатрической помощи:* общедоступность, государственный характер (бесплатность), территориальный принцип и максимальная приближенность к населению, преемственность и специализация в работе учреждений разного уровня. Роль врача-непсихиатра в выявлении психических заболеваний.

**Психиатрическая служба.** Два звена психиатрической помощи: внебольничное и стационарное.

*Внебольничное звено* включает: ФАП, сельский врачебный участок, кабинет психиатра в поликлинике ЦРБ, амбулаторное отделение психоневрологического диспансера или психиатрической больницы с кабинетами участковых (городских и областных/краевых) психиатров.

Понятие о диспансерной и консультативной группах наблюдения. Показания для постановки больного под диспансерное наблюдение. Показатели работы участкового психиатра. Этапы исторического пути приближения психиатрической помощи к населению: психиатрическая больница («желтый дом») → психоневрологический диспансер → общая поликлиника.

*Психиатрическая помощь* в Забайкальском крае оказывается Краевой клинической психиатрической больницей имени В.Х. Кандинского (диспансерное и стационарные отделения, психиатрическими отделениями и кабинетами при некоторых ЦРБ. Основные задачи участкового психиатра.

**Наркологическая служба.** Основное учреждение службы региона – Забайкальский краевой наркологический диспансер со стационарным, диспансерным и отделением реабилитации; наркологические отделения при ЦРБ; амбулаторное звено – участковые кабинеты

в диспансере, поликлиниках ЦРБ. Задачи участкового нарколога. Законодательное обеспечение наркологической помощи населению в современных условиях.

*Учреждения для лиц с психическими расстройствами* имеются и в других (кроме здравоохранения) *ведомствах*:

- а) Министерство социального обеспечения – специализированные психиатрические бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ), специализированные дома интернаты, дома-интернаты для детей с выраженными психическими аномалиями;
- б) Министерство образования – психолого-медико-педагогические комиссии, специализированные детские сады и школы для детей с нарушениями интеллекта;
- в) Министерство обороны – психиатрические отделения госпиталей;
- г) Министерство юстиции – психиатры в МСИ СИЗО, психиатры при МСЧ исправительно-трудовых колоний, психиатрическое отделение в больницах для заключенных.

#### **Экспертиза при психических заболеваниях**

1. *Трудовая* экспертиза: врачебная комиссия (ВК), специализированное психиатрическое БМСЭ. Критерии определения степени нетрудоспособности.
2. *Судебная* экспертиза: виды по характеру правонарушений; формула и критерии невменяемости и дееспособности.
3. *Военная* экспертиза, факторы негодности к службе в армии, факторы дезадаптации в начале службы.

#### **Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».**

Действует с 1992 года, содержит 50 статей, регламентирующих, в частности:

- права психически больных;
- порядок первичного психиатрического освидетельствования;
- показания для помещения в психиатрический стационар;
- обязанности учреждения, оказывающего психиатрическую помощь. Психиатрическая помощь гарантируется государством. Ее принципы: законность, гуманность, соблюдение прав человека и гражданина, при этом *лица, страдающие психическим расстройством, «обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными конституцией РФ и федеральными законами»*, в частности, правами на:
  - уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
  - получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
  - оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
  - помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом;
  - предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или участия в учебном процессе, от фото-, видео- или киносъемки (ч.2 ст. 5).

*Ограничение прав и свобод* допускается лишь по медицинским (психиатрическим) показаниям (ч. 1 ст. 5), но не на основе только диагноза или факта наблюдения в психиатрическом учреждении. Нарушение этих положений наказуемо (ч. 3 ст. 5).

*Защиту прав* гражданина (больного) может оказывать избранный им «законный представитель» и адвокат (ст. 7); для лиц моложе 15 лет (для больных наркоманией – моложе 16 лет) и недееспособных таковыми представителями оказываются родители, опекуны или администрация учреждения, где они находились.

*Первичный осмотр* психиатром и *госпитализация в психиатрический стационар* в принципе добровольны и проводятся с согласия обратившегося человека. Однако и то, и другое возможно в «недобровольном» порядке или в порядке «принудительном» (в отношении

лиц, признанных судом невменяемыми на момент совершения вмененных им в вину действий).

Показания для этих двух «недобровольных» психиатрических мер (осмотр и госпитализация) одинаковы (ст. 23 и ст. 29); действия больного дают основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя и окружающих, или
- б) беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При этом пункт «а» – является основанием для обязательного психиатрического осмотра и/или госпитализации (решение может приниматься врачом единолично даже по устному заявлению); а пункты «б» и «в» предполагают предварительное получение врачом письменного заявления (от родственников и др.) с описанием оснований для освидетельствования. На основании заявлений психиатр либо отказывает в психиатрическом обследовании (также письменно), либо направляет полученное заявление и свое к нему «мотивированное заключение» (о состоянии и необходимости первичного психиатрического освидетельствования) в суд по месту расположения медицинского учреждения. В течение 3-х дней должна быть получена соответствующая санкция (или отказ). С санкцией судьи врач является к предполагаемому больному и по результатам исследования признает его здоровым, или направляет в психиатрический стационар, или лечит амбулаторно, определив в последующем консультативную (КЛП) или диспансерную (Д) группу наблюдения – ст. 24 и ст. 25.

«КЛП» консультативно-лечебная помощь оказывается врачом психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей, либо иного законного представителя.

«Д-наблюдение» (диспансерное наблюдение) – может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством.

При поступлении в психиатрический стационар (по п.п. «а», «б», «в») больного, ему предлагают подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. Если пациент не дает согласия, врач психиатр имеет право единолично поместить пациента в стационар на срок 48 часов. Лицо, помещенное в стационар по основаниям, предусмотренным ст. 29, подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которой принимается решение об обоснованности госпитализации. В случае, когда госпитализация признаётся необоснованной, и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признаётся обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

Заявление рассматривается в течение пяти суток с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении. Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном заседании (ст. 34). В судебном заседании участвуют также родственники, доверенные лица, прокурор, адвокат. Рассмотрев заявление, судья удовлетворяет либо

отклоняет его. Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре. Постановление судьи может быть обжаловано в десятидневный срок (ст. 35).

Оказавшийся в психиатрическом стационаре больной *имеет права*:

- вести переписку без цензуры;
- получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой (ст. 37).

Аналогичными правами пользуются лица, проживающие в психоневрологических учреждениях социального обеспечения и специального обучения (ст. 43).

*При выписке* из психиатрического стационара краткий эпикриз высылается в учреждения, курирующие больного далее: а) психиатрический кабинет ЦРБ, б) психоневрологический диспансер или диспансерное отделение психиатрической больницы, в) иногда параллельно в наркологический диспансер или наркологический кабинет ЦРБ.

Выписка из стационара при недобровольной госпитализации производится по заключению комиссии врачей-психиатров, а при принудительной госпитализации («принудительных мерах медицинского характера») – по решению суда.

При оказании психиатрической помощи врач-психиатр руководствуется только медицинскими показателями, врачебным долгом и законом (ст. 21); заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья возможно, но носит предварительный характер и само по себе не имеет юридических последствий (ст. 26).

Действия медицинских работников и иных лиц при оказании медицинской помощи могут быть обжалованы вышестоящему должностному лицу (начальнику), либо в прокуратуру, либо непосредственно в суд (ст. 47).

**Невменяемость.** Суд может признать невменяемым человека лишь в отношении совершенного им общественно опасного деяния. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии **невменяемости**. То есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики в соответствии со ст. 21 УК. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера. Только человек, способный осознавать действительные события, причинную связь явлений, оценивать социальный смысл своих действий и регулировать свою деятельность, может быть признан виновным и, следовательно, нести ответственность.

**Дееспособность** – способность человека своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Ограничение дееспособности совершеннолетнего гражданина по решению суда может быть полным (**недееспособность**) и частичным (**ограниченная дееспособность**).

**Недееспособность.** В качестве основания для признания гражданина недееспособным (статья 29 ГК РФ) называет наличие у него психического расстройства. Вследствие которого, такой человек, не может понимать значения своих действий (интеллектуальный признак) или руководить ими (волевой признак). Установление недееспособности возможно как при наличии обоих признаков психического расстройства, так и при наличии одного из них. Решение о признании гражданина недееспособным принимается судом, после проведения судебно-психиатрической экспертизы, которой определяется психическое состояние гражданина.

*Психиатрическая помощь детям и подросткам может осуществляться:*

- а) в системе общепсихиатрической сети;
- б) в системе педиатрических учреждений.

Во внебольничной помощи центральное место принадлежит диспансерным отделениям психиатрических больниц, психоневрологическим диспансерам и кабинетам детских и подростковых психиатров в поликлиниках и ЦРБ. Стационарная помощь оказывается в детских отделениях психиатрических стационаров или возможно оказание помощи в психиатрических отделениях при детских больницах. В Забайкальском крае помощь детскому населению оказывается силами диспансерного отделения и стационара Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. В районах края детям оказывают помощь врачи-психиатры ЦРБ.

Федеральный закон от 25.11.2013 № 317-ФЗ выделил среди несовершеннолетних группу лиц, страдающих наркоманией, и установил для них иной возраст, с которого пациент наделяется правом самостоятельно давать добровольное информированное согласие на оказание психиатрической помощи (либо самому отказываться от нее) по сравнению с другими психиатрическими пациентами. Возраст «медицинской дееспособности» в психиатрии для больных наркоманией наступает с 16 лет, оставаясь прежним (15 лет) для лиц, не страдающих наркоманией.

### **Классификация психических расстройств**

*Принципы классификации психических расстройств:* нозологический (МКБ-9), комбинированный – синдромальный и нозологический (МКБ-10).

### **Систематика психических расстройств по МКБ-10**

**F 00-F 09** «Органические, включая симптоматические психические расстройства»

**F 10-F 19** «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ»

**F 20-F 29** «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства»

**F 30- F 39** «Расстройства настроения (аффективные расстройства)»

**F 40- F 49** «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»

**F 50-F 59** «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»

**F 60-F 69** «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»

**F 70-F 79** «Умственная отсталость»

**F 80-F 89** «Нарушения психологического (психического) развития»

**F 90-F 99** «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте»

### **Нозологическая систематика психических болезней с учетом вероятностного этиологического фактора:**

1. *Эндогенные заболевания:* шизофрения, аффективные расстройства, шизоаффективные расстройства, функциональные психозы позднего возраста.
2. *Эндогенно-органические заболевания:* эпилепсия, дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга (болезнь Альцгеймера, Пика и др.), сосудистые заболевания головного мозга.
3. *Экзогенно-органические заболевания:* психические нарушения при травмах головного мозга, психические нарушения при опухолях головного мозга, инфекционно-органические заболевания мозга.
4. *Экзогенные заболевания:* симптоматические психозы (интоксикации, инфекции), алкогольная и наркотическая зависимость (биопсихосоциокультуральные заболевания, влияние оказывает не только экзогенный фактор).
5. *Психогенные заболевания:* невротические расстройства, реактивные психозы.
6. *Психосоматические расстройства.*
7. *Патология психического развития:* расстройства личности, умственная отсталость, задержки психического развития.

## **Синдромология в психиатрии**

Понятие о *синдроме* как закономерной (не случайной) совокупности симптомов, объединенных единством патогенеза и образующих некую целостность среди других расстройств. *Симптом* – это признак заболевания, соотношенный с определенной патологией и строго фиксированный по описанию.

Синдром как основная единица психопатологии. Патокинез – «совместный бег симптомов», где одни симптомы отстают, другие вырываются вперед, третьи присоединяются, отчего имеющийся синдром приобретает черты другого синдрома и в него трансформируется. *Синдромокинез* – динамика возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения структурных элементов синдрома (т.е. от момента возникновения и до полного регресса).

Основные группы синдромов по мере их утяжеления (см. также круги Снежневского) следующие:

**Продуктивные («+» синдромы):** астенический, невротические (деперсонализации и дереализации; сенестопатии др.); аффективные (маниакальный, депрессивный); галлюцинаторные, паранойяльные → параноидные → парафренные (бредовые); Кандинского-Клерамбо (галлюцинаторно-бредовый), кататонические, гебефренические, помрачения сознания, эпилептический, психоорганический.

**Негативные («-» синдромы):** истощаемость психической деятельности; субъективно-осознаваемая измененность своего «Я»; объективно определяемая измененность собственного «Я», дисгармония личности; снижение энергетического потенциала; снижение уровня личности; регресс личности; амнестический синдром (Корсаковский); тотальное слабоумие; психический маразм.

### **Регистры психических расстройств**

*Психотический регистр (психозы):* грубая дезинтеграция психики, не критичность к собственным психическим актам с исчезновением способности руководить собой (действиями, поступками, поведением в целом).

*Непсихотический (невротические) регистр:* психические реакции адекватны по содержанию, однако чрезмерно выражены по силе и частоте; незначительное снижение критичности и некоторое ограничение способности регулировать свое поведение.

### **Характеристика отдельных симптомов и синдромов**

**Астенический синдром** – состояние повышенной утомляемости, истощаемости, ослабления или утраты способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. Астения в структуре отдельных болезней.

**Невротические синдромы:** навязчивый, синдромы деперсонализации и дереализации, сенестопатический синдром, ипохондрический синдром (обсессивный, депрессивный и бредовый варианты), истерические синдромы.

**Аффективные синдромы** – состояния, проявляющиеся, в первую очередь, расстройством настроения. В зависимости от аффекта выделяют депрессивный и маниакальный синдромы.

**Галлюцинаторный синдром**, варианты синдрома по виду обманов чувств.

**Бредовые синдромы:** паранойяльный синдром, галлюцинаторно- параноидный (Кандинского-Клерамбо), парафренный.

**Кататонический синдром** – состояние, в котором преобладают нарушения в двигательной сфере: заторможенность (ступор) или возбуждение.

**Синдромы помрачения сознания:** аменция, делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания

**Психоорганический синдром** – диагностическая триада синдрома (Вальтер-Бюэля), варианты.



**Рис. 17.** Соотнесенность синдромов и болезней:  
относительная нозологическая специфичность психопатологических синдромов  
(«круги» Снежевского)

### **Синдромы детского и подросткового возраста**

Проявления негативных и позитивных психопатологических симптомов и синдромов у детей и подростков имеют значительные возрастные особенности. Так, в раннем возрасте негативные симптомы в основном связаны с нарушениями психического развития, т.е. носят дизонтогенетический характер.

Такие **негативные изменения** у взрослых как снижение уровня личности, регресс личности и деменция у детей в связи с возрастной незрелостью носят редуцированный характер и их эквивалентами являются:

- нарушение навыков опрятности;
- моторных навыков (ходьбы, самообслуживания и т.п.);
- примитивная игровая деятельность;
- потеря контакта со сверстниками;
- потеря чувства дистанции со взрослыми и др.

**У детей школьного возраста и подростков негативные проявления выражаются в виде:**

- нарушения усвоения школьных навыков;
- снижения критики к себе и своим поступкам;
- психопатоподобных форм поведения: гиперактивности, расторможенности примитивных влечений, или наоборот бездеятельности и апатии.

**Продуктивные расстройства у детей** рудиментарны, не развернуты и эпизодичны:

- вместо бредовых идей – бредовые страхи и бредовая настроенность;
- вместо сверхценных идей – патологические образные фантазии;
- вместо истинных галлюцинаций – визуализированные образные представления, галлюцинации воображения или гипнагогические галлюцинации.

**Другой особенностью синдромологии в детской психиатрии является эволюционно-онтогенетический подход:**

Изучение психических расстройств в онтогенетическом плане в период незавершенного психического развития позволяет наряду с негативными и позитивными расстройствами в традиционном понимании выделить негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические.

К числу *негативно-дизонтогенетических синдромов* относятся: синдромы общего психического недоразвития (умственная отсталость), психический инфантилизм, невропатия, ранний детский аутизм, психопатоподобный и гебоидный синдромы. В своей основе негативно-дизонтогенетические синдромы имеют дизонтогенетические механизмы ретардации и асинхронии. Негативно-дизонтогенетические синдромы возникают преимущественно при воздействии патогенного фактора в пренатальный, перинатальный и ранний постнатальный периоды.

К числу *продуктивно-дизонтогенетических расстройств* относятся: гебефренический синдром, тотальный и элективный мутизм, регрессивные нарушения моторики, страхи, синдром патологического фантазирования, синдром ухода и бродяжничества, дисморфомании и дисморфофобии, нервной анорексии, сверхценных интересов и увлечений. Патогенетическую основу продуктивно-дизонтогенетических синдромов составляют преимущественно механизм высвобождения более ранних форм нервно-психического реагирования и механизм фиксации незрелых типов реакции. Продуктивно-дизонтогенетические синдромы возникают преимущественно при воздействии патогенного фактора в постнатальный период.

Все специфические синдромы детского и подросткового возраста можно классифицировать и рассматривать в соответствии с этапами психического развития ребенка и уровнями нервно-психического реагирования.

Симптоматика, свойственная каждому последующему уровню реагирования, не исключает проявлений предшествующих уровней, однако отодвигает их на второй план, делает их менее заметными и, так или иначе, видоизменяет.

**Уровни нервно-психического реагирования и соответствующие им синдромы:**

**1. Соматовегетативный уровень (от рождения до 3-х лет):**

- синдром невропатии.

**2. Психомоторный уровень (от 4-х до 10 лет):**

- синдром гиперактивности;
- синдром гиперактивности с дефицитом внимания (СДВГ);



- системные невротические и невротоподобные двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм;
- ранний детский аутизм (РДА) (Каннера и Аспергера).

### 3. Аффективный уровень (от 7 до 12 лет):

- синдромы страхов;
- синдром повышенной аффективной возбудимости;
- синдром патологического фантазирования;
- синдром уходов и бродяжничества.

### 4. Эмоционально-идеаторный уровень (от 12 до 16 лет):

- патологические реакции пубертатного возраста (реакции протеста, эмансипации);
- сверхценный ипохондрический синдром;
- дисморфофобический;
- нервной, психической анорексии;
- сверхценных увлечений и интересов;
- «философической интоксикации»;
- гебоидный синдром.

#### Характеристика отдельных синдромов детского и подросткового возраста

*Синдром невропатии.* Термин «невропатия» применялся в медицинской литературе еще в XVIII веке для обозначения разнообразных расстройств нервной системы. Современная трактовка понятия «невропатия» была предложена Э. Крепелиным (1915). Этим термином в настоящее время обозначают патологические состояния, которые характеризуются незрелостью вегетативной регуляции.

Выделяют три клинико-этиологических типа синдрома невропатии:

- 1) синдром истинной (конституциональной) невропатии;
- 2) синдром органической невропатии;
- 3) синдром невропатии смешанного генеза.

Наиболее типичным, «ядерным» можно назвать **синдром истинной невропатии**. Он выражается в нарушениях ритма и глубины сна, разнообразных расстройствах пищеварения, таких как упорные срыгивания, рвота, диарея, запоры и др.; в повышенной чувствительности ребенка к любым внешним раздражителям, изменениям температуры и влажности воздуха, смене условий кормления и ухода, в общем моторном и эмоциональном беспокойстве.

**Синдром гиперактивности** (гипердинамический, гиперкинетический, синдром общей двигательной расторможенности) – это сочетание общего двигательного беспокойства, неусидчивости, обилия лишних движений, недостаточной целенаправленности поступков, их импульсивность, эмоциональная лабильность, нарушение концентрации внимания. С перечисленными нарушениями поведения и внимания связано нарушение школьной адаптации и частые трудности в усвоении школьных навыков (письма, чтения, счета).

Этот синдром наиболее интенсивно проявляется в конце дошкольного и в младшем школьном возрасте. У детей старше 9-10 лет проявления синдрома, прежде всего моторная возбудимость и двигательная расторможенность, постепенно сглаживаются и к 14-15 годам полностью исчезают. Нозологически синдром гиперактивности малоспецифичен. Наиболее часто он встречается при ранних органических поражениях головного мозга, может встречаться также при эпилепсии, шизофрении (но в этих случаях он не занимает ведущего положения, а сочетается со специфическими синдромами соответствующей нозологической патологии).

**Мутизм** – полное или частичное отсутствие речи при сохранении способности говорить и понимать речь. Различают тотальный и элективный (избирательный) мутизм.

Тотальный мутизм характеризуется полным молчанием в любой обстановке и по отношению к любым лицам и наблюдается как у детей, так и взрослых при кататонических и кататоноподобных состояниях, а также при реактивных состояниях (психогенный, истерический мутизм).

Элективный мутизм свойственен преимущественно детям дошкольного и младшего школьного возраста, имеет в основном психогенное происхождение. Ребенок активно отказывается от речевого общения с людьми, вызвавшими психотравмирующее воздействие (например, с воспитателями в детском саду). Кроме того, речевой контакт может отсутствовать в определенной психотравмирующей ситуации (детский сад, школа).

### **Синдромы раннего детского аутизма**

Ранний детский аутизм впервые описан в 1943 году американским детским психиатром Каннером, а через год независимо от него австрийским психиатром Аспергером. У мальчиков ранний детский аутизм встречается чаще.

**Основными признаками раннего детского аутизма при всех его вариантах являются:**

1. Выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности общения.
2. Слабость эмоционального реагирования или «аффективная блокада» по Каннеру. Весьма характерно зрительное поведение: непереносимость взгляда в глаза, взгляд «мимо или сквозь» людей.
3. Недостаточность реакций на зрительные и слуховые раздражители.
4. Недостаточность коммуникативного использования речи при достаточном ее общем развитии (особенно при синдроме Аспергера).
5. Страх изменений в окружающей обстановке или феномен «тождества» по Каннеру.
6. Боязнь всего нового (неофобия).
7. Однообразное поведение со склонностью к стереотипным играм с неигровыми предметами. Общая недостаточность психомоторики проявляется и в угловатости и несоразмерности движений, возможно запаздывание развития навыков самообслуживания.
8. Непосредственные или отставленные эхолалии – «грамафонная или попугайная речь» по Каннеру. Возможна скандированная или рифмованная речь. Кроме эхолалий характерно сверхценное избирательное отношение к отдельным, чаще труднопроизносимым словам (напр. электрификация и т.п.).

**Синдромы страхов** – характерной особенностью детского возраста является повышенная готовность к аффекту страха, обусловленная относительной легкостью растормаживания пассивно-оборонительного рефлекса, который по И.П. Павлову составляет физиологическую основу страха.

### **Критериями патологических страхов являются:**

1. Беспричинность или явное несоответствие интенсивности страхов силе воздействия, вызвавшего страх.
2. Склонность к генерализации.
3. Нарушения общего состояния (сна, аппетита, физического самочувствия) и поведения ребенка.

Патологические страхи могут входить в структуру различных психопатологических синдромов (невротических, аффективных, аффективно-бредовых), но могут выступать и как самостоятельные психопатологические образования.

У детей и подростков выделяется 5 основных групп симптомов и синдромов страха: навязчивые страхи, страхи со сверхценным содержанием, бредовые страхи, ночные страхи, психопатологически недифференцированные страхи.

**Навязчивые страхи** в детском возрасте отличаются конкретностью содержания, относительной простотой и более или менее отчетливой связью с определенной психотравмирующей ситуацией. По содержанию – это чаще всего страх загрязнения и заражения (мизофобия), острых предметов (оксифобия), закрытых помещений (клаустрофобия). У подростков часто встречается страх смерти родных, особенно матери; навязчивые опасения заболеть тем или иным заболеванием. Часто встречается страх публичных выступлений, страх речи (логофобия) у заикающихся. Тесно связанной с логофобией является боязнь привлечь к себе

внимание и покраснеть (эрейтофобия). Нозологически навязчивые страхи характерны для невроза и вялотекущей шизофрении.

Среди **сверхценных невротических страхов** у детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают боязнь темноты, одиночества, перед различными живыми объектами, напугавшими ребенка (это могут быть как животные, так и люди). Сверхценность страхов часто проявляется в виде стойкого измененного отношения к определенным объектам и явлениям, вызвавшим испуг. Подобное измененное (сверхценное) отношение при повторном отношении с объектом обнаруживается не только на высоте испуга в спокойном состоянии, но и даже спустя долгое время после испуга.

У детей младшего школьного возраста может встречаться боязнь школы, в основе которой лежат сверхценные страхи, связанные со школьной ситуацией, страх перед неуспеваемостью или наказанием учителя. Этот страх может быть причиной упорных отказов посещения школы.

В препубертатном возрасте наиболее часты сверхценные страхи и опасения за свое здоровье. Чаще они обусловлены и связаны с конкретной психотравмирующей ситуацией, например, испугом при встрече с пьяным человеком, или устрашающими рассказами друзей, смертью близкого человека.

В пубертатном возрасте страхи сверхценного содержания наиболее часто выступают в форме развернутых ипохондрических страхов с вегетативными нарушениями, даже сенистопатиями.

**Бредовые страхи** возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации и постепенно переходят в бредовую интерпретацию и чувственный бред. Наиболее часто они встречаются в инициальный период шизофрении, при эпизодическом и непрерывном типах течения. Значительно реже бредовые страхи встречаются в начальный период экзогенно-органических психозов. В этом случае бредовые страхи имеют преимущественно ипохондрическое содержание.

**Психопатологически недифференцированные страхи** возникают в виде приступов витального страха с переживанием неопределенной угрозы жизни в сочетании с общим двигательным беспокойством, разнообразными вегетативными нарушениями и неприятными соматическими ощущениями. Нозологически эти страхи наименее специфичны, они могут встречаться как при неврозах, соматогенных, органических состояниях, так и при шизофрении.

**Ночные страхи** – это состояния выраженного страха и двигательного возбуждения на фоне суженного сознания, возникающие во время ночного сна и в последующем амнезируются.

#### **Синдром патологического фантазирования**

**Критериями патологического фантазирования являются:**

- 1) упорный, трудно корригируемый и нередко дезадаптирующий характер фантазий;
- 2) более или менее выраженный отрыв фантазий от реальности;
- 3) особое содержание фантазий, их причудливость;
- 4) выявление бредовых или галлюцинаторных механизмов образования и динамики фантазий.

**Синдром уходов и бродяжничества** выражается в повторяющихся уходах из дома, школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным.

Механизмы возникновения этого синдрома могут быть различны:

*1. Во-первых*, могут быть связаны с личностными особенностями:

- у астенических и сензитивных личностей может представлять собой реакцию пассивного протеста на страх и боязнь перед наказанием или перед предстоящими трудностями, связанными с учебой;
- у аффективно-возбудимых и гипертимных личностей уходы связаны с реакцией эмансипации;

- у истероидных – это демонстративные побег.

2. *Во-вторых*, другим типом мотивации уходов является сенсорная жажда, сочетающаяся со стремлением к развлечениям (преимущественно у детей с эмоционально-волевой неустойчивостью).
3. *Третьим типом* являются безмотивные уходы. В их основе лежит либо изменение настроения (например, депрессия с неосознанным стремлением изменить привычную обстановку), либо нарушение влечения с импульсивным стремлением к уходу (дромомания).

Нозологически этот синдром в основном встречается при пограничных состояниях (личностные реакции протеста, нарушение адаптации, невротоподобные и психопатоподобные состояния резидуально-органического происхождения).

**Синдром дисморфофобии** – болезненная идея мнимого или необоснованно преувеличенного физического недостатка. Развернутый синдром дисморфофобии включает в себя также идеи отношения и сниженный фон настроения. Чаще возникает у девочек. Стойкие дисморфофобические переживания влияют на поведение подростков, когда они начинают избегать друзей, знакомых, пытаются разрабатывать способы лечения мнимых недостатков, обращаются к косметологам. Выраженный и стойкий синдром дисморфофобии наиболее характерен для вялотекущей шизофрении или для инициального этапа параноидной шизофрении.

**Синдром нервной (психической) анорексии** – является особым вариантом синдрома дисморфофобии. Психопатологическую основу этого синдрома составляет сверхценное убеждение о чрезмерной полноте и обусловленное этим ограничение приема пищи вплоть до отказа от еды.

Динамика синдрома в случае непроецессуальных заболеваний складывается из следующих этапов:

1. Инициальный или дисморфофобический – появление сверхценных переживаний излишней полноты;
2. Дисморфоманический – отличается упорным ограничением приема пищи;
3. Кахектический – больные выглядят резко истощенными, с землистым оттенком лица, своеобразной осанкой «крючком». Появляются изменения внутренних органов (кардиодистрофия, расстройства ЖКТ, артериальная гипотония и т.д.). На этом этапе возможен летальный исход;
4. Этап редукции нервной анорексии.

Синдром нервной анорексии наблюдается при психогенных заболеваниях, при эндокринных расстройствах, при шизофрении (в этом случае этапность менее очерчена).

#### **Синдром сверхценных увлечений и интересов.**

##### ***Критериями патологических увлечений являются:***

1. Интенсивность и одержимость увлечением (во имя увлечения забрасывается вся остальная деятельность, поведение может достигать даже криминального характера);
2. Необычность и вычурность увлечения;
3. Непродуктивность увлечения – т.е. фактически ничего не создается и ничего не достигается в результате этого увлечения.

**Синдром «философической интоксикации»** характеризуется сверхценной идеаторной деятельностью познавательной направленности: размышлениями о смысле жизни, о мировом сознании, концепциях воспитания и т.п. Нозологически наиболее часто этот синдром описывается при шизофрении пубертатного возраста.

**Гебоидный синдром** – симптомокомплекс, который характеризуется болезненным заострением и искажением эмоционально-волевых особенностей, свойственных для пубертатного возраста. Наиболее часто возникает в инициальный период шизофрении.

##### ***Основные его компоненты:***

- выраженная расторможенность и извращение примитивных влечений, особенно сексуальных;
- утрата или ослабление высших нравственных установок (добра, зла, дозволенного и недозволенного);

- своеобразное эмоциональное притупление с отсутствием высших эмоций (сочувствия, сострадания);
- аффективная возбудимость с агрессией;
- выраженный эгоцентризм.

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Организация психиатрической службы в РФ. Современные тенденции оказания психиатрической помощи взрослому и детскому населению.
2. ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Основные принципы оказания психиатрической помощи населению РФ, права пациентов.
4. Особенности первичного психиатрического освидетельствования.
5. Правовые вопросы обеспечения недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.
6. Экспертиза при психических заболеваниях, виды; понятие о невменяемости и недееспособности.
7. Нозологическая систематика психических заболеваний.
8. Систематика психических болезней по МКБ-10.
9. Наркологическая помощь населению РФ, правовое обеспечение.
10. Определение понятий симптом, синдром, симптомокомплекс, синдромокинез, синдромо-таксис.
11. Классификация синдромов в психиатрии, продуктивные и негативные синдромы.
12. Психотический и невротический регистры психических расстройств.
13. Характеристика отдельных позитивных синдромов.
14. Характеристика отдельных негативных синдромов.
15. Синдромы детского и подросткового возраста.

### **Задания для усвоения темы**

#### ***Вопросы для закрепления знаний***

1. Лечение обострения психического расстройства осуществляется только в стационаре? (Да – нет).
2. Обязательно ли согласие на госпитализацию гражданина, непосредственно опасного для себя и окружающих вследствие предполагаемого у него психического расстройства? (Да – нет).
3. Выдается ли медицинская документация в психиатрических учреждениях на руки больным? (Да - нет) Как решается этот вопрос?
4. Обязательно ли постановка под диспансерное наблюдение человека, обратившегося за психиатрической помощью? (Да – нет).
5. Заводится ли амбулаторная карта на всех обратившихся за психиатрической помощью? (Да – нет).
6. Какова структура психиатрической службы?
7. Чьи права отражены в Законе о психиатрической помощи?
8. Возможно ли проведение первичного психиатрического освидетельствования без согласия освидетельствуемого?
9. Является ли наличие у пациента суицидальных тенденций показанием для его недобровольной госпитализации?
10. Каковы основные принципы классификации психических расстройств (болезней)?
11. Что заставляет использовать в психиатрии не только нозологический принцип для выделения форм болезней?
12. Какие заболевания относятся к экзогенно-органическим?
13. Как классифицируют синдромы в психиатрии?
14. В чем заключается отличие синдромов невротического и психотического регистра?

15. Назовите синдромы, относящиеся к продуктивным синдромам невротического регистра.
16. Идентичен ли в принципе один и тот же синдром при разных заболеваниях?
17. Судя по кругам Снежневского, каких синдромов не бывает при неврозе? При аффективных расстройствах? При шизофрении? и т.д.
18. Какие синдромы наиболее специфичны для эпилепсии? Для симптоматических психозов? и т.д.
19. Клиника какого заболевания богаче возможными синдромами: эпилепсии или шизофрении?
20. Чем синдром для заболевания неспецифичнее, тем он в течение этого заболевания встречается ..... (позже, раньше; чаще, реже) (1), а чем специфичнее, тем ..... (2).

### **Ситуационные задачи:**

*Ответить на вопрос (в конце каждой задачи), привести обоснование в соответствии с законом «О психиатрической помощи...»*

#### **Задача № 1.**

Ученик 3-го класса, находясь в группе продленного дня, начинает вести себя возбужденно: драться со сверстниками, кричать, рвать на себе одежду, дерзить старшим. Учитель, получив согласие администрации, на служебной машине привозит мальчика на прием к детскому психиатру. Против осмотра психиатра мальчик не возражает. Врач-психиатр освидетельствует ребенка и выставляет диагноз реакция адаптации с нарушениями поведения.

*Правильны ли в правовом смысле действия педагога и врача в отношении мальчика?*

#### **Задача № 2.**

В стационар кожно-венерологического диспансера был доставлен пациент, злоупотреблявший алкоголем, для обследования по контакту с больным венерическим заболеванием. На 3-й день пребывания в диспансере у него внезапно возникли зрительные и слуховые галлюцинации, страх, возбуждение. Переживая ситуацию нападения, пытался бежать из стационара.

*О каком состоянии идет речь в задаче? Укажите, в каком учреждении должна оказываться помощь данному пациенту.*

#### **Задача № 3.**

Больной шизофренией в течение длительного времени лечился стационарно, у него были купированы продуктивные психические расстройства. Однако за время болезни развился выраженный дефект, из-за которого больной нуждается в постоянном уходе. Родственников у пациента нет. В активной антипсихотической терапии он не нуждается.

*Куда должен быть определен больной?*

#### **Задача № 4.**

Родители 14-летнего подростка по контракту работают за рубежом. Подросток проживает в России у тетки. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах, на предложение тети обратиться на консультацию к психиатру отвечает категорическим отказом. Женщина обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением, о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

*Какова тактика врача-психиатра?*

### **Ситуационные задачи (на выявление симптомов / синдромов):**

#### **Задача № 1.**

Ребенку 2 года. Резко возбудим, много и подолгу плачет от самых разнообразных причин. Ко всему новому пугливый, пытается спрятаться, прижимается к матери при виде новой игрушки, незнакомого человека. Сон недостаточной глубины, днем спит, ночью сон с частыми пробуждениями. С первых дней жизни резко реагирует на малейшие проявления дискомфорта (мокрая пеленка, голод, длительное отсутствие рядом матери). С первых месяцев

жизни отмечаются частые срыгивания, рвота, нарушения стула (запоры, сменяющиеся диареей), плохой аппетит.

*Укажите уровень нервно-психического реагирования. Какой синдром описан в задаче?*

### **Задача № 2.**

Ребенку 4 года. С раннего возраста родители отмечают странности в поведении: ребенок равнодушен к родителям, не реагирует на их появление и уход. Создается впечатление, что мальчик не различает людей и неодушевленные предметы, реагирует на них одинаково. Вместо естественного любопытства (новые игрушки, люди и др.) часто бывает недовольным и даже протестует. Игры ребенка носят манипулятивный характер: часами наливает и выливает из стакана воду, пересыпает из одной формы в другую песок, перебирает бумажки, спичечные коробки. Движения мальчика неуклюжи. Мимика бедная, невыразительная, ребенок смотрит как бы «мимо» собеседника. Интеллект не нарушен, речь сформирована правильно, выучил уже много стихов, пытается читать.

*Укажите уровень нервно-психического реагирования. Какой синдром описан в задаче?*

### **Задача № 3.**

Мальчику 7 лет. Родители с ранних лет отмечают странный характер его игр. Ребенок на длительное время и устойчиво «перевоплощается» в некий персонаж, что сопровождается нарушением поведения. Так, изображая в игре «лошадку», придя с улицы, он продолжает требовать сена, ржет, не разговаривает с родителями, объясняя это тем, что «лошадки не говорят». На уговоры родителей не поддается. Интеллект не нарушен.

*Укажите уровень нервно-психического реагирования. Какой синдром описан в задаче?*

### **Задача № 4.**

Девочке 15 лет. Несколько месяцев назад родители заметили, что девочка стала уделять повышенное внимание своей внешности. Часами рассматривает себя в зеркало, находит какие-то изъяны, делающие ее «уродливой». Считает, что окружающие над ней смеются за ее спиной. Девочка обратилась в специализированную клинику с целью потребовать пластическую операцию.

*Укажите уровень нервно-психического реагирования. Какой синдром описан в задаче? Определите дальнейшие действия врача пластического хирурга.*

### **Задача № 5.**

Больной 17 лет, студент юридического факультета. Обратился в прокуратуру с письмом следующего содержания: «Прошу принять меры и оградить меня от преследования группой лиц, находящихся в сговоре с преступными группировками. Они воображают себя богами, с помощью сверхсекретных техник вставили мне в голову, в позвоночник, конечности датчики, с помощью которых, постоянно ведут со мной переговоры, не дают ни минуты покоя, контролируют меня и мои действия. Вкладывают мне в голову мысли других людей, заставляют отвечать на них, в моей голове мысли разных людей. Они с помощью датчиков и суперсил двигают моим языком, заставляют произносить нецензурные слова, чужие слова. Могут даже вынуть мое сердце, легкие и вложить другие, кибернетические. Я весь стал сам не свой, даже ем и хожу автоматически. А они все время мысленно говорят мне, что сделали из меня робота. Еще раз прошу незамедлительно принять меры против этих злоумышленников».

*Какие симптомы/синдромы описаны в задаче?*

### Тестовый контроль:

1. СОГЛАСНО ЗАКОНУ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАНИНА ИМЕЮТ ПРАВО ЗАПРАШИВАТЬ
  - а) судебно-следственные органы
  - б) соседи гражданина
  - в) участковый врач территориальной поликлиники
  - г) коллеги по работе
  - д) любые знакомые гражданина
2. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЗА ЛИЦАМИ С ...
  - а) хроническими психическими заболеваниями
  - б) любыми психическими расстройствами
  - в) хроническими психическими заболеваниями с частыми обострениями и не стойкими ремиссиями
  - г) психическими заболеваниями с частыми обострениями
  - д) хроническими психическими заболеваниями с частыми обострениями, требующими плановой госпитализации
3. ГЛАВА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МКБ-10 ПОСТРОЕНА ПО ПРИНЦИПУ
  - а) нозологическому
  - б) синдромальному
  - в) этио-патогенетическому
  - г) эклектичному
  - д) смешенному
4. ШИЗОФРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
  - а) эндогенных психических расстройств
  - б) эндогенно-органических психических расстройств
  - в) экзогенных психических расстройств
  - г) экзогенно-органических психических расстройств
5. ДЕВОЧКА 10 ЛЕТ, НАХОДИТСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ПО ПИСЬМЕННОМУ СОГЛАСИЮ МАТЕРИ В СВЯЗИ С ТРУДНОСТЯМИ В УЧЕБЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ. КЛАССНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ ДЕВОЧКИ ПОТРЕБОВАЛ ОТ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА-ПСИХИАТРА ПРЕДОСТАВИТЬ ЕЙ СВЕДЕНИЯ О ФАКТЕ НАХОЖДЕНИЯ ДЕВОЧКИ В СТАЦИОНАРЕ, ЕЕ ПСИХИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ И ДИАГНОЗЕ.

*Определите, каковы будут действия врача-психиатра стационара.*

  - а) объяснить классному руководителю о невозможности предоставления требуемых сведений, т. к. они являются врачебной тайной
  - б) незамедлительно предоставить классному руководителю необходимые сведения
  - в) предоставить классному руководителю необходимые сведения только при наличии официального письменного запроса на имя главного врача психиатрической больницы
  - г) отказать в предоставлении сведений без объяснения причин
  - д) предоставить классному руководителю требуемые сведения при наличии письменного заявления педагога



## Рекомендуемая литература для подготовки по теме

### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

### Дополнительная:

2. Цыганков Б.Д. Психиатрия : учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-6053-5.

### Интернет ресурсы:

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. <https://www.books-up.ru>

## **6. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ. ТРАНЗИТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, ДИНАМИКА, ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ И СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, РЕАБИЛИТАЦИЯ. ПОНЯТИЕ О ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ.**

**Исходный уровень:** личность и детерминанты ее становления; общие свойства личности (*из курса медицинской психологии*), акцентуации характера (*из курса общей психопатологии*).

### **Учебная цель занятия:**

Формирование способности к определению у пациентов основных диагностических критериев рубрики «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» согласно Международной классификации болезней X пересмотра; изучение определения, этиологии, классификации, клиники и лечения расстройств личности; изучение основных вопросов трудовой, судебно-психиатрической и военной экспертизы при расстройствах личности, транзиторных расстройствах личности и акцентуациях характера.

### **Содержание занятия:**

**Расстройство личности (ранее – психопатия)** – это стойкая аномалия личности, характеризующаяся дисгармонией эмоционально-волевой сферы.

Согласно определению основоположника учения о психопатиях П.Б. Ганнушкина, «психопатия – это такие аномалии характера, которые определяют весь психический облик индивида, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток, в течение всей жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают приспособляться к окружающей среде». В этом определении Ганнушкина, по существу, заложены основные критерии психопатии.

### **Критерии расстройства личности:**

1. Выраженность патологических черт до степени нарушения адаптации. При этом социальная дезадаптация является следствием именно патологических черт, а не обусловлена неблагоприятной средой.
2. Тотальность психопатологических особенностей, определяющих весь психический облик индивида.
3. Их стабильность, малая обратимость. Патологические черты сохраняются на протяжении всей жизни, хотя впервые могут выявиться в детском или подростковом возрасте, реже во взрослом. В дальнейшем эти патологические черты могут быть компенсированы и проявляться в меньшей степени.

**Классификация расстройств личности.** Систематика расстройств личности основана на двух критериях (этиологический и клинический):

1) **этиологический**, согласно которого О.В. Кербиков выделил:

- ядерную психопатию (ведущий этиологический фактор – конституциональный);
- органическую (основная роль принадлежит экзогенно-органическим поражениям);
- краевую (основную роль в формировании которой играют внешние социально-психологические воздействия и условия воспитания).

2) **клинический**, согласно которого по МКБ-10 выделяют следующие клинические типы расстройств личности:

- параноидное (параноическое) расстройство личности (паранойяльная психопатия) – **F60.0**;
- шизоидное расстройство личности (шизоидная психопатия) – **F60.1**;
- диссоциальное (гебоидное) расстройство личности – **F60.2**;
- эмоционально-неустойчивое расстройство личности (возбудимая психопатия) – **F60.3**;
- истерическое расстройство личности (истерическая психопатия) – **F60.4**;

- ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (психастеническая психопатия) – **F60.5**;
- тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (астеническая психопатия) – **F60.6**;
- расстройство типа зависимой личности – **F60.7**;
- другие специфические расстройства личности – **F60.8**;
- неуточненное – **F60.9**;
- смешанное расстройство личности (мозаичная психопатия) – **F61.0**.

Общая динамика расстройств личности: **компенсация – декомпенсация. Формы декомпенсаций:** заострение черт, реакции депрессивные и невротические, делинквентное и преступное поведение, симуляция, суицидальные попытки, самоповреждения, аддиктивное поведение. Возрастная динамика психопатических проявлений; частота адаптированности в среднем возрасте.

**Смежные клинические формы расстройств:**

**Транзиторное расстройство личности (ТРЛ)** – это кратковременное преходящее рассогласование структуры личности у лиц подросткового и молодого возраста в экстремальных условиях и *не приводящее к формированию стойкой патологии личности.*

**Патохарактерологическое развитие личности** – это одно из основных и наиболее часто встречаемых у детей и подростков патологических формирований личности. По мнению О.В. Кербикова, этот вариант патологического формирования личности связан с хронической неблагоприятной ситуацией в микросреде и неправильным воспитанием.

**Психопатизация** (вследствие тяжелых психотравм) и **психопатоподобный синдром** (вследствие соматических или органических факторов, т.е. «нажитые психопатии»).

**Принципы лечения (коррекции) расстройств личности:**

- 1) добровольность;
- 2) длительность;
- 3) комплексность: психотерапия, психофармакотерапия, социально-административные и педагогические воздействия и др.

Трудовая, судебно-психиатрическая и военная экспертизы при расстройствах личности, ТРЛ и акцентуациях характера.

Таблица 5

Классификация расстройств личности

Психопатии	Ганнушкин П.Б. (1933)	Кербиков О.В. (1968)	МКБ-10 (расстройства личности)
<b>С преобладанием изменений в сфере мышления</b>	Астеники	Тормозимые	Зависимое <b>F 60.7</b>
	Психастеники		Ананкастическое <b>F 60.5</b>
	Шизоиды (мечтатели)	Патологически замкнутые	Шизоидное <b>F 60.1</b>
	Фанатики, параноики		Параноическое <b>F 60.0</b>
<b>С преобладанием эмоциональных нарушений</b>	Эпилептоиды, циклоиды	Возбудимые	Эмоционально-неустойчивое <b>F 60.3</b>
	Конституционально-аффективные		Тревожное (уклоняющееся) <b>F 60.6</b>
	Истерические, патологические луны	Истеричные	Истерическое <b>F 60.4</b>

<b>С преобладанием волевых нарушений</b>	Неустойчивые	Неустойчивые	Другие специфические расстройства личности <b>F 60.8</b>
<b>С расстройствами влечений</b>		Сексуальная психопатия	
<b>С нарушениями поведения</b>	Антисоциальные		Диссоциальное (гебоидное) <b>F 60.2</b>
<b>Смешанные</b>	Конституционально-глухие	Мозаичная	Смешанное <b>F 61.0</b>

### Нарушения поведения у детей и подростков

Нарушения поведения в детском и подростковом возрастах – это, как правило, психогенно обусловленные личностные реакции, ведущие к социопсихологической дезадаптации. Нарушения поведения могут встречаться как форма психологических, так и патологических личностных реакций.

В этиологии нарушений поведения основную роль играют длительно действующие отрицательные средовые факторы – семейные конфликты, неправильное воспитание, эмоциональная депривация и др. Факторами, способствующими возникновению нарушений поведения, являются акцентуации характера, резидуальная церебральная неполноценность, диспропорция между физическим и социальным статусом, изменения темпа физического развития (акселерация, инфантилизм).

Таблица 6

#### Нарушения поведения у детей и подростков

Условно-патологическое поведение	Патологическое поведение
1. Реакция отказа	1. Делинквентное
2. Реакция оппозиции	2. Алкоголизация и наркотизация
3. Реакция имитации	3. Побег и бродяжничество а) вследствие фантазирования б) как реакция эмансипации в) ситуативно – обусловленные г) как реакция оппозиции д) сексуально – обусловленные е) дромомании
4. Реакция компенсации и гиперкомпенсации	4. Суицидальное поведение а) демонстративное б) аффективное в) истинное
5. Реакция эмансипации	
6. Реакция группирования	
7. Увлечения: а) информативно – коммуникативное б) азартное в) эгоцентрическое г) накопительское д) лидерское е) духовное совершенствование ж) телесное совершенствование	

**Патохарактерологическая реакция** – психогенная личностная реакция, проявляющаяся отклонениями в поведении ребенка; она приводит к нарушениям социально-личностной адаптации и сопровождается соматовегетативными расстройствами. Обычно она

развивается на основе характерологической, однако при наличии неблагоприятного фона (акцентуации характера, органической недостаточности, дисгармонически протекающего возрастного криза) сразу принимает патологические формы.

*Признаки патологических реакций:*

- **склонность к генерализации** – способность возникать в самых различных ситуациях и по различным, зачастую, незначительным поводам, т.е. возникновение уже не только в исходной психотравмирующей ситуации, но и за ее пределами;
- **склонность к стереотипности проявлений** – дети и подростки повторяют как клише одни и те же поступки по разным поводам);
- **появление полиморфизма** нарушений поведения, при котором присутствуют антидисциплинарные, антиобщественные, делинквентные, аутоагрессивные поступки у одного и того же лица;
- **сочетание нарушений поведения** с расстройствами невротического типа, эмоциональными и соматовегетативными проявлениями;
- **появление социальной дезадаптации.**

*Преимущественно патохарактерологические реакции:*

**Реакция отказа** – характеризуется отсутствием или снижением стремления к естественным контактам с окружающими. Обычно возникает при психогенных депрессиях. Ребенок переживает «потерю перспективы», испытывает чувство отчаяния, он не стремится к контакту, испытывает страх перед всем новым, отказывается от обычных желаний и стремлений. Подобные реакции описаны у детей, лишившихся родителей и попавших в неблагоприятные условия воспитания детского дома.

**Реакции имитации (подражания)** связаны с подражанием поведению лиц, которые являются для ребенка авторитетом. Реакциям имитации принадлежит важная роль в формировании характера и личности в целом. Вместе с тем они могут становиться источником асоциального поведения (например, сквернословие, бродяжничество, хулиганские поступки, мелкое воровство и т.д.), а также многих вредных привычек – курения, употребление алкоголя и наркотиков. Наибольшее значение реакции имитации имеют в случаях возникновения в больших группах при наличии отрицательного лидера с абсолютным авторитетом. Результатом таких реакций может быть групповая агрессия или массовые самоубийства.

**Реакция компенсации** характеризуется стремлением скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой. Например, слабый физически подросток принимает активное участие в математических олимпиадах, занимается шахматами и т.д.

**Реакция гиперкомпенсации** характеризуется стремлением достичь успеха именно в той области деятельности, в которой отмечается несостоятельность. Так, при наличии физических недостатков старается казаться самоуверенным, решительным, умеющим руководить. Компенсаторно может возникать внешняя показная бравада, самооговоры, вымышленные биографии и т.д. Возникновению таких реакций способствуют длительное пребывание в условиях социальной и эмоциональной депривации.

**Реакция оппозиции или протеста.** Всегда имеют определенную избирательность и направленность. Причины возникновения могут быть разнообразными: конфликты между родителями, равнодушное отношение к ребенку, появление второго ребенка в семье и т.д.

**Характерологические** (т.е. в пределах нормы) **реакции активного протеста** проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего поведения. Эти реакции имеют четкую направленность против определенных лиц, ставших источниками неприятных переживаний. Чаще наблюдаются у подростков с чертами эмоциональной возбудимости.

**Патологические (патохарактерологические) реакции активного протеста** отличаются значительно большей интенсивностью, обязательным наличием агрессивного поведения, большей длительностью, склонностью к фиксации и нередко направлены не только на

первоначального обидчика, но и на взрослых вообще. В зависимости от характера нарушений поведения различают реакции активного и пассивного протеста.

**Реакции активного протеста** – непослушание, грубость, разрушительные действия, вызывающее агрессивное поведение.

**Реакции пассивного протеста** – отказ от еды, уход из дома, попытки самоубийства, отказ от речи, энурез, замкнутость, нарушение эмоционального контакта.

**Патохарактерологическое развитие личности** – это одно из основных и наиболее часто встречаемых у детей и подростков патологических формирований личности. По мнению О.В. Кербикова, этот вариант патологического формирования личности связан с хронической неблагоприятной ситуацией в микросреде и неправильным воспитанием.

*Основными механизмами его формирования являются:*

- закрепление личностных реакций (протеста, отказа, гиперкомпенсации, имитации и других);
- прямое стимулирование нежелательных черт характера посредством неправильного воспитания (при деспотичном – возбудимых или наоборот тормозимых, при гиперопеке («кумир семьи») – истероидных и т.д.).

**Варианты патохарактерологического развития:** аффективно-возбудимый – наиболее частый; тормозимый; истероидный; неустойчивый.

**Динамика формирования патохарактерологического развития:**

- 1) начальный этап (в младшем школьном возрасте) – повторяющиеся патохарактерологические реакции (при «1 и 2» – реакции активного протеста, при «2» – реакции пассивного протеста, при «4» – различные патохарактерологические реакции: протеста, отказа и имитации);
- 2) этап формирования ведущего синдрома (в препубертате – 10-12 лет);
- 3) этап пубертатного полиморфизма (добавляются различные реакции, несвойственные ранее);
- 4) этап постпубертатной динамики:
  - а) неблагоприятная – формирование краевой психопатии;
  - б) благоприятная – гармонизация личности.

**Основные формы девиантного (отклоняющегося) поведения:**

- 1) **делинквентное** – отклоняющееся поведение с отчетливой антиобщественной направленностью, в крайних своих вариантах приобретает уголовно-наказуемый характер. *Основные виды делинквентного поведения:* хулиганство, кражи, грабеж, вандализм, физическое насилие, клевета, мошенничество, взяточничество, вымогательство и т.д.;
- 2) **аддиктивное** – отклоняющееся поведение со стремлением к уходу от реальности посредством приема психоактивных веществ, либо сопровождающееся чрезмерной фиксацией на определенных видах деятельности. К разновидностям аддиктивного поведения относят наркотическую, алкогольную и табачную зависимость. Стремление уйти от реальности помимо приема психоактивных веществ может быть посредством *других форм бегства:*
  - «бегство в тело» – замещение традиционных форм жизнедеятельности и обычной иерархии ценностей лишь интересами о собственном психическом или физическом совершенствовании;
  - «бегство в работу» – замена исключительно служебными делами;
  - «бегство в контакты или одиночество» – замена постоянным утрированным стремлением к общению или, наоборот, стремлением к уединению;
  - «бегство в фантазии» – жизнь в мире иллюзий и фантазий;
  - гэмблинг (игровая зависимость: компьютерная, азартные игры);
- 3) **патохарактерологическое** – отклоняющееся поведение, обусловленное патологическими изменениями характера;
- 4) **психопатологическое** – отклоняющееся поведение, обусловленное психическими расстройствами.

### **Клинические формы девиантного поведения:**

1. Агрессивное поведение.
2. Аутоагрессивное (суицидальное) поведение.
3. Злоупотребление психоактивными веществами.
4. Нарушение пищевого поведения (голодание, переедание).
5. Аномалии сексуального поведения (перверсии, девиации).
6. Сверхценные психологические увлечения (трудоголизм, спортивный или музыкальный фанатизм и т.п.).
7. Сверхценные психопатологические «увлечения» (сутяжничество, кверулянтство, клептомания, дромомания и т.д.).
8. Характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.).
9. Аморальное (безнравственное) поведение).
10. Неэстетическое поведение.

Для детского и подросткового возраста из перечисленных нарушений поведения наиболее актуальными являются патохарактерологические и психопатологические.

**Психопатологическое поведение** – возникает в рамках психических нарушений: умственной отсталости, эпилепсии, шизофрении, депрессии и других нозологических форм. Тактика и лечение в этом случае, безусловно, отличается.

#### ***Тактика при диагностике нарушений поведения у детей.***

*В случае характерологических реакций* – наблюдение у психолога, проведение психокоррекционной и психотерапевтической работы.

*При повторяющихся патохарактерологических реакциях, стойком девиантном поведении* – консультация психиатра с назначением медикаментозной терапии.

*При расстройствах личности* лечение проводится, главным образом, амбулаторно, стационарное лечение показано лишь в случае выраженной декомпенсации. При этом собственно медикаментозное лечение показано лишь в периоды декомпенсаций:

- при наличии в клинике взрывных нарушений или паранойяльных реакций назначаются малые нейролептики (неулептил, сонапакс);
- при дисфорических расстройствах – финлепсин, депакин;
- при астенических, обсессивно-фобических и ипохондрических – транквилизаторы (гидроксезин, феназепам), малые нейролептики (сонапакс).

Фармакотерапия до 3-х месяцев.

Психотерапия (в течение нескольких месяцев или лет): поведенческая, когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная, арт-терапия и др., индивидуальная и групповая.

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Определение понятия «акцентуации» характера, степени, типология.
2. Определение понятия «расстройство личности». Критерии классификации (этиопатогенетическая по Кербикову и клиническая по МКБ-10). Диагностические критерии вариантов расстройств личности.
3. Виды декомпенсации при расстройствах личности, возрастная динамика.
4. Патохарактерологическое развитие: этапы формирования, его варианты и клинические исходы.
5. Транзиторное расстройство личности, критерии, дифференциально-диагностические признаки, отличие от расстройства личности и акцентуации характера.
6. Вопросы военно-врачебной экспертизы при расстройствах личности.
7. Лечение расстройств личности, реабилитация.

## Задания для усвоения темы

### Ситуационные задачи:

1. Девочка 16 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Развитие без особенностей. До 10-летнего возраста воспитывалась единственным ребенком в семье. В доме было очень много игрушек, девочка не знала отказов ни в чем, привыкла всегда быть в центре внимания. Родители и бабушка старались предугадать каждое ее желание. В детском саду, встречая чье-нибудь сопротивление (например, не поделили игрушки), начинала громко надрывно плакать, падала на пол, стучала ногами. Не терпела, когда при ней хвалили ребят, когда другим уделяли внимание. Всегда охотно перед зрителями читала стихи, пела, танцевала. Позднее, в школьном возрасте, основные черты ее характера – эгоизм, жажда постоянного восхищения своей особой, удивления, сочувствия, – стали еще более выраженными. Желание привлечь к себе внимание, слушать восторги и похвалы стало насущной потребностью. Училась хорошо, однако эти успехи объясняла тем, что «если плохо учиться, то не будут ставить в пример другим». Когда девочке было 10 лет, родился младший брат, и она заметила, что отношение к ней родителей несколько изменилось. Стала ревновать родителей к брату, а однажды демонстративно убежала из дома и спряталась у подруги, заранее зная, что искать будут именно там. В 15 лет после очередного факта «недостаточного» к ней внимания (родители не взяли ее с собой в отпуск на море) предприняла суицидальную попытку – выпила несколько таблеток димедрола, оставив предварительно «предсмертную» записку.

*Сформулировать диагноз, назвать симптом (синдром).*

2. Мальчик 15 лет. Отец оставил семью, когда ребенку было 2 года. Мать страдает конверсионным расстройством с истерическими припадками и сумеречными расстройствами сознания. Во время беременности у матери был гестоз, ребенок родился в асфиксии. В детстве часто болел. С ранних лет криклив, дурашлив и упрям. В гневе ломал игрушки. Ни припадков, ни обмороков никогда не было. С 7 до 11 лет воспитывался в школе-интернате, считался трудным ребенком: вспыльчивым, конфликтным, агрессивным. С 12 лет живет с матерью. В школе, с одной стороны, отмечают его аккуратность, крайнюю бережливость в отношении своих вещей, с другой – угрюмость, злобность, склонность к яростным вспышкам. Будучи самым сильным среди мальчиков, терроризирует и жестоко преследует товарищей, по малейшему поводу и без повода избивает ребят. Бьет их по гениталиям, выкручивает руки. Любит ловить малышей и издеваться над ними. С учителями сначала был подчеркнуто вежливым и подобострастным, но по мере того, как отношение к нему изменилось – озлобился, грозил расправой. Алкоголь не употребляет. Внимательно относится к своему здоровью. Мелочно аккуратен в отношении своей одежды, постели, приема пищи. Неврологической симптоматики и изменений на ЭЭГ не обнаружено.

*Сформулировать диагноз, назвать симптом (синдром).*

3. Мальчик 14 лет. Мать страдает алкогольной зависимостью. Отец ушел из семьи 6 лет назад. Мальчик рос безнадзорным, всегда был в обществе подростков значительно старше себя. В последнее время перестал посещать школу, участвует в совершении краж. Поведение феминное, кокетлив, плаксив, обидчив, не может постоять за себя. Среди ребят занимает подчиненное положение, легко поддается дурному влиянию. Нет никаких интересов. Два года назад впервые вступил в гомосексуальные отношения. Был принужден к орально-генитальным контактам. Никогда никакого полового воспитания не получал, все сведения о взаимоотношениях между полами имеет от сверстников. Никаких знаний об анатомическом строении половых органов и их физиологии не имеет. Никогда не интересовался девочками, представление о мужской роли не сформировалось.

*Сформулировать диагноз, назвать симптом (синдром).*

4. Ребенку 10 лет. С первых лет жизни он находился, как говорит отец, «в ежовых рукавицах». Отец считает, что только «железное воспитание» дает хороший эффект. Ребенку запрещается беготня по двору, не доверяется работа с острыми и колющими инструментами.



Родители добиваются беспрекословного подчинения. С первых дней обучения в школе от мальчика требовали только отличных оценок и за «четверки» наказывали. Школьный врач отмечает отклонения в поведении ребенка: он крайне застенчив, пуглив, несамостоятелен, его часто обижают не только сверстники, но и ученики младших классов.

*Сформулировать диагноз, назвать симптом (синдром).*

5. Девочка 8 лет – единственный ребенок у родителей. Ребенок крайне «желанный», мать долгое время была бесплодной и лечилась по этому поводу. С первых лет жизни девочка находилась в атмосфере заласкивания, а любое ее желание немедленно удовлетворялось. Если все же девочке отказывали – она падала на пол, кричала, что родители плохие и ее не любят. Мать часто при гостях демонстрирует «мнимые таланты» дочери: просит ее петь, читать стихи, тут же восхищаясь ее «необыкновенными» способностями. При поступлении в школу учителя заметили неправильности в поведении девочки: лживость, стремление быть в центре внимания.

*Сформулировать диагноз, назвать симптом (синдром).*

6. Девочка 12 лет из неполной семьи. Мать девочки умерла, отец 5 лет женат на другой женщине, которая враждебно относится к падчерице. И мачеха, и отец всячески выделяют хорошие стороны своих детей и отказывают во внимании и уважении девочке. Школьный врач обращает внимание на то, что девочка неправильно себя ведет: легко возбудима, по пустякам вступает в драки, дерзит учителям, излишне увлекается косметикой, курит.

*Сформулировать диагноз, назвать симптом (синдром).*

### **Тестовый контроль:**

1. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ СЧИТАЕТСЯ
  - а) темперамент
  - б) характер
  - в) личность
  - г) морфофенотип
  - д) архетип
2. БИОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - а) темперамент
  - б) характер
  - в) личность
  - г) морфофенотип
  - д) архетип
3. АКЦЕНТУИРОВАННЫЕ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ
  - а) утрированием определенных черт характера, не доходящим до степени уродства
  - б) выраженностью характерологических черт до степени, нарушающей социальную адаптацию
  - в) чертами, которые проявляются везде и всегда, а не только при определенных условиях
  - г) тотальностью схваченности личности
  - д) утрированием определенных черт характера, доходящим до степени уродства
4. К ОСОБЕННОСТЯМ ПАРАНОЙЯЛЬНОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ
  - а) интравертированность, аутистичность жизненных установок
  - б) ригидность, односторонность, возникновение сверхценных идей различного содержания

- в) непостоянство в побуждениях и устремлениях, неспособность к целенаправленной деятельности
  - г) склонность к неадекватным, неконтролируемым вспышкам безудержного гнева, ярости
  - д) глубокое пассивное подчинение окружающим людям в принятии решений, выраженным страхом перед одиночеством, ощущением беспомощности и некомпетентности.
5. К ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХАСТЕНИЧЕСКОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ
- а) непостоянство в побуждениях и устремлениях, неспособность к целенаправленной деятельности
  - б) склонность к неадекватным, неконтролируемым вспышкам безудержного гнева, ярости
  - в) тревожность, мнительность, неуверенность в себе, заниженная самооценка
  - г) ригидность, односторонность, возникновение сверхценных идей различного содержания
  - д) глубокое пассивное подчинение окружающим людям в принятии решений, выраженным страхом перед одиночеством, ощущением беспомощности и некомпетентности.
6. К ОСОБЕННОСТЯМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ
- а) непостоянство в побуждениях и устремлениях, неспособность к целенаправленной деятельности
  - б) склонность к неадекватным, неконтролируемым вспышкам безудержного гнева, ярости
  - в) стремление обратить на себя внимание окружающих любой ценой
  - г) ригидность, односторонность, возникновение сверхценных идей различного содержания
  - д) глубокое пассивное подчинение окружающим людям в принятии решений, выраженным страхом перед одиночеством, ощущением беспомощности и некомпетентности.
7. К ОСОБЕННОСТЯМ ДИССОЦИАЛЬНОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ
- а) непостоянство в побуждениях и устремлениях, неспособность к целенаправленной деятельности
  - б) склонность к неадекватным, неконтролируемым вспышкам безудержного гнева, ярости
  - в) стремление обратить на себя внимание окружающих любой ценой
  - г) ригидность, односторонность, возникновение сверхценных идей различного содержания
  - д) глубокое пассивное подчинение окружающим людям в принятии решений, выраженным страхом перед одиночеством, ощущением беспомощности и некомпетентности.
8. ДЛЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
- а) снижение интеллекта
  - б) дисгармония характера
  - в) социальная дезадаптация
  - г) дисгармония характера и социальная дезадаптация
  - д) снижение энергетического потенциала

9. ВРЕМЕННУЮ АДАПТАЦИЮ ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ К МИКРОСРЕДЕ НАЗЫВАЮТ
- а) декомпенсацией
  - б) компенсацией
  - в) реакцией
  - г) развитием
  - д) деформацией
10. ЛИЦА С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ ПРИЗНАЮТСЯ
- а) годными к военной службе
  - б) годными к военной службе с незначительными ограничениями
  - в) ограниченно годными к военной службе
  - г) временно не годными к военной службе
  - д) негодными к военной службе

#### **Рекомендуемая литература для подготовки по теме**

##### **Основная:**

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

##### **Дополнительная:**

1. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN978-5-9704-5738-2.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология. Курс лекций / А.В. Снежневский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 208 с. – ISBN978-5-00030-887-5.

##### **Интернет ресурсы:**

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

## 7. ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (НЕВРОЗЫ И РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ). СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА. ПОНЯТИЕ О СИСТЕМНЫХ ДЕТСКИХ НЕВРОЗАХ. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.

**Исходный уровень:** личность, психосоматические отношения. Психотравма, ее многофакторность: ситуационное блокирование потребностей, тип личности, предыдущий опыт личности («закалка»), органическая сила – слабость (*из курса медицинской психологии*). Невротический и психотический уровень психопатологических состояний (*из курса общей психопатологии*). Роль типа нервной системы в появлении неврозов (*из курса нормальной физиологии*).

### **Учебная цель занятия:**

Изучение классификации, клиники и основ терапии психогенных заболеваний; изучение основ психотерапии; развитие способности к определению тактики ведения пациентов с психогенными заболеваниями.

### **Содержание занятия:**

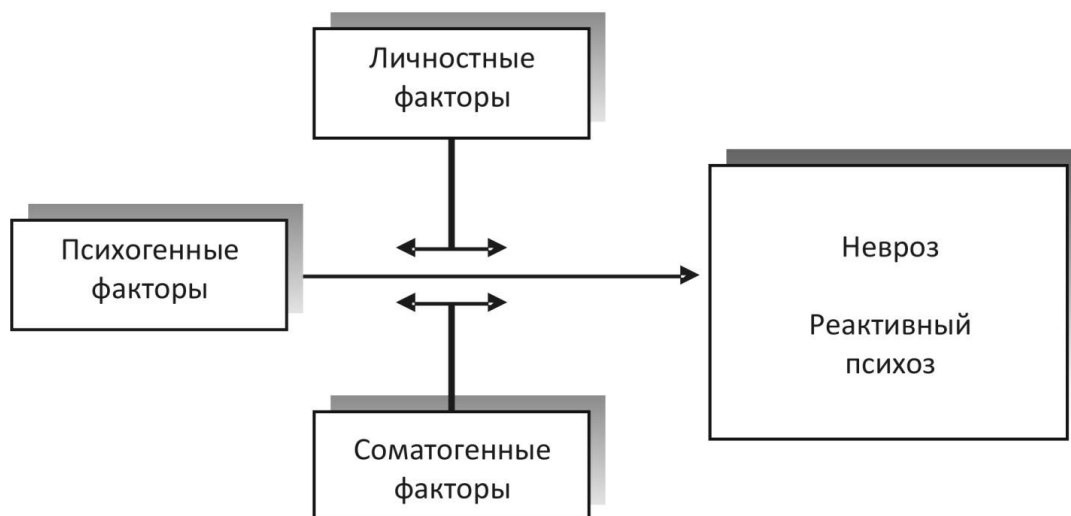
К психогенным заболеваниям (психогениям) относят группу болезненных состояний, причинно связанных с действием психотравмирующих факторов.

### **Критерии психогенных заболеваний (триада Ясперса):**

- 1) временная связь с психотравмой;
- 2) значимое отражение психотравмирующей ситуации в переживаниях больного;
- 3) исчезновение после разрешения психотравмирующей ситуации. Функциональный характер психогенных расстройств, обратимость.

Психогении могут быть представлены психическими расстройствами как невротического (невротические и соматоформные расстройства), так и психотического (реактивные психозы) уровня (регистра). Психогенные расстройства также могут проявляться соматическими симптомами (психосоматические заболевания).

Явное превалирование психогенного фактора среди причин реактивного психоза и менее явное при неврозах. В очень обобщенном понимании под **психической травмой** понимают такой раздражитель, который индивидуально значим, ущемляет потребности человека и является чрезмерно сильным. В одних случаях психотравмирующие жизненные события выступают в качестве ведущих этиологических факторов (производящий фактор), а в других – в качестве этиологических условий (предрасполагающий, проявляющий и поддерживающий факторы). Зачастую сочетание этих факторов обуславливает их патогенную роль.



**Рис. 18.** Факторы (т.е. причины и условия) психогений

## Неврозы

**Неврозы** – это психогенные заболевания, проявляющиеся в форме обратимых непсихотических нарушений нервной деятельности с доминированием эмоциональных и соматовегетативных расстройств, которые осознаются личностью и переживаются ею как чуждые, болезненные образования. *Критерии диагностики:* психогенная природа (вызванная психической травмой); обратимость патологических нарушений, независимо от его длительности (т. е. функциональный характер расстройств); невротический уровень расстройств (отсутствие психотических симптомов); парциальность нарушений (в отличие от тотальности при расстройствах личности); специфичность клинических проявлений с доминированием эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств на обязательном астеническом фоне); критическое отношение к болезни; наличие характерного типа личностного невротического конфликта.

### Невротические расстройства:

#### 1. *Обсессивно-фобические расстройства:*

а) тревожно-фобические:

- панические атаки,
- паническое расстройство – F 41.0,
- агорафобии – F 40.0,
- генерализованное тревожное расстройство – F 41.1,
- социальные фобии – F 40.1,
- ипохондрические фобии – (нозофобии F 45.2),
- изолированные (специфические) фобии – F 40.2;

б) обсессивно-компульсивные F 42:

- обсессии F 42.0,
- контрастные,
- загрязнения,
- ипохондрические,
- повторного контроля,
- компульсии F 42.1,
- ритуалы,
- моторные стереотипии,
- тики,
- синдром Туретта,
- смешанные (навязчивые мысли и действия) F 42.2.

#### 2. *Истерические расстройства (конверсионный невроз) F 44:*

- мнестические – F 44.0,
- сенсорные – F 44.6,
- вегетативные – F 44.8,
- моторные:
- акинезии – F 44.2 (ступор),
- гиперкинезии – F 44.1 (фуга), F 44.3 (транс и одержимость), F 44.4 (двигательные),
- припадки – F 44.5 (конвульсии).

#### 3. *Неврастенические расстройства (астенический невроз) – F 48.0.*

4. *Депрессивный невроз – F 41.2* (смешанное тревожное и депрессивное расстройство); F 43.20, F 43.21, F 43.22.

**Тревожно-фобическое расстройство** характеризуется появлением тревоги исключительно или преимущественно в определенных ситуациях или при встрече с каким-либо объектом, которые в настоящем не являются опасными. Характеризуются появлением

вегетативных нарушений, присоединением вторичных страхов (потери контроля над собой или сумасшествия). Основные характеристики фобической тревоги: физиологически и поведенчески она не отличается от других типов тревоги; может варьировать по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса; осознание того, что другие люди не считают данную ситуацию опасной, не приводит к уменьшению тревоги. Возникающие у пациентов представления, связанные с возможностью попадания в фобическую ситуацию уже вызывают тревогу предвосхищения.

**Паническое расстройство** (эпизодическая пароксизмальная тревога) характеризуется повторными приступами резко выраженной тревоги, которые не связаны с определенной ситуацией или обстоятельством и поэтому непредсказуемы. Важная особенность расстройства – наличие свободных от тревоги периодов между паническими атаками. Паническая атака – дискретный период, в котором внезапно начинается сильное беспокойство, страх или ужас, часто сопровождается чувством неминуемой гибели.

**Агорафобия** включает в себя страх открытых пространств, а также страх выходить из дома одному, страх толпы, страх поездок в автобусе, поезде. Может сопровождаться нарушением социальной адаптации

**Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)** характеризуется наличием тревоги, которая носит генерализованный и стойкий характер, тревога не ограничивается какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Генерализованная тревога длится не менее 6 месяцев, захватывает различные стороны жизни пациента, является несоразмерной актуальной жизненной ситуации. Тревога направлена преимущественно на предстоящие события, ее невозможно подавить усилием воли. Течение: хроническое или рекуррентное. Возможна выраженная дезадаптация и повышенный суицидальный риск.

**Социальные фобии** обусловлены наличием страха привлечь внимание со стороны окружающих. Клиническая картина: иррациональный страх внимания, негативная оценка со стороны других людей, страх повести себя не так, не справиться с заданием, совершить смешной поступок. Социальные фобии могут быть изолированными (страх приема пищи в присутствии других людей, страх публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или диффузными (генерализованными), включающими в себя почти все социальные ситуации вне семейного круга.

**Специфические фобии** связаны с определенными ситуациями (высота, гроза, темнота, вид крови) или объектами (нахождение рядом с животными). Страх связан с конкретным объектом, который являлся причиной реальной или воображаемой опасности в прошлом. Страх является иррациональным, не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. У пациентов присутствует понимание, что фобические переживания являются необоснованными.

**Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)** характеризуется наличием obsessions и/или compulsions, приводящих к выраженному дистрессу или социальной дезадаптации. Основной чертой являются повторяющиеся obsessive мысли или compulsive действия. Точный диагноз ОКР ставится в случаях, когда соответствующие симптомы имеют место в течение наибольшего количества дней в период, по крайней мере, двух недель подряд и являются источником дистресса и нарушения активности.

Согласно МКБ-10, в зависимости от преобладающих болезненных проявлений ОКР различают:

- 1) преимущественно «навязчивые мысли или рассуждения» (F 42.0);
- 2) преимущественно «навязчивые действия» (F 42.1);
- 3) смешанные формы расстройства, при которых наблюдаются навязчивые мысли (obsessions) и навязчивые движения и действия (compulsions) (F 42.2);
- 4) другие обсессивно-компульсивные расстройства (F 42.8);
- 5) обсессивно-компульсивные расстройства неуточненные (F 42.9).

**Неврастения** (астенический невроз, невроз истощения). Основные причины: 1) нарушение циклов работа-отдых (переутомление в условиях необходимого или вынужденного эмоционального и волевого длительного препятствия); 2) астенический тип личности.

Полярные типы неврастенического невроза:

- по происхождению: невроз истощения – реактивная неврастения;
- по феноменологии: гипостеническая – гиперстеническая. Клиника. Симптомы основные («раздражительная слабость», лабильность) и дополнительные:
  - вегетативная лабильность при волнениях и действии физиологических факторов;
  - гиперестезия на уровне ощущений («звуки оглушают» и т. п.), и эмоциональных реакций, сенестопатии;
  - лабильность потребностей: пищевых, сексуальных, во сне;
  - лабильность (других) психических процессов: нетерпеливость, неспособность ждать (воля); преходящая обидчивость, дисфоричность ↔ плаксивость (эмоции), отвлекаемость (воля);
  - на уровне личности: ипохондрическая направленность, пресыщенность жизнью и уход в работу, критичность и желание выздороветь.

**Истерический (конверсионный, диссоциативный) невроз** («хамелеон, который беспрестанно меняет цвета» – Т. Сиденгам). Факторы предрасположенности: истерический (художественный) тип личности, признаки психического инфантилизма, внушаемость. Психологические механизмы: яркое воображение (представление о возможном расстройстве) → конверсия (превращение телесного в психическое) → фиксация.

Симптом относительной выгоды симптома (! – «относительной» в отличие от симуляции). Особенности поведения больных: эгоцентрическое отношение к себе и к болезни с эмоциональной логикой, изошренная способность привлекать внимание (театральность). Зависимость точности конверсионного «копирования» от точности представлений о реальных расстройствах. Возможность большой глубины соматоневрологических проявлений, сопоставимой с таковой при гипнотизировании.

Многообразие расстройств, их систематика:

- вегетативные (длительные расстройства или пароксизмальные – приступы, похожие на гипертонический криз и др.);
- неврологические расстройства сенсорные (гипестезия, слепота и др.) и двигательные (параличи и т. п., тики, вздрагивания, истерические припадки);
- психические (аффективные) поведенческие расстройства: «бурные» реакции, эмоциональная лабильность. Возможность сочетания истерического и депрессивного неврозов (возможность стойкой «депрессивной подкладки под истерический невроз и под истерическую личность»).

**Депрессивный невроз (невротическая депрессия)**. Факторы предрасположенности: личности эпилептоидные (гиперсоциальные, ригидные, бескомпромиссные), отчасти (нередко) сами создающие психотравмирующие ситуации.

Особенности невротической депрессии: «надежды на светлое будущее»; «бегство в работу»; вегето-дистонические маскирующие расстройства (гипотония, спастический колит без четкой ипохондризации); трудность засыпания, а при просыпании – разбитость и слабость без усиления тоски; плаксивость-слезливость (показатель малой глубины депрессии).

Редкость чистых картин неврозов, диагностическое обозначение по преобладающей симптоматике.

Неврозы с преобладанием вегето-соматических или ипохондрических расстройств по МКБ-10 выделены в «*соматоформные расстройства*».

**Соматоформные расстройства** – это группа психических расстройств невротической природы, которая характеризуется многочисленными признаками соматических заболеваний, при отсутствии объективной патологии тех или иных органов. Пациенты с данной патологией

преимущественно обращаются к врачам соматического профиля (терапевтам, кардиологам, неврологам, гастроэнтерологам) с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки неоднократным отрицательным результатам обследования и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. При этом, если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптомов.

#### **Систематика соматоформных расстройств по МКБ-10 (F 45):**

- F 45.0 Соматизированное расстройство.
- F 45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство.
- F 45.2 Ипохондрическое расстройство.
- F 45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.
- F 45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство.
- F 45.8 Другие соматоформные расстройства.
- F 45.9 Соматоформное расстройство неуточненное.

**Соматизированное расстройство** характеризуется множественными, стойкими, часто видоизменяющимися соматическими симптомами. Пациентов отличает негативное отношение к отрицательным результатам исследований и мнению врачей об отсутствии соматической патологии, отказ следовать рекомендациям врачей. Свойственна стойкость симптомов (длительность не менее двух лет); нарушение функционирования (за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения); возможно наличие тревожных и депрессивных симптомов; встречается чаще у женщин; нередко злоупотребление лекарственными препаратами (анальгетики, бензодиазепины).

**Соматоформное болевое расстройство** – это состояние, сопровождающееся мучительной, длительной, физически и психически труднопереносимой болью, которая не имеет физиологических объяснений и не является следствием соматической болезни, но часто сочетается с психосоциальными проблемами и конфликтами, позволяя пациенту получать вторичную выгоду в виде повышенного внимания со стороны родственников и врачей.

**Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы** включает в себя широкую группу вегетоневротических расстройств, характеризующихся тем, что больные предъявляют жалобы так, будто они обусловлены физическим расстройством той системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, то есть сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной или мочеполовой систем.

Дифференциальный диагноз невротозов от других болезней, проявляющихся в своем начале невротоподобными синдромами (круги Снежневского).

Лечение невротических расстройств: добровольность, иногда длительность, комплексность. Компоненты: психотерапия, ПФТ (малые транквилизаторы, антидепрессанты), общеукрепляющие средства, санаторно-курортное лечение.

#### **Реактивные психозы**

**Реактивные психозы** – это психогенные заболевания, проявляющиеся в форме обратимых нарушений психотического уровня (т. е. на момент расстройства личности отсутствует критика к своему состоянию).

Систематика реактивных психозов по МКБ-10:

- Аффективно-шоковые психогенные реакции (острая реакция на стресс (F 43.0):
  - по гипокинетическому типу (ступор);
  - по гиперкинетическому типу (возбуждение).
- Посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1).
- Расстройство адаптации (F 43.2):
  - реактивная депрессия;
  - психогенная мания;



- патологическая реакция горя.
- Прimitивно-истерические психозы (диссоциативные расстройства):
  - пуэрилизм; псевдодеменция; синдром Ганзера (F 44.80);
  - истерическое сумеречное расстройство (F 44.1 - F 44.3).
- Психогенные (реактивные) параноиды:
  - другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства (F 23.3): параноиды военного времени, железнодорожные параноиды, параноид в иноязычном окружении, тюремный параноид;
  - индуцированный параноид – (F 24).

**Аффективно-шоковые психогенные реакции (острая реакция на стресс)** включают в себя транзиторные расстройства умеренной или тяжелой выраженности, которые развиваются в ответ на исключительный физический и психологический стресс, обычно связанный с угрозой безопасности и благополучию человека или близких родственников. При этом имеется четкая временная связь возникновения симптоматики со стрессовым событием. Типичная симптоматика: состояние «оглушенности» с суженным сознанием, дезориентировкой, неспособностью адекватно реагировать на внешние стимулы, гипнагогическими и гипнопомпическими галлюцинациями или иллюзорными расстройствами, частичной или даже полной амнезией, чувством безнадежности, вегетативными признаками панической тревоги – тахикардией, дистонией, гипергидрозом, дермаграфизмом и т. д. Характерна быстрая редукция симптоматики – обычно в течение нескольких часов в случае нейтрализации травмирующего фактора, и до 2-3 суток, если событие невозможно нейтрализовать. Клинически выделяют 2 типа этих реакций.

**Гиперкинетическая форма** (психогенный раптус по типу «двигательной бури») определяется неадекватным двигательным возбуждением с внезапной тревогой бессмысленной гиперактивностью, когда больные мечутся, кричат, умоляют о помощи, бросаются бежать или даже наносят себе повреждения.

**Гипокинетическая форма** (психогенный ступор по типу «мнимой смерти») определяется доминирующей, несмотря на опасность, внезапной заторможенностью вплоть до психогенного ступора с обездвиженностью и мутизмом, растерянностью, атонией или чрезмерной скованностью мышц.

**Посттравматическое стрессовое расстройство** развивается как отставленная и/или затяжная реакция в ответ на события, беспрецедентные для жизненного опыта или реально угрожающие жизни. Начало расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, длительностью от нескольких недель до месяцев (обычно не более 6 месяцев). Пережитая травма становится центральным событием, определяющим изменения в стиле жизни и социальном функционировании.

**Типичные признаки ПТСР:** эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров; хроническое чувство «оцепенелости» и эмоциональной притупленности; отчуждение от других людей; отсутствие реакции на окружающее; ангедония (неспособность переживать радость); уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме, нарушение социального функционирования. Течение заболевания: волнообразное; хроническое с исходом в хроническое изменение личности; возможно выздоровление.

**Расстройства адаптации.** К этой категории относятся патологические реакции, развившиеся в период адаптации (в течение 1-го месяца) к значительному изменению социального статуса или стрессовому жизненному событию (рождение ребенка, женитьба, потеря работы, смена места жительства, смерть близких или длительная разлука с ними, серьезное физическое заболевание и т. д.).

Психогенный фактор в этом случае приобретает особую значимость, когда он приводит к нарушению системы личностных ценностей индивидуума, а также целостности социальных связей.

Клиническая картина преимущественно представлена реактивными депрессиями, из которых выделяют кратковременные (до 1 мес.) и пролонгированные (до 2 лет) формы реакции. Возможно возникновение смешанных тревожно-депрессивных расстройств.

Кроме того, расстройства адаптации могут проявляться сочетанием нескольких типов эмоций (тревога, депрессия, беспокойство, гнев) или нарушениями поведения (в виде агрессивного и диссоциального поведения у подростков).

*Психогенные мании* («реактивные гипомании», «мании страха», «реакции экзальтации») встречаются сравнительно редко – 2-3% от общего числа психогений. Основные критерии: сочетание полярных аффектов – горя и воодушевления, контрастных переживаний жизненного краха и оптимистической приподнятости; особый характер мании: взбудораженность, раздражительность и суетливость при незначительной выраженности собственно аффекта радости, чувства удовлетворенности и расторможения влечений. Течение: относительно кратковременное (от 1-2 недель до 1 месяца); протрагированное (несколько месяцев или лет).

*Патологическая реакция горя или тяжелой утраты.* Психотравмирующий фактор: катастрофическое жизненное событие, повлекшее за собой потерю объекта особой привязанности или даже потерю предполагаемого объекта любви. Клиническая картина характеризуется неоднородностью проявлений (тоска, тревога, гнев, отчаяние, безысходность чередуются с эйфоричностью, взбудораженностью, активностью). Свойственная парадоксальная интенсивность симптоматики – помимо типичных аффективных расстройств, отмечаются отчетливые диссоциативные признаки (эпизоды «отключения от реальности», «фантом продолжающейся жизни умершего объекта привязанности», создание «музея памяти» умершего и др.); необычная продолжительность состояния.

*Примитивно-истерические психозы (диссоциативные расстройства)* относятся к редким формам психогений. Характерно острое начало (в течение от 48 часов до 2 недель). По содержанию – это чаще бред преследования и отношения. Развитию этого состояния часто предшествуют длительное эмоциональное напряжение, нервное и соматическое истощение, недоедание, лишение сна и т. п. В этой группе нарушений описаны так называемые *параноиды военного времени, железнодорожные параноиды, параноид в иноязычном окружении, тюремный параноид*, а также *острые депривационные психозы* с патологической интерпретацией происходящего при тугоухости, слепоте и т. д.

*Индукцированный параноид*, критерии: два или более человек разделяют одинаковый бред, возможны также галлюцинации (индуктор – индуцируемый); индуктор и индуцируемый находятся в близких отношениях; бред у индуцируемых по времени и содержанию совпадает с бредом индуктора; бред исчезает, если человека изолировать от индуктора.

Лечение реактивных психозов: устранение психотравмирующей ситуации; психотерапия с назначением седативных транквилизаторов (диазепама); антидепрессантов; нейролептиков (при параноидных состояниях; гиперкинетическом варианте аффективно-шоковых реакций) (оланзапина, хлорпромазина, левомепромазина). Психотерапевтическое воздействие.

**Психотерапия** – это различные формы помощи людям, которые имеют трудности. Эта помощь осуществляется путем коммуникации, преимущественно путем беседы, что приводит к устранению расстройств как психических, так и соматических и глубокому пониманию причин этих расстройств и поведения самого пациента.

Существует много классификаций психотерапевтических методов в зависимости от разных механизмов психотерапевтических техник. Наиболее известные виды психотерапии:

1. Психодинамические методы: психоанализ ортодоксальный, неопсихоаналитические направления К. Юнга, А. Адлера и др., эгопсихология, реконструктивная психотерапия и др.
2. Гуманистические методы: экзистенциальные, холистические, гештальт-терапия и др.

3. Когнитивная психотерапия.
4. Бихевиоральная психотерапия.
5. Рациональная психотерапия.
6. Телесно-ориентированная психотерапия.
7. Суггестивные методы: гипноз классический, Эриксоновский гипноз, самовнушение, аутогенная тренировка и др.
8. Эмоционально-рациональная терапия (Элиса).
9. Когнитивно-бихевиоральная терапия.
10. Другие методы: музыкотерапия, игровая терапия, библиотерапия и др.

### **Неврозы у детей**

У детей неврозы как самостоятельная, очерченная болезненная форма возникают преимущественно в возрасте 6-7 лет, когда они проявляют осознанное отношение к себе и окружающим, понимают общественные мотивы поведения, нравственные оценки, значимость конфликтных ситуаций. У детей младшего возраста развиваются реакции невротического типа в ответ на эмоционально неприятные воздействия микросоциальной среды.

Причиной неврозов является действие психотравмирующих раздражителей или ситуаций. К возникновению предрасполагают индивидуальные особенности личности, характера и темперамента, отклонения в воспитании ребенка, приводящие к формированию «невротической диспозиции» – повышенной чувствительности к определенным психогенным раздражителям; имеют также значение резидуальная церебрально-органическая недостаточность, невропатия, соматическая ослабленность.

Системные неврозы возникают у детей, при психотравмирующей ситуации (как и общие неврозы). Характеризуются появлением нарушений в соматической, а не психической сфере (в силу недостаточного развития психических процессов и функциональной слабости той или иной соматовегетативной системы).

### **Неврозы у детей: общие и системные**

#### **Общие:**

1. Невроз неврастенический
2. Невроз страха
3. Невроз истерический
4. Невроз навязчивых состояний

#### **Системные (моносимптоматические) расстройства:**

1. Невротический энурез (F 98.0).
2. Энкопрез (F 98.1).
3. Невротические расстройства аппетита (анорексия).
4. Поедание несъедобного (F 98.3).
5. Невротическая привычная рвота.
6. Невротический кашель.
7. Патологические привычные действия (F 98.8):
  - сосание пальца;
  - яктация;
  - мастурбация;
  - онихофагия;
  - трихотиломания.
8. Невротическое заикание (F 98.5).
9. Тики (тикозные расстройства –F 95).

### **Характеристика неврозов (общих и системных) у детей**

**Неврастения** обусловлена истощением нервной системы в связи с непосильной интеллектуальной и физической нагрузкой, аффективным переживанием ребенка своей недостаточности, с боязнью наказания за плохие отметки, чувством стыда перед окружающими

и т.п. Чаще это длительные психотравмирующие ситуации, связанные с конфликтами в семье, чрезмерные требования и ограничения.

В начальный период заболевания возникают вялость, пассивность или двигательное беспокойство с суетливостью, отвлекаемостью и истощаемостью внимания, усиливается утомляемость к концу дня или недели. Появляются необоснованные страхи, недовольство, подавленность настроения, непереносимость резких и громких звуков, запахов, температурных колебаний и других раздражителей. Старшие дети жалуются на головную боль, неприятные ощущения в различных участках тела. Характерны также расстройства сна в виде трудности засыпания, стойкой бессонницы, сновидений с ночными страхами.

**Невроз страха** представлен синдромом сверхценных страхов, содержание которых зависит от конкретной психотравмирующей ситуации и возраста ребенка. У детей в возрасте 3-6 лет преобладают страхи животных, персонажей из кинофильмов, сказок, домашних ссор, драк или придуманных взрослыми образов для «воспитательного запугивания», 6-8 лет – страхи темноты, одиночества, разлуки с родными. Выделяют «школьный невроз» у сверхопекаемых детей, проявляющийся чаще всего у первоклассников стойким страхом посещения школы, который обуславливает отказ идти в школу, уходы и бродяжничество. Чтобы избавиться от неприятных приступов страха, дети жалуются на головную боль, усталость, тошноту, нередко имитируют рвоту, энурез.

**Истерический невроз.** В его возникновении играет роль патогенетический механизм «бегства в болезнь», «условной приятности и желательности» болезненного симптома вследствие несоответствия желаний и реальных возможностей личности. В детском возрасте может проявляться нарушением двигательной сферы: астазией-абазией (невозможность ходить и стоять при сохранности пассивных и активных движений в положении лежа); слабостью моторных функций; расстройствами координации, хореоформными гиперкинезами. Встречаются истерические афония, мутизм, кашель, нарушения глотания, рвота. Сравнительно редко у детей отмечаются изменения чувствительности по типу чулка, пояса, шапки и т.п. У старших детей наблюдаются сумеречные расстройства сознания, сопровождающиеся устрашающими переживаниями с криком и неистовостью, во время которых, однако, больные способны избежать опасности и разрушают лишь незначимые для них предметы или предметы обидчика.

**Истерический припадок** у детей часто насыщен размашистыми движениями и массой выразительных жестов. Ребенок с громким криком, плачем падает на пол, беспорядочно бьется руками, ногами, головой о пол, выгибается дугой. Подобные приступы связаны со стремлением ребенка добиться желаемого, обратить на себя внимание и проходят сразу после выполнения желания. При истерических припадках могут быть обморочные состояния с характерной бледностью лица, расслаблением мышц, малым пульсом, отсутствием чувствительности к внешним раздражителям.

В отличие от эпилептических приступов истерические всегда ситуативно обусловлены; отсутствуют полная амнезия на период приступа, тяжелые ушибы, прикусы языка; сохраняются зрачковые реакции, движения выразительные, манерные, размашистые. Припадок может длиться несколько часов и завершаться выходом в бодрствующее состояние или физиологический сон.

**Депрессивный невроз.** Основным симптомом является снижение настроения, возникающее во время или вскоре после психической травмы, сочетающееся с теми или иными неврастеническими симптомами. Депрессивный невроз чаще развивается у лиц, не уверенных в себе, нерешительных, несамостоятельных. Психотравмирующими факторами часто являются представление о своей непривлекательности, наличие физического дефекта или длительная неразрешимая психотравмирующая ситуация. Клинически отмечается подавленность настроения, проявляющаяся грустным выражением лица, тихой речью, плаксивостью, снижением общей активности, стремлением к уединению. Нередко нарушается сон, снижается аппетит. Содержание высказываний отражает психотравмирующую ситуацию.

Симптомы депрессивного невроза, как правило, нестойкие, хорошо поддаются психотерапевтическому воздействию.

**Невроз навязчивых состояний** развивается чаще у лиц психастенического склада, с тревожно-мнительными чертами характера. Преобладают психогенно возникшие навязчивые действия, влечения, страхи, представления, мысли. Факторами, способствующими развитию невроза навязчивых состояний, могут быть изнеживающее воспитание в обстановке повышенной тревожности или чрезмерной ответственности, сверхфиксация внимания на здоровье, искусственно привитая ребенку сверхнормативность.

Нередко предрасполагающим фактором является резидуально-органическая церебральная недостаточность.

В детском возрасте выделяют:

- невроз навязчивых движений;
- навязчивых страхов;
- навязчивых состояний смешанного типа.

**Невроз навязчивых движений** встречается в возрасте 3-7, реже – 7-12 лет и выражается в тикоидных гиперкинезах или движениях (учащенное мигание, повторяющиеся гримасы, облизывание или кусание губ, движения головой, подергивание плечами, хмыкающие и хрюкающие звуки, подпрыгивание, шарканье или периодические остановки при ходьбе). Для *детей младшего возраста* характерны простые движения, у *старших* появляются более сложные движения и действия. Навязчивые движения нередко сочетаются с повышенной истощаемостью, утомляемостью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, двигательной расторможенностью, нарушением сна, аппетита. С возрастом отмечается тенденция к постепенному исчезновению привычных действий. Примерно 2/3 больных к юношескому возрасту оказываются практически здоровыми.

**Невроз навязчивых мыслей и страхов** может проявляться страхом болезни и смерти, острых предметов, высоты, закрытых помещений, заражения, загрязнения, «упустить» мочу или кал в обществе, устного ответа в школе и т.п. Для временного уменьшения интенсивности страхов больные совершают навязчивые защитные (ритуальные) действия, прямо или символически связанные с содержанием страхов (навязчивое мытье рук, отряхивание их, отплеивание, повторение совершаемых действий определенное («счастливое») число раз, обведение, подчеркивание букв при письме и т.п.). К этому неврозу относят также невроз ожидания, проявляющийся тревожным ожиданием неудачи при выполнении привычных действий и физиологических. При длительном течении происходят стойкое снижение настроения и переход в невротическое развитие личности обсессивно-фобического типа. Полное выздоровление к юношескому возрасту отмечается у половины больных.

**Невроз навязчивых состояний смешанного типа** проявляется чаще у детей в возрасте 10-13, реже – 7-9 лет сочетанием идеаторных навязчивостей (представления, счет, воспоминания, мысли и др.) с аффективными и двигательными расстройствами.

При неврозе навязчивых состояний встречаются депрессивные и ипохондрические синдромы, признаки вегетососудистой неустойчивости. Часто невроз переходит в невротическое (обсессивное) развитие личности с чертами нерешительности, неуверенности и педантизма, тревожности, склонности к застреванию на неприятных переживаниях, тормозящих привычную деятельность больных.

#### **Системные неврозы (моносимптоматические расстройства)**

Системные (моносимптоматические) расстройства определяются функциональной слабостью той или иной соматовегетативной системы, т.е. ее незрелостью или повреждением.

**Невротический энурез** возникает у детей в связи с острой психической травмой, особенно с испугом, или затяжной психотравмирующей ситуацией. На этапе невротической реакции энурез сочетается с эмоциональной лабильностью, плаксивостью, пугливостью, нарушением сна.

Клиника характеризуется выраженной зависимостью ночного (иногда и дневного) недержания мочи от ситуации и обстановки, в которых находится ребенок. *Начальные проявления невротического энуреза* нестойкие и легко исчезают в результате перемены обстановки. *На этапе затяжного невротического состояния* отмечается болезненное переживание ребенком своего дефекта, появляются страх и тревожное ожидание, что ведет к нарушению засыпания и тревожному ночному сну. Усиливается аффективная возбудимость, заостряются преморбидные черты характера: тревожность, мнительность, робость. Возможно невротическое развитие личности со стойким комплексом неполноценности. Нередко невротический энурез сочетается с невротическим заиканием и невротическим тиком.

**Энкопрез** – произвольное или непроизвольное выделение кала, обычно психогенно обусловленное. У ребенка, имевшего навыки опрятности, периодически в дневное время обнаруживают небольшое количество кала на белье. Позыва к дефекации, как правило, ребенок не испытывает и, лишь ощущая запах, болезненно переживает свой дефект, стыдится его, прячет от родителей испачканное белье. Энкопрез сопровождается снижением фона настроения, раздражительностью и плаксивостью. Своеобразной компенсаторной реакцией личности является чрезмерное стремление ребенка к чистоплотности и аккуратности.

**Невротические расстройства аппетита (анорексия)** чаще встречаются у детей раннего и дошкольного возраста в результате воздействия психогенного фактора, связанного с кормлением (ожог пищей, попытка несильного кормления) или наказанием, помещением в детское учреждение, разлукой с матерью. Клинически проявляется отказом принимать любую или избирательно ту или иную пищу. Прием пищи вызывает у ребенка снижение настроения, капризность, плаксивость, часто возникает рвота. Постепенно он бледнеет, плохо поправляется, становится вялым, раздражительным. В ряде случаев разнообразные подходы родителей (рассказывание сказок, обещание купить игрушки и т.п.) и тем более наказания закрепляют синдром анорексии. *В подростковом возрасте у девочек* – как проявление дисморфоманических расстройств (видят у себя несуществующую полноту).

**Поедание несъедобного** – относительно изолированное психопатологическое расстройство, не связанное с умственной отсталостью или другим психическим заболеванием.

**Невротическая привычная рвота** у детей младшего возраста связана с анорексией и отказом от глотания густой и твердой пищи, у старших детей проявляется психогенной реакцией на какое-то неприятное переживание во время еды.

**Невротический кашель** часто возникает в момент аффективных переживаний при приступах респираторной одышки, сопровождается позывами на рвоту.

**Патологические привычные действия** – сосание пальца, яктация, мастурбация, онихофагия, трихотиломания – возникают у детей в результате фиксации инстинктивного поведения, физиологичного для более раннего возраста, или возврата к ним под влиянием психогенных факторов (чрезмерно строгое воспитание, физические наказания, недостаток любви), часто на фоне церебрально-органических или конституциональных аномалий нервно-психического развития. Формирующиеся по механизму компенсации и гиперкомпенсации патологические привычные действия становятся автоматизированной индивидуальной потребностью с той или иной степенью неодолимости, нарушая естественную для ребенка игровую, познавательную и коммуникативную деятельность. В тяжелых случаях резистентные к терапии патологические привычные действия могут стать причиной социальной дезадаптации и искажения процесса созревания личности.

**Сосание пальцев и языка (хейломания)** встречается обычно у детей до 6-летнего возраста, в отдельных случаях – в младшем школьном возрасте. Чаще всего наблюдают сосание большого пальца. При попытке родителей подавить сосание дети отмечают тягостное ощущение внутреннего напряжения. Данная патологическая привычка нередко приводит к деформации прикуса.

**Грызение ногтей (онихофагия)**, как правило, сочетается с различными невротическими расстройствами. Дети обкусывают выступающие части ногтей и частично

прилегающие участки кожи, что нередко сопровождается местными воспалительными процессами. Кусание ногтей усиливается в состоянии тревоги, волнения, обиды.

*Трихотилломания* как патологическая привычка проявляется стремлением выдергивать волосы на голове, из бровей или ресницы как зафиксированное условно рефлекторное действие, уменьшающее напряженность. У некоторых детей отмечают снижение болевой чувствительности к данному действию. Следует отличать от трихотилломании в структуре невроза навязчивых состояний (тогда она осознается больным как чуждое для него явление с желанием избавиться).

*Мастурбация* в детском возрасте относится к вредным патологически зафиксированным привычкам. В основе ее лежит не первичное расторможение полового инстинкта, а чаще механическое раздражение наружных половых органов (опрелости, глистная инвазия, вульвит, фимоз, неправильное гигиеническое содержание наружных половых органов). Формы мастурбации в детском возрасте разнообразны: дотрагивание до половых органов руками или косвенное их раздражение путем раскачивания, напряжения мышц ног, предпочтение темному белью. Как правило, привычка к мастурбации у детей младшего возраста не сопровождается сексуальным возбуждением, поэтому в ряде руководств это явление называется псевдоонанизмом. Иногда эта привычка сопровождается напряжением всего тела, покраснением кожи, застывшим взором и трудностью переключения от получаемых эротических ощущений. У детей школьного возраста онанизм чаще сопровождается половым возбуждением и сочетается с патологическим фантазированием сексуального содержания. Эта патологическая привычка может быть проявлением невротического состояния, сочетаться с астеническими и соматовегетативными нарушениями.

*Заикание* – нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорожной возбудимостью мышц речевого аппарата. При этом нарушаются речевое дыхание и коммуникативная функция речи. Частота заикания у детей составляет от 1,5 до 5 %.

*Невротическое заикание.* Причины невротического заикания – психогенные шоковые, субшоковые психотравмы, наличие длительно действующей психотравмирующей ситуации, особенности личности. Облегчает возникновение невротического заикания конституциональная недостаточность систем, обеспечивающих моторные компоненты экспрессивной речи.

Клиника чаще всего появляется в возрасте 4-5 лет. *Начальный этап* – возникновение заикания с преобладанием тонической судороги в дыхательно-вокальной мускулатуре с постепенным присоединением тонико-клонических судорог в артикуляционном аппарате. Часто присоединяются нарушения речевого дыхания и коммуникативной функции речи. Отмечаются речевые «уловки»: вспомогательные движения в мышцах лица, шеи, конечностей. При благоприятной ситуации возможно полное обратное развитие синдрома заикания.

*При неблагоприятной психологической ситуации формируется логоневроз:* быстро возникает личностная реакция на свой речевой дефект, невозможность использования экспрессивной речи в коммуникативном поведении, страх речи. Происходит непостоянство интенсивности заикания – от плавной речи в спокойной обстановке до резкого усиления заикания в ситуации эмоционального напряжения. Течение логоневроза волнообразное, возможно усиление его под воздействием психотравмирующих ситуаций.

*Тики* – распространенный гиперкинез у детей дошкольного и раннего школьного возраста чаще неврозоподобного генеза. Преимущественная локализация в области лица и плечевого пояса: мигание, подергивание носом, нахмуривание лба, причмокивание, оскал рта, приподнимание плеча, повороты, вытягивание шеи. В отличие от навязчивых движений и действий они мало осознаются, не скрываются в школе, не заменяются произвольно другим в этих целях движением.

Невротические тики возникают по условно-защитному механизму в психогенной ситуации, затем фиксируются, могут менять локализацию; дети отчетливо осознают их как чуждые, пытаются их преодолеть, но задерживание их сопровождается усилением чувства тревоги, напряжения. Резко учащаются при волнении, утомлении, со временем могут превращаться в навязчивые.

**Принципы лечения.** Основным принципом лечения «общих неврозов» у детей и подростков является его комплексный характер с доминирующим значением психотерапии.

**Общепсихотерапевтические мероприятия** (психотерапевтическая атмосфера, психотерапевтический режим), рациональная психотерапия, когнитивно-поведенческая, суггестивная психотерапия, игровая психотерапия, семейная психотерапия.

**Медикаментозная терапия** включает применение транквилизаторов (гидроксизин, этифоксин) для смягчения или устранения страхов, тревоги, аффективного напряжения, которые свойственны многим неврозам, курсовое лечение антидепрессантами при депрессивном неврозе (сертралин, флувоксамин) назначение психотропных препаратов стимулирующего действия при астеническом неврозе и других неврозах с наличием астено-апатического и астенодинамического компонента.

**Общеукрепляющие средства:** препараты кальция и фосфора, витамины, пиритинол, церебролизин, кортексин. Для нормализации сна применяют микстуру с отваром валерианы, пустырника. Рекомендуют физиотерапевтические процедуры, гидротерапию, лечебную физкультуру, электросон.

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Понятие психотравмы, психогенных заболеваний.
2. Основные критерии психогенных заболеваний.
3. Реактивные психозы: систематика, клиника, лечение.
4. Неврозы: определение, систематика.
5. Основные виды неврозов: астенический невроз, обсессивно-фобические расстройства, конверсионные (истерические) расстройства.
6. Неврозы у детей. Определение, классификация, особенности клинической картины.
7. Соматоформные расстройства. Определение, клиническая картина.
8. Психофармакотерапия психогенных расстройств.
9. Психотерапия: определение, виды, особенности построения беседы.

### **Задания для усвоения темы**

#### **Ситуационные задачи:**

*Сформулировать диагноз, назвать симптом (синдром)*

1. Девочка 12 лет. Перестала разговаривать в школе с учительницей математики. Будучи вызванной к доске, молчит. Учится на «4» и «5», на других уроках устно отвечает. Отношения дома с родителями обычные. Сказала матери: «математичка меня ненавидит, вывела за четверть двойку».
2. Мальчику 7 лет. Недавно в семье появился малыш и, естественно, все внимание было переключено на него. В первые же ночи появления в семье второго ребенка, у мальчика стало отмечаться недержание мочи. При этом, когда ребенок находился в гостях у бабушки (в течение недели) и дяди (в течение лета) ночного недержания мочи не было. При возвращении домой энурез появился снова.
3. Мальчик родился в семье, где были постоянные скандалы из-за ревнивого психопатического характера отца. В возрасте полутора лет на его глазах отец избил мать. Мальчик громко плакал и кричал от страха и сразу после этого потерял уже приобретенные навыки речи – говорить не мог, только мычал, выражая жестами свои желания.
4. Мальчик 9 лет. Тяжело перенес развод родителей, к которым был очень привязан. У ребенка снизилось настроение, появились головные боли, тошнота. Жаловался на плохое самочувствие, отказывался от прогулок.
5. Девочке 3 года. Растет в семье, где мать недостаточно отзывчива, холодна по отношению к ней. Мать мало проводит времени с дочерью, стремится устроить свою личную жизнь, так как отец ушел из семьи. На фоне общей суетливости и возбудимости, девочка стала с



видимым удовольствием сосать большой палец. Затем у нее появилась привычка, особенно при отрицательных эмоциях, выдергивать у себя на голове волосы.

6. Девочка 13 лет. Раннее психомоторное развитие без особенностей. Была единственным и горячо любимым ребенком, которого баловали родители и бабушка. Когда родился брат, внимание к девочке уменьшилось. С 8 лет пошла в школу, училась слабо. В возрасте 9 лет впервые появились «насильственные» движения в верхних конечностях, которые были расценены врачами-неврологами как хорей. В возрасте 12 лет, когда лежала на обследовании в отделении неврологии, возник «паралич» (накануне в ту же палату была помещена девочка с параличом). Через три дня «паралич» сменился вычурными «насильственными» движениями в ногах и правой руке, была выявлена также «анестезия» правой половины тела. «Гиперкинезы» исчезли через неделю и в последующем появлялись при неудачах в учебе и только в присутствии других людей. В последующем, находясь в палате с девочками, у которых были малые эпилептические припадки, дала серию таких же припадков. После перевода в другую палату припадки прекратились.
7. Мальчик 4-х лет. Отъезд на лето в санаторную группу вызвал у него резкие изменения поведения в форме плаксивости, раздражительности, непослушания, нарушений сна, снохождений.
8. Девочке 11 лет. В связи с переездом родителей на новое место жительства, пришлось сменить школу. В новом для нее 5-ом классе впервые появились затруднения в учебе, стала раздражительной, плаксивой, снизилось настроение, исчезла уверенность в своих способностях, постоянно боялась получить двойку.
9. Девочка 8 лет тяжело переживала смерть любимого дяди, который относился к ней доброжелательнее, чем отец. У девочки нарушился сон, боялась засыпать одна, появились кошмарные сновидения. Днем боялась теней, говорила, что не хочет умирать, жаловалась, что «колет сердце».

### Тестовый контроль:

1. НЕВРОЗ СТРАХА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕОБЛАДАНИЕМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ
  - а) навязчивых страхов
  - б) сверхценных страхов
  - в) бредоподобных страхов
  - г) страхов любого психопатологического качества
  - д) пароксизмальных страхов
2. АФФЕКТИВНАЯ ЗАРЯЖЕННОСТЬ, СВЯЗЬ С ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИЕЙ, СПЯЯННОСТЬ С ЛИЧНОСТЬЮ, ОТСУТСТВИЕ КРИТИКИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА, ХАРАКТЕРНЫ
  - а) для недифференцированных протопатических страхов
  - б) навязчивых страхов
  - в) сверхценных страхов
  - г) бредовых страхов
  - д) пароксизмальных страхов
3. К ВОЗНИКНОВЕНИЮ НЕВРОЗА СТРАХА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ ВОСПИТАНИЕ ПО ТИПУ
  - а) гипоопеки и безнадзорности
  - б) гиперпротекции и тревожной фиксации на состоянии здоровья
  - в) «кумира семьи»
  - г) «золушки»
  - д) «ежовых рукавиц»

4. КЛИНИКА НЕВРОЗА СТРАХА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ
  - а) навязчивых страхов, сенестопатий, тревоги
  - б) сверхценных страхов, идей отношения, депрессии
  - в) сверхценных страхов, тревоги, сенестопатий
  - г) навязчивых страхов, астении, девиантного поведения
  - д) сверхценных страхов, астении, идей отношения
5. СВЕРХЦЕННЫЕ ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ ОПАСЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ
  - а) для детей раннего возраста
  - б) для детей дошкольного возраста
  - в) для детей школьного возраста
  - г) для подростков
  - д) для лиц зрелого возраста
6. ЗАТЯЖНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА ВЫЗЫВАЕТ
  - а) аффективный ступор
  - б) алкоголизм
  - в) наркоманию
  - г) невротическое развитие личности
  - д) оглушение
7. ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ – ЭТО НЕУДЕРЖИМОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К
  - а) выдергиванию волос
  - б) азартным играм
  - в) поджогам
  - г) поеданию несъедобных предметов
  - д) воровству
8. У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОВЫШЕННАЯ ВОЗБУДИМОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СНИЖЕННЫЙ АППЕТИТ, ЧАСТЫЕ НАРУШЕНИЯ СНА, ПУГЛИВОСТЬ, СКЛОННОСТЬ К СТРАХАМ. УКАЗАННОЕ СОСТОЯНИЕ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИТЬ КАК
  - а) астено-невротическое
  - б) невроз испуга
  - в) невропатию
  - г) шизотипический дизонтогенез
  - д) депрессивный синдром
9. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ПОВОДОМ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ НЕВРОТИЧЕСКОЙ АНОРЕКСИИ У РЕБЕНКА ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ
  - а) нарушение функции коры головного мозга
  - б) недоедание
  - в) перекармливание
  - г) попытка матери насильно накормить ребенка при его отказе от еды
  - д) нарушение функции печени
10. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИНАМИКИ НЕВРОЗА СТРАХА ДЛИТСЯ ОБЫЧНО
  - а) несколько дней
  - б) 3-4 недели
  - в) 3-4 месяца
  - г) полгода
  - д) 1 год

## Рекомендуемая литература для подготовки по теме

### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

### Дополнительная:

1. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN978-5-9704-5738-2.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология. Курс лекций / А.В. Снежневский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 208 с. – ISBN978-5-00030-887-5.

### Интернет ресурсы:

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

## ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ МИНИМУМ ПО ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

1. Абстракция – конкретизация
2. Акоазмы
3. Амбивалентность
4. Амнезия антероградная
5. —»— ретроградная
6. —»— фиксационная
7. Апатия
8. Астения
9. Аффект
10. Бессвязность мышления
11. Бред первичный
12. —»— вторичный
13. —»— систематизированный
14. —»— несистематизированный
15. —»— индуцированный
16. —»— величия
17. —»— дисморфобический
18. —»— ипохондрический
19. —»— нигилистический
20. —»— преследования
21. —»— самообвинения
22. Внимания расстройства
23. —»— истощаемость
24. —»— прикованность
25. —»— отвлекаемость
26. Восприятие
27. Воли расстройства
28. —»— абулия
29. —»— гипербулия
30. —»— парабулии
31. Галлюцинации истинные
32. —»— ложные
33. Гебефрения
34. Дауна болезнь
35. Дебильность
36. Деменция
37. Депрессия ажитированная
38. —»— апатическая
39. —»— ипохондрическая
40. —»— маскированная
41. —»— меланхолическая
42. Дерезализация
43. Деперсонализация
44. Умственная отсталость
45. Дисмнезия (гипомнезия)
46. Дисфория
47. Дезориентировка
48. Идиотия
49. Иллюзия
68. —»— обстоятельность
69. —»— персеверация
70. —»— разорванность
71. —»— резонерство
72. —»— символизм
73. —»— словесная окрошка
74. —»— ускорение
75. Негативизм
76. Обсессии (навязчивости)
77. Оглушенность
78. Ощущение
79. Память
80. Парамнезии
81. Патопсихология
82. Понятие
83. Представление
84. Псевдогаллюцинации
85. Псевдореминисценция
86. Расстройства схемы тела
87. Ритуалы
88. Синдромы психопатологические
89. —»— галлюциноз
90. —»— гебефренические
91. —»— депрессивные (п. 37-41)
92. —»— кататонический ступор
93. —»— кататоническое возбуждение
94. —»— Корсаковский (амнестический)
95. —»— маниакальный
96. —»— навязчивостей
97. —»— паранойяльный
98. —»— параноидный
99. —»— парафренный
100. —»— психического автоматизма
101. —»— делириозный
102. —»— онейроидный
103. —»— сумеречное состояние
104. Слабоумие лакунарное
105. —»— тотальное
106. Сознание
107. Сомноленция
108. Сенестопатии
109. Сопор
110. Суждение
111. Суицидальные мысли
112. Умозаключение
113. Фобии
114. Эмоции
115. Эмоциональная лабильность
116. —»— неадекватность

50. Имбецильность
51. Ипохондрия
52. Идеи навязчивые
53. —»— сверхценные
54. —»— бредовые
55. Кома
56. Конфабуляция
57. Критичность
58. Макропсии
59. Мания
60. Метаморфопсия
61. Микропсии
62. Мышления расстройства
63. —»— вязкость
64. —»— замедление
65. —»— ментизм
66. —»— неологизмы
67. —»— обрывы мышления
117. —»— тупость
118. Эмоциональные отношения
119. Эмоциональные реакции
120. Эмоциональные состояния
121. Эхолалии
122. Эхопраксии
123. Влечений расстройства:
124. —»—анорексия
125. —»—булимия
126. —»—гиперсексуальность
127. —»—извращения влечений
128. —»—дромомания
129. —»—пиромания
130. —»—клептомания
131. —»—половые извращения
132. —»—игромания

## КРАТКАЯ СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (ДЛЯ МИКРОКУРАЦИИ)

*Паспортная часть:* Ф.И.О., год рождения, адрес, дата поступления в клинику. Жалобы (в порядке актуальности для больного).

*Анамнез жизни.* Наследственность, особенности развития в детстве, особенности воспитания и характера родителей, перенесенные и имеющиеся заболевания, вредные привычки (курение, алкоголизация), особенности характера.

*Анамнез заболевания.* Болезненные эпизоды в прошлом, когда отмечены первые признаки заболевания и как они проявлялись, дальнейшее развитие заболевания до момента поступления в больницу и обследования куратором. Где и когда лечился. Психическое состояние после выписки. С чем связано последнее обострение болезни. Причины настоящей госпитализации. Объективный анамнез со слов родственников или лиц, знавших больного.

### *Психический статус*

- 1. Внешние особенности** больного в момент курации: мимика, поза, реакция на момент общения, состояние одежды, прически.
- 2. Сознание.** Ориентировка в месте, времени, собственной личности. Характер дезориентировки: оглушение, аменция, онейроид, делирий и др.
- 3. Степень доступности контакту** и поведение пациента во время беседы (беседует с желанием; безинициативен; негативистичен; неохотно говорит на определенные темы; формален; демонстративен; возбужден или заторможен и другие особенности).
- 4. Восприятие** – наличие сенестопатий или парестезий, иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных расстройств; их описание.
- 5. Память.** Память на события текущие и давние, личные и общественные. Тесты для исследования памяти: «квадрат Лурия», запоминание чисел. Наличие количественных нарушений памяти, конфабуляций, псевдореминесценций, криптомнезий и пр. Синдром Корсакова.
- 6. Мышление.** Нарушение темпа мышления – замедление, ускорение; целенаправленности – обстоятельность, персеверация, резонерство, торпидность; стройности – разорванность, бессвязность, ментизм, шперрунги и др. Сверхценные, навязчивые, бредовые идеи. Паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы.
- 7. Внимание:** истощаемость, отвлекаемость, инертность (тугоподвижность).
- 8. Интеллект.** Соответствие запаса знаний и представлений полученному образованию, опыту, занимаемой должности, профессии. Способности к анализу, синтезу, обобщению, абстрагированию (в т.ч. понимание переносного смысла пословиц и поговорок). Глубина суждений. Представления о явлениях природы, государственном устройстве: политических и культурных событиях. Богатство или бедность воображения и сравнений. Уровень развития интеллекта. Нарушения интеллекта: умственная отсталость или слабоумие. Критичность к своему психическому состоянию.
- 9. Эмоции.** Расстройства настроения (тоска, печаль, радость, эйфория, тревога, беспокойство, страх, напряженность, злобность, гневливость), его устойчивость. Характер эмоциональных реакций, преобладающие радикалы, их выраженность, адекватность/неадекватность. Эмоциональные отношения к заболеванию, госпитализации, врачу, персоналу, больным, родственникам, работе.
- 10. Волевая активность:** занятия чтением, просмотр телепередач, участие в трудовых процессах, соблюдение режима отделения и лечения, прогулки, соблюдение правил гигиены, творчество (письма, стихи, рисунки, рукоделие).
- 11. Влечения.** Расспросить о пищевом, половом и других влечениях в аспекте уменьшения, увеличения, извращения.
- 12. Движения.** Адекватные – неадекватные, живые – замедленные. Двигательные стереотипии, оцепенение.
- 13. Три основных желания,** настоять на их формулировании. Планы на будущее дальние и ближние.

**14. Внутренняя картина болезни:** страдание; понимание своей болезни (критичность и др.); эмоциональное отношение к ней, к условиям, к персоналу; волевые установки на сотрудничество и реабилитацию.

Выраженные нарушения в неврологическом и соматическом состоянии (при наличии).

*Клиническая оценка:*

1. Выделение и квалификация симптомов: первичные, вторичные и т.п.
2. Выделение синдромов.
3. Включение того и другого в письменный анализ причинно-следственных отношений по принципиальной схеме: что было – что случилось (или внешне ничего не случилось) – что получилось (естественно расстройство).
4. Предположительный диагноз (диагнозы) с учетом расположения основного синдрома в шкале психопатологических синдромов («круги Снежневского»).

## ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

*«Правильно оценивать картину болезни мы можем только синтетическим путем».*  
Крафт Эбинг, 1875

### **Предисловие.**

Следует учесть, что «схема» истории болезни не есть жесткая конструкция, это скорее ориентирующий инструмент, памятка о наиболее важных стандартных аспектах клиники. Их нужно, во-первых, не упустить и, во-вторых, – наполнить индивидуальным содержанием. В некоторых «пунктах» содержание оказывается скудным или отсутствует, в других – богато и клинически значимо.

Ситуация диктует и другие вариации. Так, история болезни впервые поступившего возбужденного больного может начаться со статуса, а другие составляющие будут записаны позже. А поскольку студенты обычно курируют больных «доступных» и не «острых», то целесообразно ориентироваться на «схему». Она «соответствует» общемедицинской схеме, однако в психиатрическом клиническом исследовании «анамнез жизни» выступает как «психобиографическое исследование», которое выявляет личностные особенности, адаптивный потенциал и другое. По этой же причине язык анамнезов должен быть близким к языку исследуемого (иногда утрированно близким).

Кроме того, в психиатрической истории анамнез необходимо оказывается или «субъективным» (со слов больного) или «объективным» (со слов иных лиц, из документов – и это для убедительности сведений указывается).

Сведения из одного пункта (аспекта) иногда могут оказаться в другом разделе. Это допустимо, но тогда в «своем пункте» уже сказанное не повторяется или излагается кратко (даже оценочно). Более того, допустимо «перемешанное» изложение анамнеза жизни и анамнеза болезни. Так получается само собой, например, при расстройствах личности и умственной отсталости, где нет четкого начала заболевания. Клиническая целесообразность, в частности, диктует подробное описание «раннего развития» у призывника и очень лаконичное – у пожилого слабоумного больного.

Или, если расстройства оказались описанными в анамнезе болезни (перед поступлением) и такими же остаются до дня курации, то нет нужды повторять их в статусе. Однако их можно уточнить, обогатить описательно. В принципе, без повторов обойтись нельзя. Нельзя обойтись и без оценочных вкраплений; они обычно касаются динамики (лучше-хуже) или степени выраженности (легче-тяжелее). Следует отметить, что оценочное вкрапление должно быть тут же «прояснено» описанием.

Наиболее важные принципы оформления истории – это целесообразность, обоснованность оценок, ясность (понятность) текста для другого человека (студента, врача, преподавателя). Для этой цели анамнезы и психический статус, как и статусы неврологический и хирургический в соответствующих дисциплинах, следует (обязательно!) излагать описательно. В начале курации (и большой и малой) важно найти («наладить») с больным контакт (расположить его к себе). Это получается само собой у исследователей с хорошо выраженными эмпатическими свойствами. Приемы достижения расположения больных те же, что и у здоровых. Так с назначенным на курацию больным, найденным в отделении обычно по его фамилии, следует поздороваться, представиться, спросить имя-отчество (и, при случае, почаще по имени имени-отчеству называть), изложить свою роль, задачу. Затем можно спросить, откуда он родом и поговорить о том, что человеку дорого: окрестности села, кошка, собака или хозяйство, огород, дети-внуки, политика, книги, артисты, моды и т.д. Этот непритязательный разговор «на житейские темы» сразу даст представления о многих сторонах психического состояния и анамнеза курируемого. Полученное следует записать позднее (но не откладывать, иначе частично забудется!).



После этого становится «легче» расспрашивать и одновременно записывать «по схеме». При этом иногда контакт возникает сразу при внимательном выслушивании жалоб, записываемых скрупулезно.

### Схема психиатрической истории болезни

**Паспортная часть** (она выносится на титульный лист; уточнить ее нужно в конце беседы).

**I. Жалобы:** 1, 2, 3 и т.д. в порядке значимости для больного. После каждой записать ее уточнения («прояснения»). Если жалуется «на соседа», то и записать (это хорошо подойдет для оценки психического статуса).

*История жизни и болезни «дают пищу» для всех составляющих психического статуса и для оценки личности.*

#### **II. Анамнез жизни** (психобиографическое исследование):

1. Дата и место рождения, каким по счету и сколько всего детей в семье (братья, сестры). Личностные особенности, род занятий и судьбы отца, матери, братьев-сестер. Материальное положение семьи в детстве и потом. Общая характеристика семьи: дружная – разобщенная; организованная – неорганизованная и т.п.
2. Наследственность: психические расстройства, припадки, запойное пьянство, «тяжелые» характеры.
3. Беременность, роды; вредности и развитие в раннем детском возрасте. Энурез. Снохождение и др.
4. Учеба: детский сад (в т.ч. насколько помнится), что (и когда) окончил, как учился, какие были трудности и как складывались отношения с учителями, соучениками, родителями. Подростковые увлечения. Особенности пубертата.
5. Профмаршрут: кем и когда (годы) работал, профессиональный рост и снижение, отношения с начальством, с младшими по должности. Трудности – успехи. Причины увольнений. Военная служба: как перенес адаптацию к ней и ее «тяготы», в каком звании уволился. Инвалидность: группа, с какого времени, причина.
6. Сексуальное развитие: Ориентация; оволосение, поллюции, влечение, влюблялся(лась) ли, половая жизнь; сексуальная жизнь в браке; разводы -- женитьба – сожительства (если не показано в п. 1).
7. Перенесенные заболевания и травмы, их характер (иногда обстоятельства получения травм), последствия близкие и отдаленные. Аллергологический анамнез.
8. Личностные особенности: самооценка памяти, сообразительности, характера (волевых и эмоциональных свойств, общительности и др.) увлечения (хобби), преобладающие интересы («чем живет»). Каким был и каким стал теперь.
9. Наркологический анамнез: токсикоманический + алкогольный + наркоманический. Толерантность, влечение, потеря количественного и ситуационного контроля, рвота или другие «защитные знаки» при передозировках, характер абстиненции. Атипичные опьянения и неприятности из-за поведения во время опьянений. Самооценка потребления: мало – чрезмерно потребляющий – болезненно зависимый.

**III. Анамнез болезни.** С какого времени считает себя больным. Что предшествовало данному заболеванию. В чем проявилось заболевание в динамике. Особенности течения. Где и когда лечился. Результаты лечения. Психическое состояние после выписки (выписок). Инвалидность. Обстоятельства последнего обострения болезни. Причины настоящей госпитализации. Динамика расстройств и характер лечения в настоящем поступлении до курации: стало лучше (незначительно, заметно, значительно) перемен не произошло – стало хуже (незначительно, заметно, значительно).

**IV. Психический статус** – описывается «на день» курации (однако в эпикризах статус, описывается в динамике «на период» лечения). Примечания о «пунктах» анамнеза в принципе действительны и для пунктов статуса. В статусных описаниях отражается как

здоровая часть психики (личностные особенности, ситуативное состояние), так и расстройства искусственно изолированных компонентов (функций) психики. Представления о статусе отчасти складываются уже при работе над жалобами и анамнезом, но во многих «пунктах» статуса эти представления должны быть обогащены специальным расспросом по выявлению чисто субъективных феноменов (деперсонализация, сенестопатии и др.) или феноменов, о которых исследуемый умалчивает. Специального расспроса требуют обычно и слабо выраженные расстройства, заметные поэтому лишь самому больному, например, легкое снижение памяти. В таких случаях важное значение приобретает расспрос и получаемые при расспросе самоотчеты (самооценки, самонаблюдения) больных в аспектах «было-стало» и уточняющие патопсихологические исследования.

Психологические феномены, отражающие особенности исследуемого (память, мышление, чувства, эмоциональные реакции... и др.), особенно если они нашли отражение ранее в анамнезах и жалобах, могут быть в статусе записаны отчасти в оценочном ключе, например: «память высокого уровня, хорошо сохранена на события ближние и дальние, личные и общественные». Выявленные же при расспросе или наблюдении психопатологические отклонения и симптомы подлежат описанию («показу») максимально детальному, доказательному, многопараметровому. Например: «Находит у себя легкое снижение памяти. Заметил это по тому, что...» (или «... это выражается тем, что...»; или «... это проявляется тем, что...»; или просто «Стал хуже запоминать прочитанное, телефоны, имена новых знакомых, чаще забывает оставленные где-либо вещи»). Если подобного рода информация записана была ранее при изложении анамнеза, то функцию (в данном случае память) следует оценить и указать «смотри в анамнезе...». Нежесткая *СХЕМА СТАТУСА* может быть следующей:

1. *Общее впечатление*: манера держаться, внешний вид, состояние одежды и прически.
2. *Сознание*. Ориентировка (в месте, во времени, в собственной личности); ее четкость – нечеткость, характеристики дезориентировки (для суждений о выключении или помрачении сознания).
3. *Доступность* – контактность, их степень и влияние на продуктивность общения. Характеристики речи. Психологические механизмы малой доступности: тоска, безразличие, загруженность болезненными переживаниями, протест, недопонимание, тугоухость и др.
4. *Восприятие*. Сохранность органов чувств. Описание сенестопатий, парестезий, иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных расстройств.
5. *Память* в аспектах ближнее – давнее, личное – общественное. Проявления гипо/гипермнезий, амнезий, псевдореминисценций и конфабуляций. Патопсихологическое исследование: запоминание 10 слов (квадрат Лурия), запоминание чисел.
6. *Мышление*: Ускорение-замедление; логичность, последовательность, целенаправленность хода мышления. Ясность и уровень суждений и умозаключений.
  - А. *Расстройства течения ассоциаций*: нечеткость (разрыхленность) суждений – резонерство – разорванность – бессвязность; торпидность – обстоятельность – персеверации; идеаторные автоматизмы, обрывы и наплывы мыслей.
  - Б. *Расстройства суждений*: «продуктивные»: (болезненные идеи): навязчивые, сверхценные, бредовые. Описание их в аспектах: систематизированные – несистематизированные; абстрактность (толкование-образность (чувственность)); эмоциональная насыщенность - нейтральность. Тесты на основные операции мышления: бланк-карта, исключение 4-го лишнего, пиктограмма и др.
7. *Внимание*: адекватность (избирательность) – неадекватность его направленности. Концентрированность – расплывчатость (рассеянность, несобранность) или истощаемость. Устойчивость, тугоподвижность – повышенная отвлекаемость. Патопсихологические исследования: счет по Крепелину, проба Шульте, корректурная проба. Симптомы: отвлекаемость, истощаемость, тугоподвижность, прикованность (к высоко значимым представлениям).
8. *Интеллект*. Совокупный уровень памяти, мышления и внимания (смотри ранее). Запас сведений и умений (общекультурных, профессиональных, школьных, житейских и

бытовых). В частности, представления о прошлом, явлениях природы, политических и культурных событиях (эрудиция). Богатство-бедность воображения и аналогий. Догадливость (эвристичность мышления). Критичность к своим сильным и слабым сторонам, к происходящему. Умение использовать «знания» с учетом ситуационных контекстов, в частности, при толковании незнакомых пословиц. Синдромы: умственная отсталость (с указанием выраженности нарушения интеллекта), слабоумие (и его качественные варианты). Тесты те же, что для исследования памяти, мышления, внимания.

#### 9. Эмоциональная сфера.

А. Настроение (эмоциональный фон) описывается на основе наблюдений и специального расспроса об эмоциональных радикалах. Обычно приходится больному их назвать: радость, тоска (печаль), тревога, апатия, злоба (гнев), страх (боязнь). Симптомы: эйфория, депрессия, мания, апатия, тревога, страх, напряженность, растерянность (аффект, недоумения) и соответствующие радикалу синдромы. Дополнительная неаффективная симптоматика: а) вторичная (=конгруэнтная, =гомональная), из эмоциональных радикалов вытекающая и б) первичная (не конгруэнтная аффекту).

Б. Эмоциональные реакции (эмоциональный компонент психических реакций): их радикал (радикалы), вегетативные и двигательные компоненты. Живость и насыщенность (экзальтация) или монотонность (блеклость, однообразие). Степень выраженности. Ситуационная смысловая адекватность (ясность)-неадекватность направленности реакций.

Симптомы: слабодушие, лабильность, торпидность аффекта, неадекватность, амбивалентность и др.

В. Эмоциональные отношения (чувства): к близким, к событиям личной и общественной жизни, к госпитализации, врачам, медперсоналу, к болезни, к своему будущему и др. Обычно видны внешне в виде эмоциональных реакций в процессе исследования анамнеза, а также при специальном расспросе. Симптомы: усиление↔ослабление чувств (уплощение = эмоциональная тупость), эмоциональное оскудение, неадекватность отношений (отношения). Амбивалентность чувств.

10. Воля. Жажда деятельности – отсутствие желаний. Способность принимать решения, рисковать, мобилизоваться для социальной адаптации и значимости. Чем занят в отделении: чтение, рукоделие, настольные игры, помощь другим больным, помощь персоналу, уход за собой. Симптомы: гипербулия – гипобулия – абулия, парабулии.

11. Влечения, как правило, обычно скрываются больным. Поскольку алкогольное патологическое влечение исследовалось ранее, то необходимо спросить «нет ли подобной необычной тяги к чему-либо другому?» (к пище, лицам одного пола, детям, бродяжничеству и др.). Возникли или нет суицидальные мысли, намерения или действия. Об условиях и мотивах расспросить. Нет ли их сейчас.

12. Движения (моторика): замедление – ускорение. Неадекватности в форме манерности, угловатости, торпидности (вязкости) и др. Двигательные стереотипии и эхопраксии. Распределение тонуса в частях рук, в мышцах шеи. Ступор (субступор): кататонический, депрессивный, истерический.

13. Три основных желания, настоять на формулировании. Планы на будущее дальние и ближние.

14. ВКБ (внутренняя картина болезни). Считает ли свое состояние болезненным и в чем сам видит (находит) свою болезнь. Проявления страданий, понимание больным причин болезни, отношение к ней; считает стационарирование оправданным – неоправданным, нецелесообразным – несправедливым. Боязнь стигматизации со стороны соседей, коллег по работе.

15. Реабилитационные установки: три «основных желания». Планы на ближайшее и отдаленное будущее.

**V. Клиническая оценка** – это процесс и результат исследования, «вершина клинической медицины». В нее должна быть уложена вся более-менее значимая информация и таким образом, чтобы «сошлись концы с концами» или указаны были противоречия, которые следует разрешить. Она может быть по-разному структурирована, но ее естественный ход – это рассказ о том, 1) что было → 2) что случилось → 3) что получилось → 4) что нужно делать.

Клиническое содержание этих этапов функционально, строго не фиксировано, определяется общим, например, реабилитационным контекстом и прорабатываемой гипотезой. Содержание выражается следующими, искусственно выделяемыми из целого, клиническими предварительными аспектами (компонентами, сюжетными линиями):

1. Наследственность и особенности личности в динамике.
2. Описание и обозначение симптомов, выделенных и очищенных от привходящих многочисленных фоновых обстоятельств; интеграция их в синдром (ы), которые могут быть полными (развернутыми) или рудиментарными в форме лишь некоей «окраски»: депрессивной, парафренической, онейроидной и т.п. Синдромы могут сочетаться.
  - Выделение динамических аспектов:
    - а) инициальный период – дебют – манифестация – исход (ремиссия и др.);
    - б) тип течения: непрерывный – шубообразный – периодический (рекуррентный, фазный).
3. Оценка данных имеющихся параклинических, неврологических и соматических исследований.
4. Оценка роли выявленных факторов (генетических, личностных и психогенных, органических, резидуально-органических и экзогенных) в качествах (значениях): причина, следствие, тормозящее или способствующее условие (также оказывающее влияние на особенности симптоматики и течения).
5. Оценка опыта предыдущего лечения психотропными и другими препаратами и методами с учетом интенсивности и длительности воздействий.

Формирование представлений об указанных аспектах, их «проработка» начинается с самого начала исследования. И потом они «крутятся в голове», побуждая к уточнениям. Начинаящим врачом эти 6 аспектов должны излагаться письменно и отдельно («для тренировки»), а по мере автоматизации этих умений – все более и более интегративно.

Лишь после образно-конкретных представлений, «вчувствования» и целостного осмысления аспектов следует *собственно клиническая оценка (ее ядро), т.е. изложение интегративных аспектов по этапам клинического сюжета в оценочных терминах.*

При этом доли описательно-образного и отвлеченно-оценочного элементов в каждом аспекте неодинаковы. Собственно оценочные части можно или взять в скобки, или записать в параллельном столбце, либо отдельно после образной части.

Клиническая оценка венчается сопоставлениями с эталонными «клиническими» описаниями заболеваний, выбором наиболее соответствующего эталона и, в соответствии с этим, *предварительным диагнозом.* В диагнозе отмечаются самые существенные, практически значимые обстоятельства, в том числе индивидуальные. Обычно это нозология (название болезни), синдром (ы), тип течения, степень прогрессивности, личностные особенности и изменения личности. Иногда обозначаются и влияющие условия (фон, «почва»): «на органически неполноценной почве», «в климактерическом периоде». Но чаще всего фоновый диагноз (ы) записываются отдельной строкой. Рядом с фоновыми записываются сопутствующие заболевания, неврологические и другие.

Рядом с предварительным диагнозом записываются и сопутствующие заболевания: неврологические и др. При этом диагноз расстройства, по поводу которого пациент лечится, считается основным. В диагнозе указываются и осложнения, возникшие, например, от приема психофармакологических средств.

**VI. Дифференцированный диагноз**, по существу, начинается также с самого начала исследования. Вначале это сравнение свойств симптомов и их квалификация, позже – сравнение целостных и полных клинических сущностей (болезней). Дифференциальный диагноз

проводится, прежде всего, с болезнями, в клинике которых есть сходство с клиникой изучаемого «случая». Однако, учитывая учебный характер истории болезни, дифференциальный диагноз «для тренировки» следует провести со всеми группами болезней, указанными в таблице (кругах) Снежневского.

Дифференциально-диагностические формулы отражают взгляд на проблему «слева» и «справа» и могут быть двух типов.

- 1) «Это не исключаемое заболевание (*указать*), так как имеющиеся у больного признаки (1, 2... – *указать*) для исключаемого заболевания не характерны»;
- 2) «Это не исключаемое заболевание (*какое – указать*), так как его имеющиеся у него характерные признаки (1, 2 5, 6, 7... – *указать*) у исследованного больного отсутствуют».

Чаще всего бывает достаточно одной формулы. Двусторонние же различия в легких случаях создают впечатление избыточности доказательств; они целесообразны в трудных случаях и для тренировки навыка дифференцирования. Во всяком случае, целесообразно перед одной из избранных формул сказать (написать) примерно следующее:

«Несмотря на имеющуюся общую неспецифическую симптоматику (1, 2 3, 4... – *указать*)», у больного (или «в разбираемом случае») нет исключаемого заболевания (*указать, какого*), так как...». Далее использовать формулу 1) или 2).

Укрепив, отменив или усовершенствовав предварительный диагноз процедурой дифференциального диагностирования, формируют *окончательный диагноз*: основной, фоновый, сопутствующий и осложнения. В сопутствующем на первое место ставят клинические сущности, оказавшие влияние на клиническую картину (фоновые факторы).

#### **VII. План лечения и реабилитации:**

- A. Режим, стратегия и назначение терапии.
- B. Социальная помощь: трудоустройство, группа инвалидности, нормализация семейной ситуации и др.
- B. Психогигиеническая работа с родственниками.

**VIII. Прогноз.** Реабилитационный потенциал больного (с учетом социального окружения, соматического и неврологического здоровья, личностных особенностей). Прогноз: для выздоровления, для жизни, для работоспособности.

**8. ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ШИЗОФРЕНИЯ.  
ИСТОРИЯ ВЫДЕЛЕНИЯ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.  
КЛИНИКА: СИМПТОМЫ ПЕРВОГО РАНГА, ОСНОВНЫЕ  
И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ. ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ И СИНДРОМАЛЬНЫЕ ФОРМЫ.  
ЭТАПЫ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ.**

**Исходный уровень:** *этиология, патогенез (из курса пропедевтики внутренних болезней), симптомы и синдромы (из курса общей психопатологии), личность, внутренняя картина болезни, реабилитация (из курса медицинской психологии).*

**Учебная цель занятия:**

Изучение этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины, этапов и методов терапии шизофрении.

**Содержание занятия:**

Вводные демонстрации

*Наблюдения:*

1. А., 17 лет, поступил в психиатрический стационар в связи с нарушениями поведения. Из анамнеза: наследственность психопатологически отягощена психическим расстройством дяди по линии отца. Вырос в благоприятной семейной обстановке. С детства увлекался насекомыми (только жуками), собрал коллекцию из 300 экземпляров. В последний год пристрастился к зоопарку – ежедневно проводил там помногу часов. Окончив 9 классов, поступил в лесотехнический колледж, полагая, что по окончании будет жить один в лесу. Однако обучаться в колледже не мог, бросил занятия, все дни проводил в зоопарке около клетки с медведем.

За 5 дней до поступления в психиатрический стационар, угрожал побоями младшей сестре, запрещал делать ей домашние задания. Заставил написать сестру прощальную записку и отвез ее в лес, где и оставил одну. Вместе с матерью предпринимал попытки поиска девочки, которая была обнаружена сотрудниками полиции. Пострадавшая рассказала о произошедшем, в связи с чем А. был доставлен сначала в отделение полиции, а затем в психиатрический стационар.

К госпитализации отнесся безразлично, в отделении держался обособленно.

Во время беседы сначала сообщил, что увел сестру из дома, так как «хотел наказать ее за плохие оценки в школе», затем «чтобы проверить эффективность работы полиции». В конце концов, признался, что не знает, почему отвел ее в лес («так, захотелось»). О родителях говорит с ненавистью, утверждает, что «они ограничивают его свободу, препятствуют творческой и научной реализации», «только и знают, что читают нотации».

2. Г., 31 год, находясь в отделении психиатрической больницы, утверждала, что мысли, неизвестно кем вкладываемые ей в голову, «подают специальные запахи в виде отдельных букв».

3. И., 15 лет, поступил в психиатрический стационар в связи с учебной неуспеваемостью, бессонницей. Из анамнеза: наследственность психопатологически отягощена суицидом тети по линии матери. Вырос в благоприятной семейной обстановке. С детства был замкнутым, малообщительным, послушным ребенком. В школу пошел по возрасту, всегда был «белой вороной», друзей не имел. Обнаруживал удовлетворительную школьную успеваемость. На протяжении последнего года утратил интерес к учебе, стал погружаться в размышления о философских проблемах – о смысле жизни и смерти, о предназначении матери и душе, о переустройстве общества. Совершенно забросил учебу, домашние обязанности. Много читал, часами проводил за оформлением выписок из прочитанной литературы. Прочитанное пересказывает сумбурно, основного смысла не устанавливает, выхватывает второстепенные детали. В поведении обращают на себя внимание: замкнутость, отгороженность, эмоциональная сглаженность. Мышление витиеватое, склонное к заумным высказываниям с тенденцией к резонерству.

**Шизофрения** – эндогенное (наследственно детерминированное) психическое расстройство, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), хроническим прогрессирующим течением с нарастанием эмоционально-волевых нарушений и нередкой утратой трудоспособности.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), шизофренией болеют около 1% людей во всем мире. В детском возрасте шизофрения встречается редко, доля лиц детского возраста, заболевших шизофренией, составляет менее 1%.

Впервые данное расстройство было описано в 1893 году Э. Крепелиным под названием *dementia praecox* (раннее слабоумие), который объединил в особую группу «процессов психического распада» несколько форм психозов (кататонию, гебефрению и параноидное помешательство), отличавшиеся ранним началом возникновения (как правило, в детском или юношеском возрасте), неуклонно прогрессирующим (прогредиентным) течением, формированием в исходном состоянии слабоумия особого типа.

Следующий этап в развитии учения об эндогенных психозах связан с именем выдающегося швейцарского психиатра Е. Блейлера, который в 1911 году предложил термин «шизофрения» (от греч. *schiso* – расщепление и *phren* – душа). Он существенно расширил границы этого расстройства, включив в его рамки, помимо четырех классических форм, некоторые другие, которые определял как маргинальные, так как при них не наблюдалось развитие слабоумия.

**Е. Блейлер выделил четыре основных нарушения, характерных для шизофрении («болезнь четырех А»):**

- *аутизм* – представляет особое состояние больного, при котором наблюдаются утрата социальных связей, нарастающая замкнутость, погруженность в мир внутренних, оторванных от реальности переживаний;
- *ассоциативные расстройства* – нарушение мыслительных процессов, утрата их целенаправленности;
- *амбивалентность* – одновременное сосуществование двух противоположных чувств;
- *снижение аффекта* – эмоциональная монотонность, обеднение эмоций.

В 1925 году К. Шнайдер описал «симптомы первого и второго ранга» шизофрении. К «симптомам первого ранга» он относил звучание мыслей, слуховые обманы восприятия, бредовые идеи воздействия, отношения, преследования, сопровождающиеся ощущением постороннего влияния на все психические процессы, симптомы отнятия, вкладывания, обрыва мыслей, передачи их на расстояние и др.

Наиболее полном виде «симптомы первого ранга» по К. Шнайдеру представлены в структуре синдрома психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо). К «симптомам второго ранга» относятся другие типы галлюцинаций, растерянность, депрессивные и маниакальные состояния, эмоциональное истощение, бредаподобные фантазии.

*В настоящее время изучение этиологии и патогенеза шизофрении продолжает развиваться.*

**Предложены следующие гипотезы развития шизофрении:**

- *генетическая*, которая предполагает существование наследственно детерминированного биологического фактора, определяющего возникновение расстройства;
- *психодинамическая*, рассматривающая в качестве этиологических и патогенетических психосоциальные факторы;
- «*диатезстрессовая*», объединяющая психобиологические подходы;
- *био психосоциальная*, интегрирующая все уровни личностного функционирования.

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) для диагностики шизофрении (F 20) предложено использовать следующие симптомы:

А. Эхо мыслей, складывание или отнятие мыслей, их радиовещание.

- Б. Бред воздействия, влияние или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей, либо к мыслям, действиям, ощущениям; бредовое восприятие.
- В. Галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждения его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела.
- Г. Стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными и политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами).
- Д. Постоянные галлюцинации любой сферы (зрительные, слуховые, обонятельные, галлюцинации из внутренних органов), которые сопровождаются нестойкими или неполностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, либо постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель и даже месяцев.
- Е. Прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности речи, или неологизмы (новые, вымышленные самим пациентом, слова).
- Ж. Двигательные – кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор.
- З. Негативные симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности, что должно быть очевидно, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейрорептической терапией.
- И. Значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

**Примечание.** *Диагностические указания: обычным требованием для диагностики шизофрении является наличие как минимум одного четкого симптома (или двух отчетливых симптомов и менее), принадлежащего к группе А-Г, или двух симптомов из Д-И, которые должны отмечаться на протяжении большей части эпизода длительностью 1 месяц и более.*

Для шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характерен ряд особенностей, отличающей ее клиническую картину от типичной для взрослых. *Выделяют две группы клинических проявлений при шизофрении у детей:*

- 1) симптомы и синдромы, характерные для шизофрении (кататонические, гебефренные, галлюцинаторные, бредовые, психопатоподобные, аффективные и др.), у детей отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, незавершенностью отдельных компонентов и всего синдрома в целом, транзиторностью и изменчивостью;
- 2) синдромы, характерные для детского возраста (страхи, фантазии, нарушения речи) и подросткового периода (дисморфофобия, анорексия, приобретающая черты бредовой убежденности), отличаются от симптоматики подобного рода у детей с иными психическими расстройствами вычурностью, атипичностью, гротескностью, нелепостью проявлений.

Стоит отметить, что в МКБ-10 нет специальной рубрики для обозначения шизофрении, развивающейся у детей и подростков, поскольку клиническая картина шизофрении у взрослых и детей одинакова. В адаптированной для использования в РФ версии МКБ-10 детский тип шизофрении включается в раздел F 20.8 (другой тип шизофрении), ее код – F 20.8xx3.

*Основные синдромальные формы шизофрении:*

- **Параноидная (F 20.0)** – ставится при преобладании в клинической картине бреда (преследования, отношения, значения, ревности, особого предназначения и др.) и галлюцинаций, как правило, слуховых истинных и псевдогаллюцинаций (угрожающего, комментирующего, бранящего пациента характера, или невербализированные звуки, такие как шум,



стук, свист; реже встречаются зрительные, вкусовые и тактильные галлюцинации; возможны сенестопатии).

Данная форма шизофрении редко встречается в дошкольном возрасте, как правило, она развивается не ранее 7-9 лет. У детей параноидная форма шизофрении характеризуется рудиментарностью, незавершенностью, большим полиморфизмом психопатологических синдромов, бедностью и однообразием аффективных проявлений, быстрой сменой состояний. Параноидная форма шизофрении развивается в форме *непрерывного типа течения* или *эпизодического типа течения*. При непрерывном типе течения в клинической картине у детей 9-10 лет преобладают синдромы бредоподобного фантазирования, которые зачастую трансформируются в бред воображения, иногда с псевдогаллюцинациями. Галлюцинации отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, нестойкостью, своеобразной разделенностью галлюцинаторных образов. Они сочетаются с чувством враждебности и чуждости, приближаясь к псевдогаллюцинациям, что дает основанием считать их компонентом синдрома психического автоматизма. В возрасте 15-18 лет клиническая картина расстройства становится схожей с таковой у взрослых.

- **Гебефреническая (гебефреническая) (F 20.1)** ставится при преобладании в клинической картине грубых аффективных нарушений (неадекватных, нелепых, манерных реакций), разорванности мышления и речи, волевых нарушений, проявляющихся в вычурном, бессмысленном поведении. Галлюцинации и бред не доминируют в клинической картине, они рудиментарны и фрагментарны. Данная форма шизофрении характерна для юношеского возраста.

При гебефренической форме шизофрении с ранним началом в клинической картине прежде всего появляются дурашливость с гримасничанием, нелепыми действиями, повышенная готовность к общению на фоне мутизма, выраженная обнаженность влечений, импульсивные разрушительные действия, гипоманиакальные состояния с явлениями гиперметаморфоза внимания (неустойчивость, сверхотвлекаемость внимания, приводящая к его практическому отсутствию).

- **Кататоническая (F 20.2) форма** характеризуется доминированием в клинической картине заболевания кататонических и психомоторных расстройств, которые проявляются в форме ступора или раптуса, негативизма или автоматического подчинения.

Для постановки диагноза наряду с общими критериями шизофрении необходимы:

- 1) ступор или мутизм;
- 2) двигательное (моторное) возбуждение, не контролируемое пациентом и неподвластное внешним стимулам;
- 3) застывание в неадекватных, вычурных позах;
- 4) негативизм или ригидность;
- 5) восковая гибкость или другие симптомы.

*Стоит отметить, что сами по себе кататонические проявления не являются специфичными для шизофрении, и без иных критериев шизофрении диагноз кататонической формы шизофрении не ставится.*

Кататоническая форма шизофрении часто встречается в дошкольном возрасте. Для детей характерны особые симптомы кататонии, такие как вокализмы (выкрики), стереотипные движения, хождение на цыпочках, бег по кругу, вращение на одном месте. Данная форма шизофрении у детей сопровождается резкими нарушениями поведения (нарушение питания, цикла сон-бодрствование) и регрессом высших психических функций, утратой ранее приобретенных знаний и навыков.

- **Недифференцированная форма (F 20.3)** диагностируется, когда состояние соответствует общим критериям шизофрении, но не специфическим критериям отдельных ее типов; или симптомы настолько многочисленны, что соответствуют специфическим критериям более чем одного подтипа. От момента манифестации должно пройти не более года.
- **Резидуальная шизофрения (F 20.5)** диагностируется, когда наблюдается переход от

активного течения процесса, т.е. психотических эпизодов с преобладанием продуктивных симптомов к хронической стадии со стойкими негативными симптомами, такими как психомоторная заторможенность, сниженная активность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы; бедность речи, как по содержанию, так и по количеству; бедность невербальных коммуникаций; недостаточность навыков самообслуживания и социальной продуктивности.

- **Простая (F 20.6)** диагностируется на основании следующих критериев: постепенное нарастание отчетливых и стойких изменений преморбидных личностных особенностей, негативных симптомов. Это состояние никогда не соответствует общим для параноидной, гебефренической, кататонической и недифференцированной шизофрении признакам, т.к. отсутствуют признаки деменции.
- **Другой тип шизофрении (F 20.8)**. При адаптации МКБ-10 (1999) в РФ к этой категории отнесена «Шизофрения, детский тип (F 20.8xx3)», манифестирующая в детском возрасте, которая характеризуется специфическим возрастным своеобразием, полиморфизмом клинической картины, злокачественным течением, олигофреноподобным дефектом. Существенное влияние на клиническую картину шизофрении у детей оказывает тип течения расстройства.

### Типы течения шизофрении

**1. Непрерывный тип течения** характеризуется отсутствием ремиссий, психотические и негативные симптомы полностью не исчезают. Выраженность продуктивной симптоматики может изменяться в зависимости от проводимой терапии. Лекарственные ремиссии нестойкие, неуклонно нарастает негативная симптоматика. Непрерывный тип течения встречается при всех синдромальных (клинических) типах. Его прогрессивность: злокачественная (редкая) – среднепрогрессивная – малопрогрессивная (наиболее частая). Последний тип включает в себя вялотекущие формы с невротоподобной или психопатоподобной симптоматикой, а также шизотипическую шизофрению.

При **злокачественной непрерывнотекущей шизофрении (F 20.x0)** у детей в инициальном периоде отмечается отчуждение от близких, снижение интереса к окружающему, вялость, сочетающаяся с раздражительностью и упрямством. В клинической картине манифестных состояний преобладают кататоническое возбуждение или ступор, подкорковые двигательные стереотипии. Манежный бег, прыжки на одном месте, яктация, гримасы, взмах руками «как крыльями», хлопки, «червеобразные движения» пальцев рук вытесняют целенаправленные движения. Кататонические проявления сопровождаются симптомами грубого регресса высших психических функций. Олигофреноподобный дефект у больных начинается уже в манифестном периоде и сохраняется в течение жизни. При частичной редукции кататонии присоединяются психопатоподобные проявления в виде импульсивной агрессии к окружающим и аутоагрессии, нарушения пищевого поведения. Удержание стула у больных сопровождается вычурными способами дефекации, манипуляциями каловыми массами. В дальнейшем нарастают негативные симптомы – снижение энергетического потенциала, пассивность, истощаемость, аутизация, эмоциональное обеднение, нарушения мышления.

**2. Эпизодический тип течения** характеризуется сочетанием синдромов, свойственных непрерывной шизофрении, с достаточно очерченными приступами, которые проявляются продуктивной симптоматикой. последующем изменений личности нет.

Эпизодический тип течения шизофрении сопряжен с особой синдромальной характеристикой психоза, на этой основе был выделен школой Снежневского («периодическая шизофрения»). Полиморфность симптоматики: бессонница, симптомы соматические, аффективные, параноидные, фантастически-дереализационные и деперсонализационные, кататонические, парафренические с онейроидом в апогее приступа. Незначительная прогрессивность (признаки дефекта становятся заметными после 3-4 приступов). Первые приступы поэтому вынесены за рамки большого круга шизофрении, обозначены как транзиторное полиморфное расстройство, но слово «периодическая шизофрения» оставлено в конце шифров.

**Выделяют два подтипа эпизодического типа течения шизофрении: эпизодический тип течения с нарастающим дефектом**, когда после каждого очередного приступа нарастает дефицитарная симптоматика.

При **эпизодическом течении с нарастающим дефектом (F 20.x1)** традиционно выделяются несколько вариантов течения:

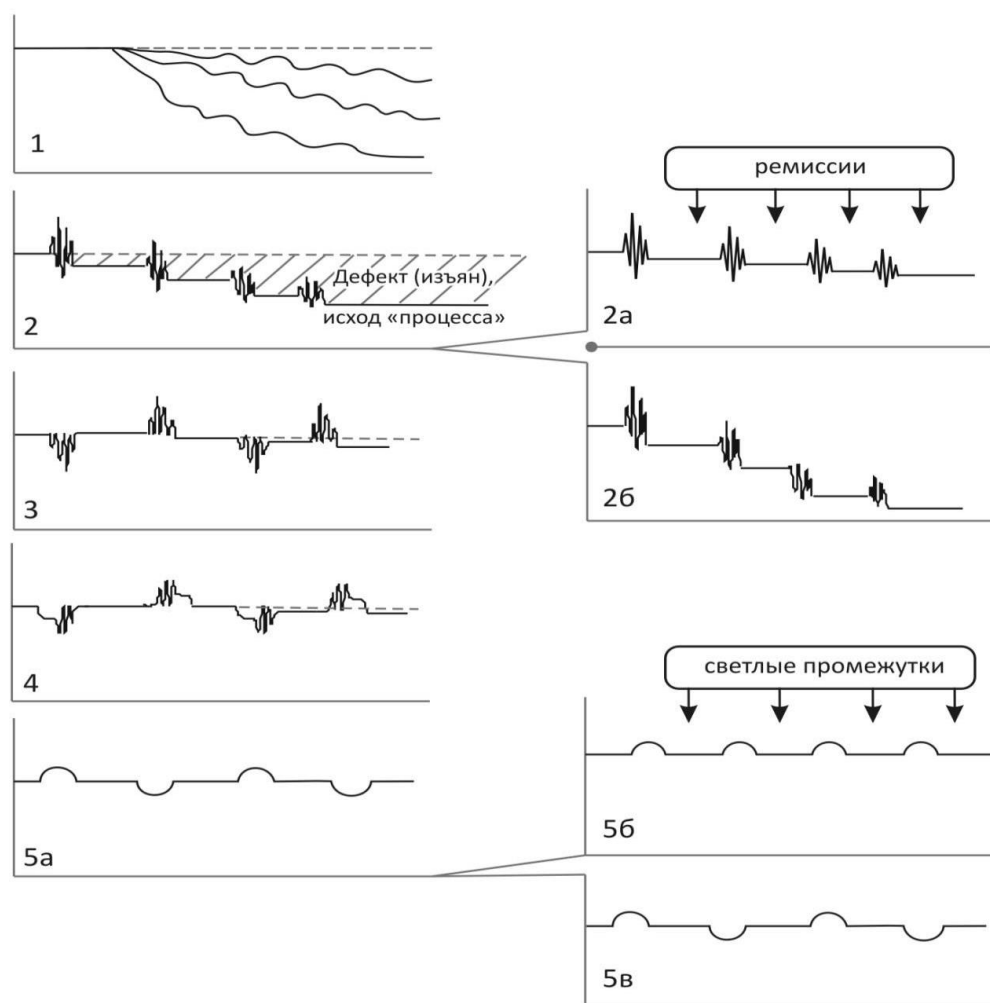
- 1) **кататонический вариант** – на доманифестном этапе отмечается аутистический дизонтогенез, снижение познавательной активности, раздражительность, фобии. Манифестный этап болезни, как правило, возникает в возрасте 5 лет и старше. Картина психоза полиморфная и изменчивая. Наряду с кататоническими (возбуждение с двигательными стереотипиями), регрессивными расстройствами, проявляются более отчетливые аффективные нарушения, а также рудиментарные галлюцинации (слуховые, зрительные, обонятельные). Ремиссии терапевтические неполные, с резидуальными кататоническими стереотипиями, эхо-речью, атипичными аффективными расстройствами с монотонным и продолжительным течением, когнитивным дефицитом. Через 2-4 года после манифестации шизофрении у детей этой группы формируется олигофреноподобный дефект с аутизацией, эмоциональным снижением, пассивностью.
- 2) **гебефренический вариант** – на доманифестном этапе наблюдается аутистический дизонтогенез, атипичные аффективные расстройства. Манифестные полиморфные приступы развиваются на 3-4 году жизни ребенка. У больных нарушается сон, искажается суточный ритм. Кататонические проявления в форме необычного, громкого, пронзительного или монотонного крика, импульсивных разрушительных действий сочетаются с дурашливостью, гримасничанием, нелепыми поступками, при сохраняющемся мутизме, гиперметаморфозе внимания. Ремиссии терапевтические с резидуальными позитивными и негативными расстройствами. Через 4-5 лет после манифестации болезни формируется глубокий когнитивный дефект с отсутствием познавательной активности, астенией, тяжелой аутизацией, нарушениями мышления.
- 3) **параноидный вариант** – на доманифестном этапе отмечается углубление шизоидных черт личности, когнитивный дизонтогенез. Галлюцинаторно-бредовые приступы возникают преимущественно в пубертатном и подростковом возрасте (13-17 лет) и носят затяжной характер (от 3 месяцев до 2 лет). Характерен большой полиморфизм и рудиментарность клинических проявлений, быстрой их сменой, отсутствием спонтанных ремиссий. Ремиссии терапевтические с резидуальной продуктивной симптоматикой. С годами нарастает искажение психического развития с формированием особой личностной структуры – глубокой шизоидностью, инфантилизмом, своеобразием и странностями в мышлении, моторике, поведении. Формируется личностный дефект типа *Verschroben*.

- **эпизодический тип течения со стабильным дефектом** (периодическое или рекуррентное течение) – дефицитарная симптоматика нарастает лишь после первого приступа, а в последующем изменений личности нет.

При **эпизодическом типе течения со стабильным дефектом (F 20.x2)** доманифестный период проявляется акцентуацией личности, когнитивным дизонтогенезом, невротическими и аффективными расстройствами. В манифестных приступах преобладают аффективные, аффективно-неврозоподобные, аффективно-неврозоподобные, аффективно-деперсонализационные расстройства или полиморфные состояния с аффектом тревоги, обманамы восприятия, элементами сновидности, кататоническими включениями. В дальнейшем течение может измениться, как в сторону утяжеления, так и в сторону компенсации состояния с достижением стойкой ремиссии, основу клинической картины которой составляют психопатоподобные изменения личности.

**Лечение.** Этапы лечения шизофрении (терапия купирующая, стабилизирующая, противорецидивная, профилактическая). Антипсихотики (нейролептики) – классификация, выбор нейролептических средств. Осложнения и возможные побочные эффекты нейролептиков. Инсулинокоматозная (ИКТ) и электросудорожная (ЭСТ) терапия. Проблема

терапевтической резистентности, поддерживающее и противорецидивное лечение. Подходы к военной, трудовой и судебной экспертизам.



**Рис. 19.** Континуум эндогенных психозов и некоторые их варианты

1. *Непрерывное течение шизофрении.*
2. *Эпизодическое течение шизофрении с нарастающим дефектом,*  
*2а – легкая прогрессивность,*  
*2б – сильная прогрессивность.*
3. *Эпизодическое течение шизофрении со стабильным дефектом.*
4. *Шизоаффективный психоз.*
5. *Аффективный психоз*  
*5а – биполярное течение,*  
*5б – периодические депрессивные фазы,*  
*5в – периодические маниакальные фазы.*

#### Вопросы для самоподготовки

1. Понятие об эндогенных психических расстройствах.
2. Шизофрения – определение понятия. История развития учения о шизофрении.
3. Эпидемиология шизофрении.
4. Современные представления об этиопатогенезе шизофрении. Роль внешних факторов в развитии шизофрении.

5. Основные симптомы шизофрении. Особенности клинических проявлений у детей и подростков.
6. Систематика шизофрении по МКБ-10. Понятие о диагностической категории «Шизофрения, детский тип (F 20.8xx3)».
7. Типы течения и формы шизофрении, особенности клинических проявлений у детей и подростков.
8. Непрерывнотекущая шизофрения. Особенности клинических проявлений у детей и подростков.
9. Эпизодический тип течения шизофрении, два подтипа. Особенности клинических проявлений у детей и подростков.
10. Основные принципы и этапы лечения больных шизофренией. Особенности терапии шизофрении у детей и подростков.
11. Основные методы в лечении шизофрении.
12. Трудовая, судебно-психиатрическая и военная экспертиза.

### **Задания для усвоения темы**

*На опознание симптома (синдрома):*

1. Больной К., 14 лет, изменился в поведении: стал беспокоен, тревожен, утверждает, что слышит в голове «незнакомый мужской голос», который на него «воздействует» и «передает» мысли. К. заявляет, что «всех омолодит», т.к. обладает «необычными» способностями, при этом начинает смеяться, совершает странные вращательные движения руками, запрокидывает голову назад.
2. Больной Е., 11 лет, безучастен к окружающему и своему положению, ничего не вызывает у него эмоционального отклика, ничто не радует и не огорчает.
3. Больной В., 15 лет, молчит, не садится на стул после приглашения, лицо невыразительное, взгляд неподвижный. При попытке посадить его, оказывает активное сопротивление.
4. Больная В., 13 лет, доставлена в стационар в связи с неадекватным поведением, агрессивностью по отношению к близким, бессонницей. Утверждает, что слышит в голове «женский голос», который приказывает бить мать, «заставляет ударить бабушку», «управляет мыслями и настроением».
5. Больная И., 11 лет стала отказываться посещать школу, считает, что одноклассники над ней «насмехаются, издеваются, могут ударить, убить». Однако в действительности одноклассники хорошо относятся к девочке.
6. Больной Г., 12 лет. Обнаруживал привязанность к матери, утверждал, что «сильно ее любит» и «скучает без нее», если она долго задерживается на работе. Однако услышав, как она открывает ключом входную дверь, убежал в свою комнату, спрятался под кровать, говорил, что мать ему «надоела», нецензурно бранился в ее адрес.
7. Больная 14 лет, при осмотре: в контакт не вступает, все время прыгает на месте, хлопает в ладоши, плюется, сопротивляется попыткам остановить ее. Данное состояние длилось около двух дней, затем сменилось застыванием, обездвиженностью, мутизмом.

### **Ситуационные задачи:**

1. Больная В., 16 лет, с гармоничными чертами лица, настойчиво требует у пластического хирурга сформировать ей внешность, как у известной актрисы, провести хирургическую коррекцию носа, поясняя, что «в противном случае чувствует себя уродиной». Больная требовала денег у родственников на оплату операции, угрожала суицидом в случае их отказа. По настоянию В. операция по коррекции носа была проведена, первое время больная была довольна результатом. Однако через некоторое время, разглядывая себя в зеркале, обнаружила, что ее нос и щеки не соответствуют идеальному, и вновь стала настаивать на хирургической коррекции.

*Какими должны быть действия пластического хирурга? О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз.*

2. Больной А., 17 лет, стал утверждать, что болен описторхозом, ощущал, как «паразиты ползают в мышцах и кишечнике», вызывая «боль и неприятные ощущения». Неоднократно проходил всевозможные обследования, однако отрицательные результаты расценивались им как ошибка диагностики, подмена истинных результатов анализов на ложные, не принадлежащие ему. Стал считать, что ему необходимо проведение дуоденального зондирования, которое «некомпетентные врачи провести не могут». Также возникла убежденность, что родители ему не родные, а просто люди, которые осуществляют за ним уход. Был убежден, что родители знают о его проблеме, но «замалчивают, скрывают» и не хотят его лечить.

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз.*

3. Больной Е., 16 лет, учащийся 10 класса школы, со средней успеваемостью, на протяжении последнего года потерял интерес к учебе, стал задумываться над понятиями добра и зла, много рассуждал на эти темы, увлекся философией, проводил часы за составлением конспектов по прочитанному. К одноклассникам стал относиться пренебрежительно, заявлял, что они «глупое и необразованное стадо», учителей также считал «ограниченными» и недостойными своей профессии. Перестал следить за своим внешним видом, отказывался выходить из дома.

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз.*

4. Больной Р., 19 лет, страдает шизофренией, длительное время находился в стационаре в состоянии кататонического ступора. Затем внезапно пришел в сильное возбуждение. Сбрасывает с себя одежду, белье, обмотал голову полотенцем. Выражение лица хмурое, на окружающих обращает мало внимания. Все время крутит головой, причудливо изгибается и хлопает себя ладонями по груди, плюет на соседа. Все это больной продельывает молча, не произнося ни слова. Привлечь внимание почти не удается. При попытке одеть его, накормить – со злобой отталкивает от себя санитаров. Однако, принесенную ему пищу съел с жадностью, предварительно перемешав компот с мясным блюдом. Пытался совершить нападение на медсестру с сексуальными намерениями. Купировать возбуждение удалось лишь внутривенным введением хлорпромазина (аминазина).

*Определите вид возбуждения. Сформулируйте предварительный диагноз. Относится ли описанная выше симптоматика к неотложным состояниям в психиатрии?*

5. Больной В., 7 лет, поступил в психиатрический стационар в связи с психомоторным возбуждением, неадекватным поведением (ползает по полу, лает, мяукает, пытается принимать пищу с пола). В отделении: возбужден, бегает по палате на четвереньках, лает, мяукает. Контакту труднодоступен, на вопросы отвечает не по-существу, после их неоднократного повторения. Утверждает, что он – это «кот, который умеет лаять». Просит налить ему молока в блюдце. Категорически отказывается принимать пищу за столом, бросает еду на пол и ест с пола. Облизывает врача, начинает тереться о ноги окружающих, все время встает на четвереньки. Рассказывает, что рядом с ним находится его друг – «Рихтотим», с которым он мысленно «играет и шалит».

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз согласно МКБ-10. Определите тактику ведения больного с определением режима, медикаментозного лечения с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний.*

### **Тестовый контроль:**

#### **1. ШИЗОФРЕНИЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ В ВОЗРАСТЕ**

- а) подростковом
- б) зрелом
- в) старческом
- г) одинаково во всех возрастных группах
- д) детском

#### **2. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- а) аура

- б) абсанс
  - в) амбулаторный автоматизм
  - г) ступор кататонический
  - д) сомнамбулизм
3. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ
- а) Корсаковский
  - б) апатоабулический
  - в) психоорганический
  - г) дисмнестический
  - д) амнестический
4. В НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ СЛУЧАЯХ БРЕДОВОГО ВАРИАНТА ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СМЕНЫ СИНДРОМОВ
- а) паранойяльный синдром – конечное состояние типа дурашливого
  - б) парафренный синдром – параноидный синдром – синдром Кандинского-Клерамбо
  - в) паранойяльный синдром – синдром Кандинского-Клерамбо – парафренный синдром
  - г) паранойяльный синдром – галлюцинаторно-параноидный синдром – онейроидная кататония
  - д) галлюцинаторно-параноидный синдром- паранойяльный синдром – онейроидная кататония
5. ТЕРМИН «ШИЗОФРЕНИЯ» В 1911 ГОДУ ПРЕДЛОЖИЛ ПСИХИАТР
- а) Е. Блейлер
  - б) К. Шнайдер
  - в) Э. Крепелин
  - г) В.Х. Кандинский
  - д) К. Кальбаум
6. ДЛЯ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
- а) характерно замедление ассоциативного процесса
  - б) характерен феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
  - в) характерна обстоятельность
  - г) характерно ускорение ассоциативного процесса д) характерно резонерство
7. ПРИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОМ ВАРИАНТЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ КАНДИНСКОГО С ПРЕОБЛАДАНИЕМ
- а) идеаторных автоматизмов
  - б) моторных автоматизмов
  - в) сенестопатических автоматизмов
  - г) псевдогаллюцинаций
  - д) истинных зрительных галлюцинаций
8. КАТАТОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ ОПИСАЛ ПСИХИАТР
- а) К. Кальбаум
  - б) Э. Геккер
  - в) К. Шнайдер
  - г) Э. Крепелин
  - д) В.Х. Кандинский
9. НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- а) эмоциональной неустойчивостью
  - б) эмоциональным уплощением
  - в) дисфорией
  - г) слабодушием
  - д) эмоциональной тупостью

## 10. ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ

- а) на юношеский возраст
- б) на детский возраст
- в) на зрелый возраст
- г) на поздний возраст
- д) на старческий возраст

### Рекомендуемая литература для подготовки по теме

#### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

#### Дополнительная:

3. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
4. Кузюкова А.А. Психические расстройства в подростково-юношеском возрасте (клинические иллюстрации) / А.А. Кузюкова, А.П. Рачин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 144 с. – DOI 10.33029/9704-6108-2-PSY- 2021-1-144.
5. Цыганков Б.Д. Психиатрия : учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-6053-5.

#### Интернет ресурсы:

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.



**9. ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:  
АФФЕКТИВНЫЕ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ,  
ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ. ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ:  
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ:  
НЕЙРОЛЕПТИКИ, АНТИДЕПРЕССАНТЫ,  
ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ, НОРМОТИМИКИ.**

**Исходный уровень.** Этиология, патогенез (*из курса пропедевтики внутренних болезней*), симптомы и синдромы (*из курса общей психопатологии*), личность, внутренняя картина болезни, реабилитация (*из курса медицинской психологии*).

**Учебная цель занятия:**

Изучение этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины, этапов и методов терапии аффективных, шизоаффективных и инволюционных психозов. Изучение основ биологической терапии и психофармакотерапии (ПФТ).

**Содержание занятия:**

Вводная демонстрация

*Выписка из истории болезни: М.Н.А., 27 лет, инженер-строитель. Родственник по линии матери больной покончил жизнь самоубийством. Брат лечился у психиатра по поводу аффективного психоза. Сама больная росла и развивалась нормально. В преморбиде не обнаруживала никаких особенностей характера и поведения, однако с подросткового возраста стали отмечаться периоды, когда на 2-3 недели повышалось настроение, чувствовала в себе много сил, бралась за многие дела, все в руках спорилось и получалось. Каждый раз это состояние сменялось упадком сил и настроения, но к врачам обращаться отказывалась, хотя брат ей советовал обратиться именно к психиатру.*

*Впервые была доставлена в психиатрический стационар в возрасте 25 лет. Дома в течение недели была оживлена, подвижна, говорлива. Спала 4-6 часов в сутки. Рано утром начинала делать сложные гимнастические упражнения, обливалась холодной водой, чего раньше не делала. Во все «включалась» на улице. На работе также не могла сидеть на одном месте, «бегала по кабинетам» и мешала сотрудникам.*

*В стационаре все время в движении, декламирует стихи, поет. Улыбается, шутит. Берется за любую работу в отделении. Тормозит больных, пристаёт с разговорами, из-за чего часто вступает в конфликт с ними. Хочет помочь персоналу, но дел до конца не доводит и только мешает. В беседе многословна, переоценивает свои возможности; считает себя талантливой певицей. В этом состоянии находилась 2 месяца. В процессе лечения нормотимиком и антипсихотиком стала спокойной и упорядоченной. Определила свое состояние накануне как болезненное.*

*После выписки успешно работала, правильно себя вела, но через 2 года без видимой внешней причины стала грустной, вялой. Обычная домашняя работа «получалась через силу». Потеряла аппетит, стала терять в весе, перестала следить за собой. Вновь была доставлена в больницу. При обследовании язык обложен белым налетом, пальпируется плотный, толстый кишечник (стула давно не было); при аускультации сердца тахикардия; кожные покровы землистые, лицо дряблое, сальное. Большую часть времени лежит в постели, на вопросы отвечает не сразу, односложно. При этом отметила тоскливое настроение («душа застыла») и неприятные ощущения за грудиной. Считает себя виновной во всех бедах семьи, безнравственной, бездельницей и вообще никчемным человеком, «которого только могила исправит».*

*На фоне проводимой терапии, состояние полностью купировалось. Успешно работает на прежнем месте работы.*

Подростково-юношеский возраст является особенно уязвимым в отношении развития психических расстройств, в том числе аффективной (эмоциональной) патологии, которая

часто не диагностируется и приводит к повышенному суицидальному риску. Частота депрессий у подростков в 10-20 раз превышает аналогичный показатель у детей, составляя 1-2% в начале пубертата против 0,1% в препубертатный период.

**Аффективные расстройства** – это группа заболеваний, которые имеют наследственную предрасположенность (эндогенные) и характеризуются фазным течением в виде отдельных периодически повторяющихся на протяжении жизни депрессивных эпизодов (при этом они представляют собой *рекуррентную (повторяющуюся) депрессию*) либо периодически возникающими и чередующимися противоположными по эмоциональному полюсу состояниями – депрессиями (эмоциональные спады) и маниями (эмоциональные подъемы) (при этом они представляют собой *биполярное аффективное расстройство*), а также наличием интермиссий (светлых промежутков).

В структуре развернутых аффективных эпизодов могут иметь место психотические симптомы (бред, галлюцинаций и др.), которые возникают на высоте фазы, когда эмоциональные нарушения достигают высокой амплитуды. При обратном развитии заболевания психотические расстройства, при их наличии, купируются в первую очередь, тогда как постепенно уменьшающиеся по амплитуде эмоциональные нарушения еще сохраняются некоторое время.

Классическая депрессия включает триаду: сниженный эмоциональный фон (гипотимию), замедление мыслительных процессов (брадифрению) и двигательную заторможенность (гипокинезию). Различают следующие виды депрессий: простые, сложные, атипичные. Диагностическую сложность могут представлять маскированные депрессии, у которых эмоциональные нарушения скрываются за «фасадом» тех или иных неприятных/болевых физических ощущений.

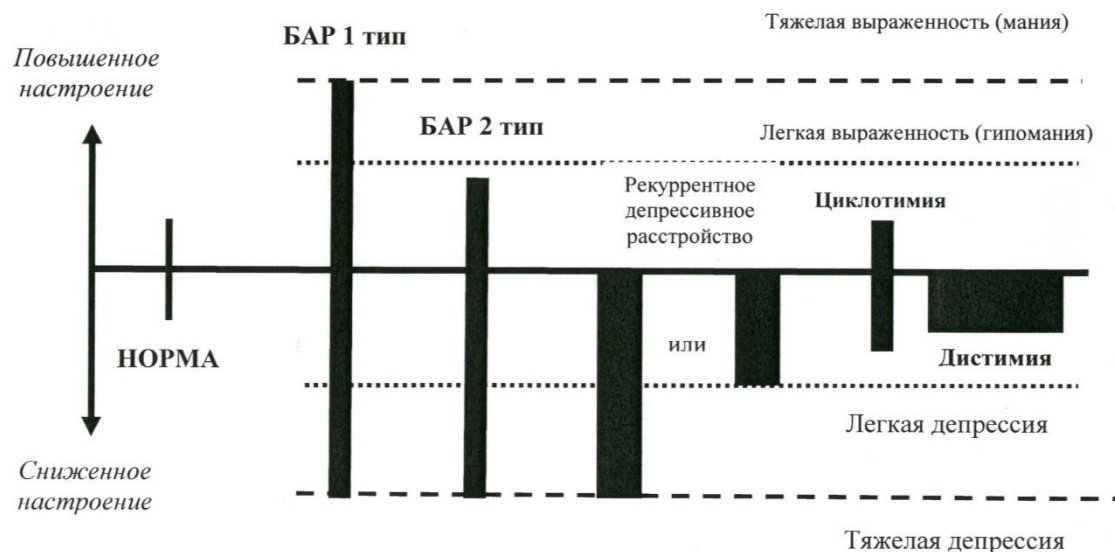
*Клинические проявления эндогенной депрессии:*

- случаи депрессий и суицидов и / или эмоциональных подъемов у родственников;
- снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями (ангедония);
- присутствующие продолжительное время неприятные щемящие ощущения за грудиной либо в подложечной области;
- суточные колебания настроения (в типичных случаях больные хуже чувствуют себя с утра, к вечеру им становится лучше);
- ранние утренние пробуждения задолго до намеченного времени, с невозможностью заснуть наряду с невозможностью заставить себя что-то сделать в этот период;
- отсутствие чувства отдыха после сна (даже при достаточном и избыточном количестве сна, для того, чтобы выспаться) – пациент чувствует себя разбитым, не отдохнувшим.



**Рис. 20.** Феноменологическая классификация эндогенных депрессий

*Маниакальная фаза* характеризуется противоположной депрессии триадой признаков: повышенным настроением (гипертимией), ускорением мышления (тахифренией) и ускорением двигательной активности (гиперкинезией). Выделяют следующие виды маний: простые, сложные, атипичные.



**Рис. 21.** Современная систематика аффективных расстройств

**Депрессивный эпизод** – аффективное расстройство, характеризующееся в типичных случаях снижением настроения, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Выделяют *депрессивный эпизод легкой степени (субдепрессия); средней степени; тяжелой степени без психотических симптомов; тяжелой степени с психотическими симптомами.*

Для диагностики депрессивного эпизода у подростков рекомендуется использовать те же диагностические критерии, что и у взрослых.

Таблица 7

Диагностические критерии депрессивного эпизода по МКБ-10  
(Краснов В.Н., 2011)

<b>Основные симптомы</b>	<b>Дополнительные симптомы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение настроения в течение большей части дня вне зависимости от ситуации;</li> <li>- снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями (ангедония);</li> <li>- уменьшение активности, повышенная выраженная утомляемость и снижение энергии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение концентрации внимания;</li> <li>- сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе;</li> <li>- идеи виновности и самоуничтожения;</li> <li>- мрачное пессимистическое видение будущего;</li> <li>- частые мысли о смерти, самоубийстве или самоповреждении;</li> <li>- нарушение сна (преимущественно утренняя диссомния);</li> <li>- нарушение аппетита (чаще снижение)</li> </ul>

*Примечание.* Длительность не менее 2 недель.

В зависимости от степени тяжести депрессивные эпизоды подразделяются на легкие, средние и тяжелые.

Критерии тяжести депрессивного эпизода по МКБ-10  
(Краснов В.Н., 2011)

Степень тяжести депрессивного эпизода	Симптомы депрессивного эпизода
<b>Легкая</b>	Обязательное наличие двух основных и двух дополнительных симптомов. Затруднено выполнение обычной работы и поддержание привычного уровня социальной активности, но социальная активность в целом не нарушена.
<b>Умеренная (средняя)</b>	Обязательное наличие двух основных и трех-четырех дополнительных симптомов. Затруднено выполнение обычной деятельности и поддержание обычного уровня социального функционирования.
<b>Тяжелая (без психотических симптомов)</b>	Обязательное наличие трех основных, четырех и более дополнительных симптомов, часть из них имеет значительную выраженность. Выраженное ограничение или полное прекращение трудовой деятельности, социального функционирования.

*Примечание.* Если выражены важные симптомы, такие как агитация (неконтролируемое двигательное беспокойство) или заторможенность, больной может быть не в состоянии детально сообщить о значительной части симптоматики или не испытывать желания это сделать. В таком случае может быть оправданной общая градация эпизода в качестве тяжелого.

Депрессивные эпизоды тяжелой степени подразделяют на две разновидности: *без психотической симптоматики* и *с психотической симптоматикой* (на высоте депрессивных переживаний могут иметь место идеи самоуничтожения, в том числе глобального масштаба; слуховые иллюзии и галлюцинации осуждающего характера; выраженная двигательная заторможенность, достигающая степени оцепенения, с отказом от приема пищи (депрессивный ступор); двигательное возбуждение, сопровождающееся тревожными высказываниями; суицидальные тенденции).

**Маниакальный эпизод** – аффективное расстройство, характеризующееся приподнятым настроением без связи с реальными обстоятельствами жизни больного и может варьировать от беззаботной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Как и депрессии, маниакальные состояния делятся по степени тяжести на легкие (гипомании), средние и тяжелые.

*Гипомании* характеризуются повышенным настроением, ощущением прилива сил, энергии, повышенной работоспособностью наряду с сокращением продолжительности сна. Больные деятельны, быстро принимают решения, с легкостью заводят новые знакомства, вступают в интимные отношения.

**Маниакальный эпизод средней степени тяжести** характеризуется резко повышенным настроением, движения и речь ускорены, продолжительность сна резко сокращается (пациенты могут спать по 3-5 часов в сутки, при этом чувствуют себя бодрыми), из-за повышенной переключаемости внимание деятельность становится непродуктивной – больные берутся за несколько дел одновременно и не могут ни одно дело довести до конца; переключаются с одной идеи на другую; нарушается поведение: больные деятельны, куда-то постоянно стремятся, расточительны, говорливы; критика к состоянию заметно снижается, может иметь место сексуальная расторможенность и необдуманные поступки.

**Маниакальный эпизод тяжелой степени** носит выраженный дезорганизованный характер, больные могут совершенно не спать ночами, ускорение мышления может достигать

такой выраженности, что больные не успевают полностью выговаривать слова, в результате чего речь состоит из обрывков фраз (скачки идей). Могут иметь место бредовые идеи величия, переоценки собственных возможностей, сопровождающиеся галлюцинаторными и другими психотическими расстройствами, которые проявляются на высоте развернутого маниакального эпизода (мания с психотическими симптомами).

**Рекуррентное депрессивное расстройство** – аффективное расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли бы отвечать критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного эпизода.

В лечении рекуррентного депрессивного расстройства приоритет отдается биологической терапии (медикаментозному лечению). Применяют антидепрессанты, антипсихотики, транквилизаторы, способствующие нормализации аффективного фона и профилактике рецидива эпизодов депрессии.

**Биполярное аффективное расстройство (БАР)** – это расстройство, характеризующееся двумя или более эпизодами, при которых настроение и уровень активности пациента значительно нарушены. Эти нарушения представляют собой случаи подъема настроения, прилива энергии и усиления активности (гипомания или мания) и случаи падения настроения и резкого снижения энергичности и активности (депрессия). Повторные эпизоды только гипомании или мании классифицируются как биполярные. *Выделяют БАР I и II типов.*

*БАР I типа* характеризуется регулярной сменой маниакальных и депрессивных фаз психотического уровня. Типичны классические аффективные фазы по типу меланхолической депрессии и веселой мании.

Возможны смешанные аффективные фазы (например, сниженное настроение может сопровождаться ускоренным мышлением и повышенной активностью).

*БАР II типа* характеризуется преобладающими по степени выраженности и количеству депрессивными фазами и относительно кратковременными гипоманиакальными состояниями.

В лечении БАР приоритет отдается биологической терапии (медикаментозному лечению). Для выравнивания эмоционального фона используются препараты, относящиеся к категории стабилизаторов настроения (препятствующие развитию расстройств, как маниакального, так и депрессивного полюса). Указанными свойствами обладают соли лития, некоторые противосудорожные препараты (антиконвульсанты: вальпроевая кислота, карбамазепин и др.), а также некоторые современные антипсихотические препараты (например, кветиапин). Ввиду хронического течения БАР биологическая терапия носит длительный (нередко пожизненный) характер, направленный на профилактику и предотвращение рецидива аффективных фаз.

**Циклотимия** характеризуется фазовыми аффективными колебаниями: чередованием легких стертых депрессивных (субдепрессивных) и гипоманиакальных эпизодов, между которыми могут иметь место периоды ровного спокойного настроения и смешанные состояния, последние нередко возникают при переходе из одной фазы в другую. Продолжительность эпизодов может составлять от 1-2 недель до месяца и больше.

**Дистимия** представляет собой хроническое депрессивное настроение, которое продолжается, по меньшей мере, несколько лет, является недостаточно тяжелым или при котором отдельные эпизоды недостаточно длительны, чтобы можно было поставить диагноз рекуррентного депрессивного расстройства тяжелой, средней или легкой степени выраженности.

**Шизоаффективное расстройство (ШАР)** занимает промежуточное положение между шизофренией и биполярным аффективным расстройством. Он включает сочетание признаков двух вышеуказанных заболеваний (аффективные расстройства и психотические симптомы – бред, галлюцинации, двигательные нарушения, утрата целенаправленности мышления, имеющие место при шизофрении). Выделяют следующие клинические формы шизоаффективного расстройства: шизодоминантная и аффектдоминантная.

В настоящее время данный диагноз устанавливается в тех случаях, когда возникают трудности в отнесении психотического эпизода к шизофрении либо к биполярному аффективному расстройству. Как шизофрения и биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство может манифестировать в молодом и юношеском возрасте.

В лечении используются антипсихотические препараты, стабилизаторы настроения, транквилизаторы, антидепрессанты.

В МКБ-10 от большого «круга шизофрений» отделены (однако относятся к той же рубрике F 20-29) спорные краевые формы заболевания, протекающие благоприятно. При этом слово «шизофрения» зачастую все же звучит в определении, но помещено оно в конец диагностического шифра.

С одной стороны (из непрерывно-прогредиентных форм) выделены:

- шизотипическое расстройство, которое граничит с шизоидным расстройством личности; чаще всего протекает на субпсихотическом уровне и по своей клинической картине напоминает дебютные проявления психотических форм болезни. Это расстройство характеризуется чуждающимся поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо преобладающей или типичной для шизофрении симптоматики нет;
- хронические бредовые расстройства включают различные расстройства, при которых центральным симптомом являются бредовые идеи различного содержания. Чаще всего бред преследования, величия, ревности, ипохондрический, сопровождающийся в некоторых случаях депрессивными симптомами, обонятельными или тактильными галлюцинациями. К группе хронических бредовых психозов относят: паранойяльную шизофрению и паранойю, граничащие с паранойяльным расстройством личности, а также позднюю парафрению и инволюционный параноид;

С другой стороны, периодическая шизофрения «спрятана» в конце диагностических шифров, а их начала имеют 2 варианта:

- шизоаффективное расстройство маниакального или депрессивного типов;
- острое преходящее психическое расстройство, не имеющее четких признаков циркулярности в своих «критериях».

Рядом с ними находится явно к шизофрении не относящееся, но также благоприятное по исходу, индуцированное расстройство – относится к реактивным психозам.

**Инволюционные меланхолия и инволюционный параноид** – две дилеммы с двумя эндогенными психозами. Их клинические особенности:

- 1) тревожная окраска тоскливого аффекта вплоть до раптуса при инволюционной депрессии;
- 2) бред малого («квартирного») размаха при инволюционном параноиде;
- 3) тенденция к затяжному течению. Отличие от БАР, реактивной депрессии, аффективных расстройств при шизофрении, параноидных и депрессивных состояний другой природы.

Принципы и методы терапии.

#### **Основные методы в лечении психических расстройств**

- А) биологическая терапия (ЭСТ, ИКТ, иммуноадсорбция, плазмаферез);
- Б) психофармакотерапия.

**Классификация психотропных препаратов:** антипсихотики (нейролептики); транквилизаторы; антидепрессанты; нормотимики; ноотропы; психостимуляторы.

**Учитываются:**

1. Химическая структура.
2. Механизм действия.
3. Клинические эффекты.

### Вопросы для самоподготовки

1. Понятие об эндогенных психических расстройствах.
2. Определение понятия «аффективные расстройства». Особенности расстройств в подростковом возрасте.
3. Эпидемиология аффективных расстройств. Особенности в подростковом возрасте.
4. Этиология и патогенез аффективных расстройств.
5. Клинические проявления аффективных расстройств. Клинические критерии эндогенных депрессий. Атипичные варианты депрессии. Особенности у детей и подростков.
6. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.
7. Основные принципы и методы терапии аффективных расстройств.
8. Определение понятия шизоаффективных психозов. Диагностические критерии шизоаффективного расстройства по МКБ-10.
9. Клинические проявления и разновидности течения шизоаффективных психозов.
10. Лечение психических заболеваний: биологическая терапия и психофармакотерапия.

### Задания для усвоения темы

#### *Вопросы для контроля знаний:*

1. Является ли нарушение памяти характерным симптомом шизофрении? (Да – нет)
2. Характерно ли для шизофрении несоответствие мимики и эмоционального компонента реакций? (Да – нет)
3. Возможно ли при шизофрении сумеречное расстройство сознания? (Да – нет)
4. Характерны ли простой шизофрении бред и галлюцинации? (Да – нет)
5. Может ли параноидная шизофрения иметь эпизодический тип течения со стабильным дефектом? (Да – нет)

#### *На опознание симптома (синдрома):*

1. Больной постоянно «видит» где-то в голове сцены из его прошлой жизни, думает, что это «показывают ему» с целью скомпрометировать.
2. Больной безучастен к окружающему и своему положению, ничего не вызывает у него эмоционального отклика, ничто не радует и не огорчает.
3. Больной молчит, не садится на стул после приглашения, лицо невыразительное, взгляд неподвижный. При попытке посадить его, оказывает активное сопротивление.
4. Больной дома пытался нанести ножевое ранение соседу. На приеме злобен, напряжен, заявляет, что сосед установил у себя на квартире аппарат, при помощи которого записывает мысли больного на магнитофон, вкладывает в голову свои мысли, заставляет больного произносить нецензурные слова, вызывая искусственное веселье.
5. Больная в течение 12 лет периодически лечится в психиатрической больнице. При беседе заявляет: «Мышление определяется бытием, мое бытие содержит 5 букв, причем форма моего мышления совпадает с буквами моего опекуна. Природа на основании физиологии при помощи математического жаргона на базисе шахмат доказала, что я по физиологии гражданка...».
6. При обследовании больной заявляет: «Мозг мой атрофирован, печень совсем распалась на дольки, через позвоночник будто электрический ток проходит и высушивает спинной мозг».
7. В возрасте 25 лет состояние впервые резко изменилось: стал подозрительным, замкнутым, целыми днями сидел один в комнате, закрыв окна и двери на ключ.

#### **Ситуационные задачи:**

1. Е., 17 лет, осенью впервые ощутила отчетливое состояние подавленности. Преобладало безразличие, не хотела ничем заниматься, ни с кем общаться, отказывалась выполнять уроки, посещать школу. По настоянию родителей через силу ходила в школу, но ни с кем не здоровалась, казалось, что к ней плохо относятся одноклассники. Чувствовала себя как будто

«поглупевшей», много раз перечитывала одну и ту же страницу книги и не могла понять, о чем там написано, стала отказываться от приема пищи. С целью облегчения внутреннего напряжения, ослабления душевной боли стала наносить самопорезы.

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз. Определите тактику ведения данной пациентки.*

2. Н., 16 лет, наследственность психопатологически отягощена суицидом отца. Психическое состояние изменилось в 15 лет без видимой причины, когда впервые испытала необычный прилив сил, была энергичной, чрезмерно общительной, могла выполнять несколько дел одновременно, строила радужные планы на будущее, уменьшилась потребность во сне (спала по 3-4 часа в сутки), за 2 месяца похудела на 5 кг. Данное состояние длилось около двух месяцев и сменилось резким снижением настроения, находилась в глубокой подавленности, стала избегать общения с друзьями и близкими, потеряла интерес к учебе, все время находилась дома, отказывалась покидать свою комнату, ухудшился аппетит, стали возникать мысли о нежелании жить. С целью облегчения своего состояния наносила поверхностные самопорезы.

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз. Относится ли описанная выше симптоматика к неотложным состояниям в психиатрии?*

3. Больная В., 16 лет, поступила в психиатрический стационар в связи с агрессивными тенденциями в поведении. Из анамнестических сведений следует, что наследственность психопатологически не отягощена. С 14 лет отмечает у себя очерченные эпизоды подавленности, лени, длящиеся по 3-

4 месяца, во время которых с утра присутствует ощущение разбитости, сложно заставить себя встать с кровати. Учеба и общение даются с трудом, возникает желание побыть в одиночестве, лежать и ничего не делать. На замечания и просьбы родителей в этот период реагирует вербальной агрессией, становится раздражительной, негативистичной. Помимо состояний подавленности на протяжении последних двух лет наблюдаются и продолжительные (по 2-3 месяца) эпизоды эмоционального подъема, во время которых сокращается продолжительность сна, возникает ощущение легкости, беспечности, все воспринимается «радужным, ярким». В этот период становится чрезмерно общительной, расточительной, дарит друзьям и случайным знакомым личные вещи, посещает увеселительные мероприятия, с легкостью заводит новые знакомства. Попытки родителей ограничить ее активность оканчивались ссорами, взаимными упреками.

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз. Определите тактику ведения данной пациентки.*

4. К., 19 лет, пребывая в состоянии подавленности, активно изучал различные философские труды. Проводил много времени за пессимистическими размышлениями, что «люди – это всего лишь объекты». Представлял, как люди живут, думают, решают какие-либо задачи и пр. А на самом деле «они всего лишь объекты», от которых «ничего в этом мире и во Вселенной не зависит». Эти мысли тяготили К. на протяжении всего эпизода подавленности. Возникла убежденность, что жизнь – бессмысленна, задумывался о переустройстве «человеческого бытия».

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз. Определите тактику ведения данного пациента.*

5. Больная Л., 36 лет, поступает в психиатрический стационар впервые. В поведении: оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. На лице яркий макияж, волосы не причесаны, повязаны пестрой лентой. Одета в красное платье, украшенное зеленым бантом, поверх платья – яркая кофта с крупным рисунком. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача под руку, больная начинает без умолку говорить, голос у нее охрипший: «Вы такой хорошенький! А когда меня выпишут? А долго я пробуду в больнице? Я совсем здорова! Как говорится, не важен метод – важен результат. А вон та сестричка пришла на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из под пятницы суббота. Завтра



суббота, Вы меня завтра выпишите? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо! (внезапно в раздражении набрасывается на санитарку, подошедшую к врачу, пытается ее ударить, но тут же на лице вновь появляется улыбка, кокетливо обращается к врачу). Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я ему письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю? – и т. д. В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в кружок больных, поет, танцует. Спит не более 3–4 часов в сутки.

Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

*О каком синдроме идет речь? Сформулируйте клинический диагноз согласно МКБ-10. Определите тактику ведения больной с определением режима, медикаментозного лечения с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний.*

### **Тестовый контроль:**

1. ДЕПРЕССИЮ МОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ КАК ПСИХОТИЧЕСКУЮ, ЕСЛИ ОНА
  - а) имеет эндогенную природу
  - б) сопровождается витализацией аффекта
  - в) сопровождается суицидальными намерениями/попытками
  - г) сопровождается бредовой или галлюцинаторно-бредовой симптоматикой (конгруэнтной или неконгруэнтной аффекту)
  - д) сопровождается тревогой
2. К ФАКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМАМ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ
  - а) пониженное настроение
  - б) идеи самообвинения
  - в) замедленное мышление
  - г) двигательная заторможенность
  - д) ангедония
3. БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ЯВЛЯЕТСЯ
  - а) эндогенным психическим расстройством
  - б) эндогенно-органическим психическим расстройством
  - в) экзогенным психическим расстройством
  - г) экзогенно-органическим психическим расстройством
  - д) пограничным психическим расстройством
4. НА ИСКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ТЯЖЕСТЬ ДЕПРЕССИИ УКАЗЫВАЮТ
  - а) суицидальные мысли
  - б) тревога
  - в) ангедония
  - г) бредовые идеи самообвинения и самоуничтожения
  - д) самоповреждения
5. С НАЧАЛОМ ПОДРОСТКОВОГО ПЕРИОДА ЧАСТОТА ДЕПРЕССИЙ В СРАВНЕНИИ С ДЕТСКИМ ВОЗРАСТОМ
  - а) увеличивается в 5-10 раз
  - б) увеличивается в 10-20 раз
  - в) увеличивается в 20-30 раз
  - г) показатель существенно не изменяется
  - д) уменьшается
6. НАСТРОЕНИЕ ПРИ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ
  - а) хуже в утреннее время
  - б) лучше в утреннее время

- в) не зависит от времени суток
  - г) улучшается после приема пищи
  - д) зависит от факторов окружающей среды
7. ДЛЯ ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ ХАРАКТЕРНО
- а) астеническое мышление
  - б) замедленное мышление
  - в) обстоятельное мышление
  - г) аментивное мышление
  - д) атактическое мышление
8. БРЕД КОТАРА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
- а) мании
  - б) тревоге и мании
  - в) мании и депрессии
  - г) депрессии и бреде
  - д) мании и бреде
9. АФФЕКТИВНОЕ УПЛОЩЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- а) тревожного расстройства
  - б) шизофрении
  - в) эпилепсии
  - г) депрессии
  - д) сосудистого заболевания головного мозга
10. ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ
- а) навязчивые мысли неприятного содержания
  - б) навязчивые действия, к которым больной относится критически
  - в) переживание отчужденности собственной психической деятельности
  - г) неосознаваемые повторяющиеся двигательные акты
  - д) поступки, совершаемые в состоянии нарушенного сознания

### **Рекомендуемая литература для подготовки по теме**

#### **Основная:**

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

#### **Дополнительная:**

1. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
2. Цыганков Б.Д. Психиатрия : учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с.

#### **Интернет ресурсы:**

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

**10. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ,  
ОСОБЕННОСТИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.  
ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ.  
СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:  
СОМАТОГЕННЫЕ, ИНФЕКЦИОННЫЕ, ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ.  
ЭКЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ (УЧЕНИЕ БОНГОФФЕРА).  
ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:  
ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ.**

**Исходный уровень.** Философские категории внешнего и внутреннего, их взаимодействие (*из курса философии*). Клиника отравлений, инфекционных и внутренних болезней (*из курса терапии, инфекционных болезней, токсикологии*). Психосоматические и соматопсихические взаимоотношения; пути влияния «сомы» на мозг и психику (*из курса медицинской психологии*). Эпилептические припадки, эпилептический статус (*из курса нервных болезней*), аура, абсанс, классификация черепно-мозговых травм, периоды травматических расстройств (*из курса нервных болезней*). Сумеречное расстройство сознания, дисфория, патологическая обстоятельность, амнезия, слабоумие (*из курса общей психопатологии*).

**Учебная цель занятия:**

Изучение основных психических расстройств у терапевтических и инфекционных больных, при отравлениях; при эпилепсии, в остром и отдаленном периодах черепно-мозговой травмы, изучение общей концепции развития экзогенно-органических психических расстройств, экзогенных реакций.

**Содержание занятия:**

**Вводная демонстрация**

*В., 10 лет, поступил в психиатрический стационар в связи с ухудшением школьной успеваемости, стойким ночным энурезом, нелепыми высказываниями. Из анамнеза: наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом отца. Отец с семьей не живет, мальчик воспитывается матерью. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне резус-конфликта, угрозы прерывания на сроке 12 недель гестации, острой респираторной вирусной инфекции с повышением температуры тела до 38 у матери на 26 неделе (проходила стационарное лечение). Родился в срок с выраженной гипербилирубинемией, находился в реанимационном отделении, трижды проводились заменные переливания крови, наблюдался по поводу внутриутробной инфекции. В 4 месяца перенес энтерит, септикопиемию, в 4,5 года – гематогенный остеомиелит и в 8 месяцев – гастроэнтероколит; наблюдался по поводу рахита, гипохромной анемии, гипотрофии 2-й степени, перинатальной энцефалопатии, альтернирующего расходящегося косоглазия. Однако развивался с незначительной задержкой. Получал логопедическую помощь по поводу многочисленных дефектов речи. Отмечались частые головные боли. В школу пошел с 8 лет, с начала обучения испытывал трудности в усвоении учебного материала, в связи, с чем по решению психолого-медико-педагогической комиссии определена адаптированная образовательная программа для лиц с задержкой психического развития. Не смотря на это, учился всегда плохо. На момент поступления в психиатрический стационар окончил 2-ой класс.*

*С 7 лет (вскоре после перенесенной легкой черепно-мозговой травмы) стал говорить о том, что у него в голове появились «Эр-система» и «С-С-магнит», которые с помощью кнопок могут «поворачивать круг жизни» и таким образом управлять его судьбой. Отмечал, что «Эр-система» говорит «хорошее»: «Ешь...спи...гуляй...играй», а «С-С-магнит» – «плохое»: «Брось камень, ударь». Значительных нарушений в поведении мальчика не отмечалось, амбулаторно наблюдался у невролога, психиатра (получал нейрометаболические препараты, витамины, тиоридазин). При усилении головных болей наблюдалось некоторое усиление галлюцинаторных переживаний. За несколько дней до поступления в психиатрический стационар заметно снизилась школьная успеваемость, отмечались ежедневный*

ночной энурез, частые носовые кровотечения, говорил о том, что с ним беседуют «С-С-магнит» и «Эр-система».

*В отделении: верно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Отмечает, что слышит со стороны два «голоса»: женский, который говорит «Эр-система», и мужской», который говорит «С-С-магнит». Подтверждает, что «Эр-система» предлагает есть, пить, играть, то есть «делать хорошее», а «С-С-магнит» приказывает ударить кого-нибудь. Поясняет, что в ответ на предложения «С-С-магнита» «посылает его» (при этом начинает ругаться нецензурной бранью), и тот замолкает. Рассказывает, что процессом мышления управляют с помощью кнопок «Эр-система» и «С-С-магнит». Утверждает также, что случаются «провалы в памяти» – «вдруг все забуду». Жалуется на частые ночные кошмары.*

*При осмотре неврологом выявлена рассеянная неврологическая симптоматика, резидуально-органическое поражение ЦНС, неврозоподобный энурез. По данным логопеда, у мальчика наблюдаются общее недоразвитие речи 2-ой степени, дизартрия с полиморфным нарушением звукопроизношения, запинки в речи, сложная дисграфия, дислексия. По данным офтальмолога, у больного имеют место расходящееся альтернирующее косоглазие и миопия слабой степени. При осмотре психологом: тест Векслера (IQ вербальный – 76, IQ невербальный – 85, IQ общий – 78), мышление конкретное, искажение процесса обобщения, нарушение логического строя мышления. На ЭЭГ: гиперсинхронизированный альфа-ритм, усиленный по амплитуде в теменных и затылочных отделах, переходящий в пароксизмальную активность при функциональных нагрузках. Компьютерная томограмма головного мозга: незначительные проявления наружной гидроцефалии. Получал терапию: рисперидон (2 мг/сут), карбамазепин (400 мг/сут), фенибут (750 мг/сут), дегидратация, кавинтон, витамины. На фоне проводимой терапии отмечена постепенная редукция симптоматики: говорил о том, что «С-С-магнит и Эр-система куда-то улетели, наверное, полетели искать себе новый мозг». Считал, что начал «думать самостоятельно», и на него больше никто не влияет. Отмечена сохранная эмоциональность мальчика, желание играть с другими детьми.*

### **Эпилепсия**

**Эпилепсия** – это хроническое нервно-психическое полиэтиологическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте, и характеризующееся полиморфной клинической картиной, включающей повторные, непровоцируемые эпилептические приступы, транзиторные (преходящие) психические расстройства и хронические изменения личности и характера, иногда достигающие степени деменции.

Более 50 миллионов человек в всем мире страдают эпилепсией. Распространенность эпилепсии увеличивается с возрастом, достигая максимума к 5-9 годам и у людей старше 80 лет. Каждый год регистрируется 125000 смертей больных эпилепсией, которые обусловлены более частой травматизацией и суицидами, а также высоким уровнем соматической и психиатрической коморбидности.

**Клиника.** Этиологический континуум клинических эпилептических форм. Эпилептическая реакция → эпилептический синдром (при текущем органическом процессе и др.) → эпилептическая болезнь (эпилепсия).

Три основные группы симптомов (континуум по длительности): пароксизмы, эпилептические психозы, изменения личности.

I. **Пароксизмы.** Их разнообразие, затрудняющее классификацию. Абстрактные полярные свойства пароксизмов: судорожные ↔ бессудорожные; генерализованные ↔ фокальные (парциальные); тяжелые ↔ легкие; полиморфные ↔ мономорфные.

Типы пароксизмов (упрощенный вариант):

- большие эпилептические припадки (типичные, атипичные, abortивные, легкие – тяжелые);
- малые припадки и абсансы;
- бессудорожные эквиваленты припадков: сумеречные расстройства сознания, дисфории разной глубины, структуры и длительности. Опасность дисфорий и сумеречных расстройств

для окружающих.

- Другие (многочисленные) пароксизмы, исходящие из систем организма и процессов психики: изолированные ауры, пароксизмы висцеро-сосудистые (абдоминальные, кардиальные и др.), моторные, сенсорные (зрительные и др.), психические.

II. *Эпилептические психозы* (без клинически значимых расстройств сознания). Острые – с возвышенными экзальтированными переживаниями обычно религиозного или мистического содержания, с тенденцией к идеям величия. Хронические – обычно как следствие повторяющихся острых психозов, переживаний во время аур, личностных реакций на болезнь. Психозы могут быть депрессивными, маниакальными, шизофреноподобными, в т.ч. кататоническими (круги Снежневского).

III. *Изменения личности*: темперамента и характера, интеллекта, мотивационно-потребностных установок. Психофизическая торпидность (тугоподвижность, «грузность») и застойная взрывчатость (эксплозивность) как основа других вторичных изменений личности. Ниже приведено описание согласно схеме строения личности с учетом трех блоков – «стиль», «возможности» и «направленность» (см. схему личности).

В «стиле»: тугоподвижность при переключении внимания обуславливает (ради стремления к продуктивности) приверженность к систематизации и порядку, педантичность, а также (в аспекте воли) – к настойчивости, упорству, инертной настырности. Невозможность живо и непосредственно реагировать обуславливает накопление «положительных» и «отрицательных» чувств: злопамятность, чреватую brutальными разрядами, утрированное заботливое отношение к близким и уважаемым людям.

В «возможностях»: обстоятельность и вязкость мышления (и психомоторики), снижение памяти на менее значимые (для личности) события общего характера, замедление операций мышления. Перечисленные особенности обуславливают формирование особого эпилептического («концентрического») слабоумия.

В «направленности»: формируется патологическая гиперсоциальность (установка на «порядок» в системе руководство-подчинение) и эгоцентричность, сужение круга интересов, фиксация интересов на собственном «Я».

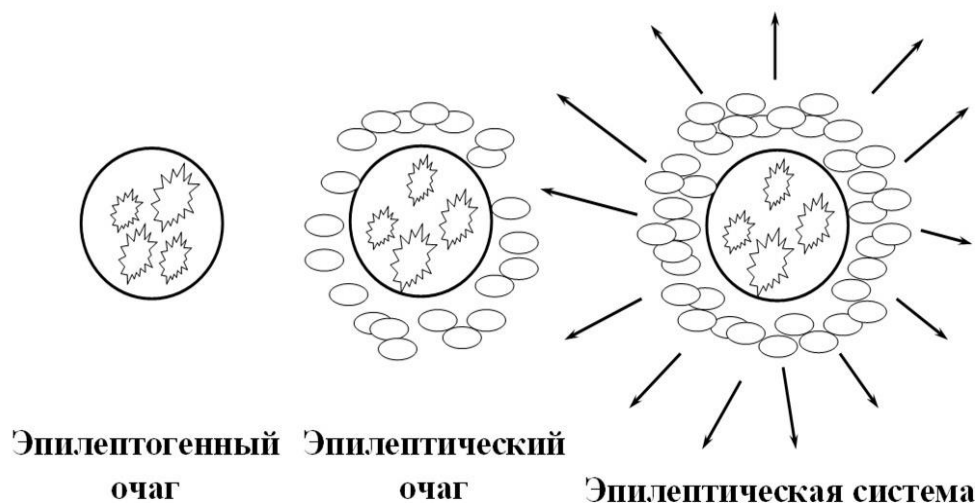
Отсутствие фатальности изменений личности и социальная успешность больных с незначительными личностными изменениями.

Признаки благоприятного прогноза при эпилепсии: мономорфность симптомов, отсутствие или слабая выраженность постприпадочных явлений, поздний возраст начала болезни.

*Патогенетические механизмы*: эпилептогенный очаг → эпилептический очаг (роль нейромедиаторных нарушений и дисбаланса микроэлементов) → эпилептическая система → эпилептизация головного мозга.

*Электроэнцефалографические (ЭЭГ) корреляты эпилепсии.*

«Нагрузочные» пробы при ЭЭГ-исследовании: гипервентиляция, фотостимуляция, депривация сна.



### Механизмы нейронной разрядки при эпилепсии



Рис. 22. Нейрофизиологические стадии эпилептогенеза

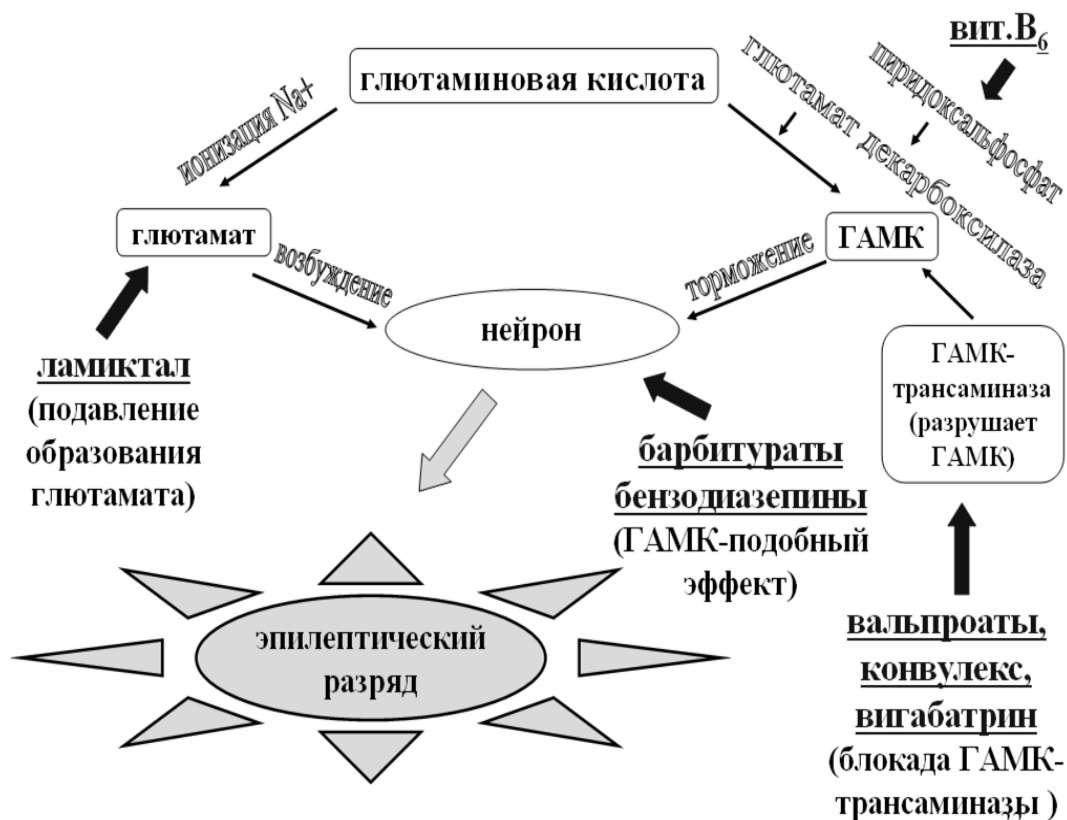


Рис. 23. Механизмы развития пароксизма и действия препаратов

## Воздействие антиэпилептических препаратов на Na, K и Ca каналы

### Комбинированное влияние на Na, K и Ca каналы:

гидантоины  
барбитураты  
карбамазепины  
этосуксимид

– активируют Na-K АТФазу и блокируют Ca-каналы

флунаризин  
(антагонист кальциевых каналов)  
антиоксиданты

– препятствуют внутриклеточной гиперкальциемии

## Основные принципы лечения эпилепсии

- установление диагноза эпилепсии анатомо-электро-клиническим методом (то есть с обязательным использованием, помимо клинического обследования, ЭЭГ и МРТ);
- выбор противоэпилептического препарата в соответствии с формой эпилепсии и типом приступов;
- начало лечения с препарата с наиболее широким терапевтическим диапазоном и минимальным количеством побочных эффектов;
- подбор дозы противоэпилептического препарата (она должна быть не ниже рекомендуемой терапевтической на 1 кг массы тела в сутки для данного возраста);
- начало с монотерапии с постепенным наращиванием дозировки препарата до эффективной. Лишь при максимально допустимой дозе и отсутствии положительного эффекта показан переход на противоэпилептический препарат второго выбора, предпочтительно последнего поколения (альтернативная монотерапия);
- при отсутствии эффекта от альтернативной монотерапии показана рациональная политерапия (комбинация двух, в крайнем случае, трех противоэпилептических препаратов) с обязательным включением лекарственных средств последнего поколения;
- регулярность приема противоэпилептического препарата;
- оптимальная продолжительность приема противоэпилептического препарата в зависимости от формы эпилепсии и эффективности лечения;
- комплексность терапии (применение противосудорожных, дегидратационных, ноотропных, сосудистых препаратов, витаминотерапии).

**Эпилептический статус** – состояние пролонгированного приступа или повторяющихся приступов, в интервалах между которыми состояние больного не возвращается к исходному. Это результат отказа механизмов, ответственных за прекращение, либо инициация механизмов, ведущих к аномально пролонгированным приступам после временной точки  $t_1$  (время начала лечения), которые могут иметь долгосрочные последствия после рубежа  $t_2$  (время начала долгосрочных изменений), включающие нейрональную смерть, нейрональное повреждение, перестройку нейронных связей. Временные параметры: тонико-клонический эпилептический статус  $t_1$  1-5 минут,  $t_2$  2-30 минут, фокальный эпилептический статус  $t_1$  – 10 минут,  $t_2$  – более 60 минут, статус абсансов  $t_1$  – 10-15 минут,  $t_2$  – неизвестно. При эпилептическом статусе или серии приступов показана экстренная госпитализация в отделение нейрореанимации или общей реанимации.

**Лечение эпилептического статуса у взрослых:** рекомендуется применение диазепама. Взрослым вводится по 2 мл на изотоническом растворе натрия хлорида 10 мл в/в медленно (не быстрее чем за 5 минут). При более быстром введении возможна остановка дыхания, снижение АД и седация. Исходная доза для взрослых 0,15-0,2 мг/кг, максимально 10 мг. При неэффективности первого введения возможно однократное повторное введение через 10 минут.

**Лечение эпилептического статуса у детей и подростков:** рекомендуется применение диазепама. Введение диазепама в виде ректального раствора (микроклизмы) в дозе: детям массой до 15 кг – 5 мг, детям массой более 15 кг – 10 мг. Диазепам для внутривенного и внутримышечного введения назначается: детям после 30 дня жизни внутривенно медленно 0,1-0,2 мг/кг на изотоническом растворе натрия хлорида в течение 5 минут до максимальной дозы 5 мг. При более быстром введении возможна остановка дыхания, снижение АД и седация. Исходная доза 0,15-0,2 мг/кг, максимально 5 мг детям старше 30 дней жизни до 5 лет и 10 мг детям от 5 лет и старше. При неэффективности первого введения возможно однократное повторное введение препарата.



## **Особенности пароксизмальных расстройств у детей**

Общеизвестно, что примерно 75 % больных эпилепсией заболевают в детстве. Частота судорожных приступов у детей в возрасте до 10 лет наиболее высока, причем 2/3 этих приступов приходится на первые три года жизни. Частота судорожных приступов у новорожденных варьирует, по данным ряда исследователей, от 1,5 до 14 %. Относительно высокая частота эпилептических приступов у детей по сравнению с взрослыми в значительной степени определяется возрастной недифференцированностью головного мозга, физиологической гиперсинхронизацией его деятельности и склонностью к генерализованным реакциям. Вместе с тем возникновение эпилептических припадков в детском возрасте далеко не всегда должно расцениваться как проявление эпилепсии. В связи с этим в клинической практике с особой осторожностью относятся к постановке диагноза «эпилепсия» детям до 3-х лет. Сам характер эпилептических проявлений в этом возрасте существенно отличается от приступов у взрослых.

**Пароксизмальные расстройства.** У новорожденных и у детей грудного возраста преобладают тонические или тонико-клонические приступы. Ввиду разнообразия произвольных движений у новорожденных распознавание у них судорог может представлять большие трудности, генерализованность вздрагиваний и застываний в сочетании с остановкой взора, нарушением актов глотания и дыхания позволяют отличать судороги от физиологических движений. После периода новорожденности наступает беспароксизмальный период длительностью 4-5 мес., когда судороги наблюдаются чрезвычайно редко.

Во втором полугодии жизни судороги приобретают более очерченный тонический характер, причем четко определяется зависимость клинических проявлений эпилептических приступов от степени зрелости двигательных систем. У грудных детей чаще наблюдаются флексорные тонические спазмы, или «салаамовы припадки», в виде кивков, поклонов со складыванием рук на груди. «Салаамовы припадки» практически не отмечаются у детей старше трехлетнего возраста.

После 2-3 лет и у взрослых тонические судороги протекают преимущественно в виде экстензорных спазмов – разгибание туловища и ног, запрокидывание головы назад, отведение рук в стороны или вытягивание их вдоль туловища. В классическом выражении большой тонико-клонический приступ редко манифестирует у детей дошкольного возраста, а у детей младшего школьного возраста обычно носит абортный характер, сопровождаясь болями в животе, иногда рвотой, гипертимией, эмоциональными реакциями.

Исключительно у детей раннего возраста наблюдаются так называемые фебрильные и аффективно-респираторные приступы. Они могут возникать лишь однажды и в жизни и затем никогда не повторяться, однако часто являются первичной манифестацией эпилепсии, в связи с чем тактика выжидания, задержка с наличием адекватной противосудорожной терапии недопустимы.

**Изменения психики.** Наиболее типичным изменением личности при определенной длительности течения эпилепсии считается, прежде всего, полярность аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности «застревать» на тех или иных, особенно отрицательно окрашенных, аффективных переживаниях, с одной стороны, и аффективного разряда с другой. Характерными патологическими чертами личности больных эпилепсией (взрослых и подростков) являются также эгоцентризм с концентрацией всех интересов на своих потребностях и желаниях, аккуратность, доходящая до педантизма, гиперболизированное стремление к порядку, ипохондричность, сочетание грубости, агрессивности по отношению к одним и угодливого, подобострастия к другим лицам (например, к старшим, к лицам, от которых больной зависит).

Детям больным эпилепсией, кроме того, свойственны патологические изменения сферы инстинктов и влечений (повышенный инстинкт самосохранения, повышение влечений, с чем связана жестокость, агрессивность, а иногда повышенная сексуальность) и темперамента (замедленный темп психических процессов, преобладание хмурого, угрюмого настроения).

Менее специфичными в клинической картине стойких изменений личности при эпилепсии являются *нарушения интеллектуально-мнестических функций*: замедленность и тугоподвижность мышления (брадифрения), его обстоятельность, склонность к детализации, снижение памяти по эгоцентрическому типу и т.д.

В дошкольном возрасте в случаях раннего начала заболевания нередко отмечается задержка интеллектуального развития. Ввиду того, что эпилепсия в детском возрасте в большинстве случаев развивается на фоне более или менее выраженных остаточных явлений раннего органического поражения головного мозга, в клиническую картину часто входят те или иные проявления психоорганического синдрома: более грубая двигательная расторможенность, церебрастенические симптомы (истощаемость, расстройства внимания, головная боль во второй половине дня), плохая память, периоды эйфорического настроения, не критичность, психопатоподобное поведение.

Кроме того, отмечается ряд сопутствующих неврологических нарушений: рассеянная микросимптоматика, признаки компенсированной или субкомпенсированной гидроцефалии, диэнцефальная недостаточность, фокальные компоненты пароксизмальных расстройств.

Клиническая картина эпилепсии у детей включает также *преходящие психические расстройства*, которые обычно связаны с припадками, предшествуя им или следуя за ними. Более частыми среди них являются дисфории и сумеречные помрачения сознания. Редкой формой межпароксизмальных психических расстройств, которые чаще наблюдаются у подростков, являются эпилептические психозы (дисфорические, на фоне сумеречных расстройств сознания и параноидные).

#### **Особенности эпилептических синдромов детского возраста**

**Фебрильные приступы (ФП)** – эпизоды эпилептических приступов, возникающих в младенческом или детском возрасте во время лихорадки, не связанной с острым заболеванием нервной системы. Около 5% детей в общей популяции имеют в анамнезе фебрильные судороги. Риск трансформации фебрильных судорог в эпилепсию составляет 2-5%, повторяемость – 40%.

*Типичные (простые) ФП* – это короткий генерализованный приступ продолжительностью < 15 минут (в большинстве случаев самопроизвольно прекращающийся в течение 2-3 минут), не повторяющийся в течение 24 часов, возникающий во время эпизода лихорадки, не вызванный острым заболеванием нервной системы, у ребенка в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, без органического дефицита. Продолжительность приступа обычно не превышает 5 минут.

*Атипичные (сложные) ФП* характеризуются следующими проявлениями: возраст дебюта до 6 месяцев или после 5 лет, фокальные проявления приступа (версия головы, гемиклонии), либо продолжительным течением более 15 минут, либо множественными последовательно повторяющимися приступами в рамках одного эпизода лихорадки.

При продолжительности приступа более 30 минут говорят о фебрильном эпилептическом статусе.

**Синдром Леннокса-Гасто.** Эпилепсия с атипичными абсансами миоклонически-астатическая эпилепсия. Этим термином обозначают вторично генерализованную эпилепсию, которая проявляется у детей в возрасте 2-7 лет и характеризуется триадой приступов: атоническими, тоническими и приступами атипичных абсансов.

**Пикнолепсия (Пикноэпилепсия).** Это типично детская форма генерализованной эпилепсии, проявляющаяся только бессудорожными припадками – типичными абсансами. Клиническая картина представлена типичными абсансами, во многих случаях повторяющимися с высокой частотой – до нескольких сотен в день. Психика обычно не страдает. Прогноз благоприятный.

#### **Медикаментозное лечение эпилепсии у детей**

Лечение эпилепсии у детей является более сложным, чем у взрослых пациентов, ввиду возрастных ограничений к применению противоэпилептических препаратов, а также в связи с тем фактом, что выбор препарата определяется наличием специфического эпилептического

синдрома детства. Ниже приведены противоэпилептические препараты, применяемые для лечения эпилепсии в детском и подростковом возрасте.

Таблица 9

Название препарата по МНН (в скобках приведены торговые названия препаратов)	Показания для применения
<b>Фенобарбитал</b> (Люминал)	Неонатальные судороги и неонатальные эпилепсии
<b>Фенитоин</b> (Дифенин)	Неонатальные судороги и неонатальные эпилепсии
<b>Клоназепам</b>	Типичные и атипичные абсансы, атонические и миоклонические приступы, инфантильные спазмы, фокальные приступы, первично- и вторично генерализованные типы приступов с периода новорожденности и старше
<b>Окскарбазепин</b> (Трилептал)	Фокальные эпилептические приступы у детей в возрасте 1 месяца и старше
<b>Карбамазепин</b> (Финлепсин, Тегретол)	Фокальные приступы у детей с вторичной генерализацией или без нее
<b>Вальпроевая кислота</b> (Депакин, Конвулекс, Энкорат)	Фокальные, генерализованные и неклассифицированные типы эпилептических приступов у детей в возрасте 6 месяцев и старше
<b>Леветирацетам</b> (Кеппра)	Фокальные эпилептические приступы (с вторичной генерализацией или без нее) с возраста 1 месяца (раствор для приема внутрь) и с возраста 4 лет (таблетки) и старше; миоклонические приступы у подростков в возрасте 12 лет в структуре юношеской миоклонической эпилепсии, вторично-генерализованные (тонико-клонические) приступы в структуре идиопатической генерализованной эпилепсии
<b>Руфинамид</b> (Иновелон)	Генерализованные эпилептические приступы у детей старше 1 года, ассоциированные с синдромом Леннокса-Гасто

### Симптоматические психозы

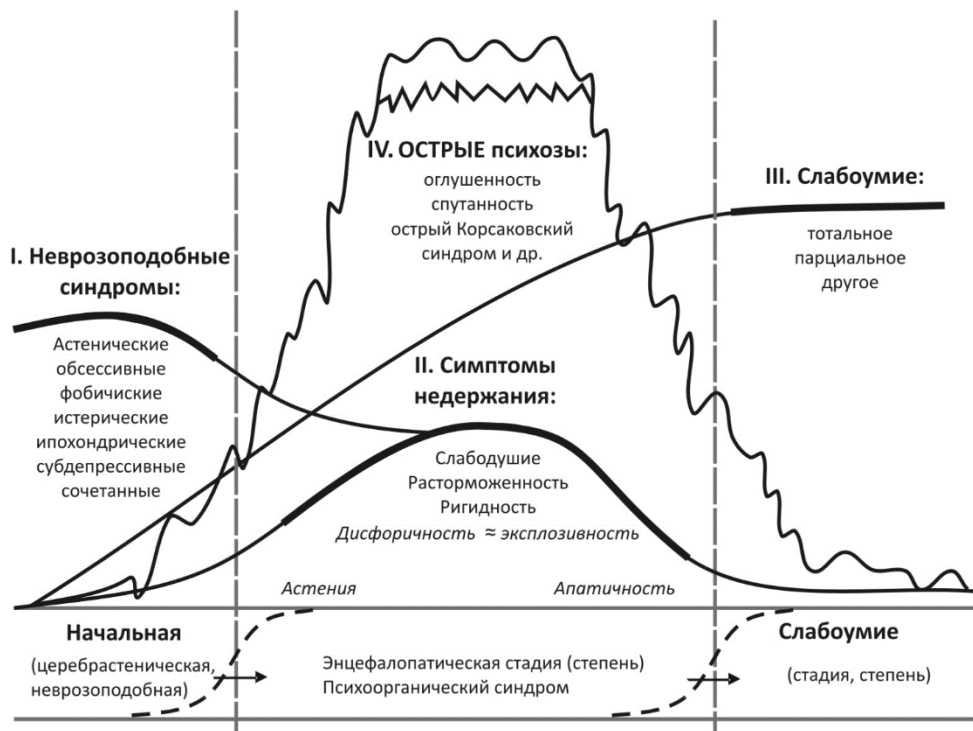
Симптоматические психозы возникают при острых инфекциях, независимо от их этиологии, как осложнение основного заболевания. Этиология и патогенез симптоматических психозов определяются антигенными свойствами инфекционного агента, метаболическими и функциональными нарушениями различных систем организма, а также интоксикацией, возникающей в связи с аутоиммунными процессами. Клиническая картина симптоматических психозов характеризуется острыми состояниями, описанными Бонгоффером под названием «реакции экзогенного типа». К *неспецифическим «реакциям» по Бонгофферу относятся:* делириозные, сумеречные и аментивные помрачения сознания, острые галлюцинозы, Корсаковский и астенический синдромы, эпилептиформные пароксизмы.

В детском возрасте преобладают abortивные симптоматические психозы, возникающие при лихорадочных состояниях во время общих инфекций или токсикоинфекций.

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.

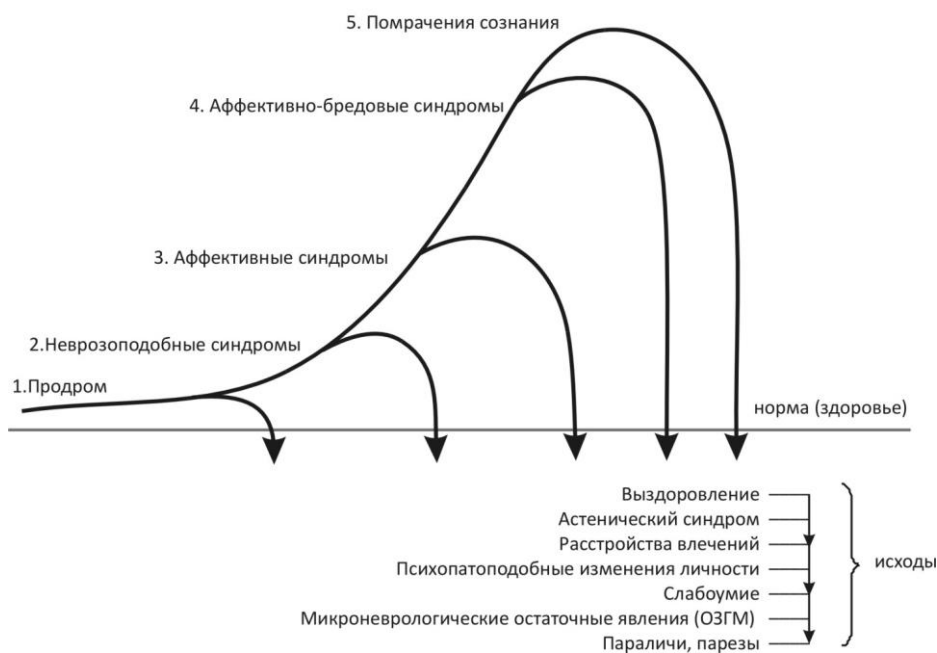
Период психотических расстройств при острых симптоматических психозах продолжается от нескольких часов до 2-3 суток. Наиболее типичны для него состояния выключения сознания (от легкой оглушенности до сомнолентности) с кратковременными эпизодами делириозных расстройств, которые возникают только в ночное время и на высоте лихорадки. При тяжелом течении основного заболевания делирий продолжается несколько дней и может смениться аментивным помрачением сознания.

Психотический период обычно сопровождается выраженными расстройствами сна, а также возникновением психосенсорных расстройств в виде аутометоморфозий, метаморфозий, пространственно-временных и вестибулярных нарушений.



**Рис. 24.** Общие закономерности динамики расстройств при прогрессирующих органических заболеваниях головного мозга

**СТЕРЕОТИП РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ И ИСХОДЫ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПСИХОЗАХ И ЭНЦЕФАЛИТАХ**



**Рис. 25.** Стереотип развития расстройств и исходы при симптоматических психозах и энцефалитах

### **Предпочтительные синдромы при интоксикациях (примеры):**

- а) острые интоксикации – делирий, онейроид, спутанность сознания (амения), параноиды, мании;
- б) хронические интоксикации – неврозоподобные (астенические и др.), затяжные депрессии, хронические параноиды.

В обоих случаях изредка возможны «переходные» синдромы (между функциональными симптоматическими и экзогенно-органическими): психоорганический, Корсаковский.

### **Предпочтительные расстройства при отравлениях различными веществами (примеры):**

- кортикостероиды и эстрогены (эйфория, бессонница, шизофреноподобные психозы, депрессии – у 5 % принимающих препараты);
- препараты из группы ингибиторов моноаминоксидазы (мании и депрессии);
- атропин, циклодол и др. М-холинолитики (возбуждение, тремор, расширение зрачков, делирий);
- бета-адреноблокаторы и др. гипотензивные средства (депрессии при длительном приеме);
- бензин, ацетон и другие органические растворители (эйфория → рвота, делирий);
- карбофос, хлорофос и др. фосфорорганические соединения (рвота и др. холинэргические вегетативные расстройства, светобоязнь, лабильность эмоций);
- окись углерода (угарный газ) (оглушение – кома – смерть; позже – Корсаковский синдром, изменение личности, афазии);
- ртуть (атаксия, тремор, эйфория, нескритичность);
- свинец (раздражительность и астения, депрессия);
- марганец (тяжелые депрессии, бред, психосенсорные расстройства).

### **Предпочтительные синдромы при соматогениях (примеры):**

- инфаркты миокарда (тревога – страх смерти – делирий; ажитированная депрессия, эйфории с анозогнозией);
- почечная недостаточность (адинамические депрессии, рудиментарные делирии или аменции);
- злокачественные новообразования (астения, ипохондрия, депрессии, острые психозы со спутанностью);
- неспецифические пневмонии (астения, эйфория, делирий).

При эндокринных заболеваниях общее представление дополняется *психоэндокринным синдромом*. Это вариант психоорганического синдрома с выступающими на первый план расстройствами влечений (усиление – ослабление), большей неустойчивостью эмоций и, вследствие этого, – психопатоподобным синдромом (и поведением).

### **Примеры синдромов при эндокринных заболеваниях:**

- при болезни Иценко-Кушинга – адинамия, повышенный аппетит, снижение либидо, сенистопатии;
- при гипертиреозе – повышенная активность с признаками суетливости, лабильность; изредка острые психозы с депрессией, бредом, помрачения сознания;
- при гипотиреозе – астения, далее психоэндокринный, затем – психоорганический синдромы;
- при акромегалии – медлительность с легкой эйфорией, временами – реакциями злобы или слезливости. У некоторых, при гиперпродукции пролактина повышено стремление заботиться и опекать более слабых;
- при гипогонадизме – признаки инфантилизма, но при кастрации – наиболее значима лишь личностная реакция на дефект;
- в климактерическом периоде – «приливы», потливость, неврозоподобные симптомы;
- в предменструальном периоде возможен синдром предменструального напряжения

(ПМС): дискомфорт с раздражительностью (дисфоричностью) или подавленностью: пастозность и другие вегетативные расстройства.

#### **При инфекционных психозах:**

А. *Симптоматические* (при общих инфекциях без повреждения мозга). Необходимо обратить внимание на следующие моменты:

- условность полюсного деления на симптоматические и органические. Возможность обоих вариантов при общих инфекциях, осложняющихся параинфекционными энцефалитами: при кори, гриппе, скарлатине, ревматизме, гнойных инфекциях и др.; возможен туберкулезный менингит;
- предвестниками острых психозов являются следующие симптомы: бессонница, раздражительность, тревога и беспокойство;
- в развернутых формах наблюдаются: оглушение - кома, синдромы помрачения сознания, эпилептиформный синдром, Корсаковский синдром;
- после купирования острого состояния возможно развитие постинфекционной астении (типичная феноменологически);
- формы по признаку течения: транзиторные (острая), затяжная (без нарушений сознания), хроническая (с психоорганическими синдромами). Предпочтительные синдромы при отдельных симптоматических психозах;
- при свинке, скарлатине, кори (ночные делириозные возбуждения; а при осложнении энцефалитом – судороги, параличи, оглушение, сонливость);
- при гриппе (делирий, иногда со страхами и галлюцинаторными галлюцинациями; тревожно-тоскливое возбуждение с идеями самообвинения; в астении выражены вегетативные расстройства);
- при ревматизме (астения, замедление движений с периодическими гиперкинезами, дереализационные расстройства);
- при затяжном и хроническом течении инфекций и психозов (галлюцинаторно-параноидный, Корсаковский синдромы, шизофреноподобные психозы).

Б. *Экзогенно-органические психические расстройства* при нейротропных (мозговых) инфекциях: вирусных энцефалитах (эпидемическом, клещевом, комарином, при бешенстве), менингитах, объединяются органическим повреждением ткани.

Общие закономерности клиники: *в остром периоде* на фоне «реакций экзогенного типа» возникают предпочтительные мозговые синдромы (летаргия, аэро- и гидрофобия, гипертермия; ригидность затылочных мышц, головные боли и неврологические симптомы), выход через астению в психоорганический синдром, течение которого обычно регрессирующее.

*При хроническом течении* характерно многообразие психопатологических синдромов, их протрагированность с нарастанием элементов психоорганического синдрома.

*Психические расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе.* Разнообразие клиники («психиатрическая энциклопедия»). СПИД-дементный синдром у 60-90 % заболевших.

#### **Психические расстройства органического генеза**

*Общие закономерности:*

1. Широкий диапазон продуктивных симптомов: невротоподобные и потом – психотические (длительные эндоформные и преходящие, в т.ч. с нарушением сознания).
2. Связь качественных особенностей слабоумия с характером повреждения мозга: *парциального* – с сосудистым поражением (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сосудистые формы *lues cerebri*), мозговые клетки при этом поражаются вторично; и *тотального* – с первично-паренхиматозным повреждением (атрофии, прогрессивный паралич).
3. Принцип стадийности течения при сосудистых и инфекционных хронических расстройствах:
  - а) стадия церебрастеническая – с невротоподобной и психопатоподобной симптоматикой;

- б) стадия энцефалопатическая – с различными видами психоорганического синдрома и психозами;
  - в) стадия слабоумия – обычно парциального.
4. Связь клиники с локализацией повреждения мозга.
5. Отсутствие резких границ между типичными экзогенными (травматическими, энцефалитическими) и типичными эндогенными органическими (атрофии) психическими расстройствами.

### **Психические нарушения при черепно-мозговой травме**

*Проявления начального и острого периода ЧМТ:* особенности нарушения сознания (сумеречное состояние, делирий). Амнестический синдром. Период отдаленных последствий ЧМТ (посттравматические церебрастения, энцефалопатия, деменция). Психоорганический и эпилептиформный синдромы, а также неврологические синдромы в период отдаленных последствий. Психозы при ЧМТ (аффективный, галлюцинаторно-параноидный, паранойяльный). Склонность к регрессу симптоматики вследствие лечения и здорового образа жизни. Лечение и реабилитация больных с черепно-мозговой травмой, экспертиза. Факторы, замедляющие компенсацию.

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Перечислить синдромы экзогенного типа реакций.
2. Эпилепсия, основные клинические проявления. Понятие об эпилептической реакции и эпилептиформном синдроме. Особенности клинической картины в детском возрасте.
3. Изменения личности при эпилепсии, особенности клинической картины у детей.
4. Классификация припадков, психические эквиваленты припадков.
5. Классификация эпилепсии.
6. Этиология и патогенез эпилепсии (эпилептогенез).
7. Нейромедиаторные механизмы судорожного приступа.
8. Эпилептические психозы.
9. Принципы лечения эпилепсии.
10. Противосудорожные препараты: механизм действия, классификация, показания для назначения. Особенности применения у детей и подростков.
11. Купирование эпилептического статуса. Особенности лечения у детей и подростков.
12. Виды экзогенных реакций по Бонгофферу.
13. Переходные (эндоформные) синдромы по Н. Wieck.
14. Общие закономерности клиники психических нарушений при органических заболеваниях.
15. Особенности психических расстройств при ЧМТ.
16. Особенности психических расстройств при эндокринных заболеваниях.

### **Задания для усвоения темы**

#### **Задачи:**

*На опознание симптома (синдрома)*

1. Больной В., 10 лет, разговаривал с врачом и внезапно замолчал:
  - а) взгляд стал отрешенным, не реагировал на вопросы, обращенные к нему, и на происходящее вокруг;
  - б) через несколько секунд это состояние прошло, больной продолжал беседу.
2. Больная С., 19 лет, как обычно отправилась на учебу. Вечером обнаружила себя гуляющей по загородному лесопарку. Каким образом оказалась в парке и как прошел день, не помнит.
3. У больного Е., 25 лет, внезапно, без видимой причины изменилось настроение: появилась тоска с оттенком злобности, он не находил себе места и с раздражением бил кулаками в стену. Через несколько часов состояние нормализовалось, и больной сожалел о своем поведении.

4. У больной О., на протяжении нескольких секунд было ощущение дуновения ветерка, запаха неведомо откуда взявшегося дыма, во рту появился кисловатый привкус. Вслед за этим развернулся судорожный припадок.
5. Больной К., 11 лет, страдает редкими эпилептическими припадками. Школу посещает с 7 лет, испытывает трудности в усвоении учебного материала. Читает плохо. Работу, требующую сообразительности, сделать не может. Аккуратен, исполнительен, бережлив, но назойлив, вспыльчив, обидчив, злобен.

#### **Ситуационные задачи:**

1. Больной спокойно беседовал с врачом в присутствии жены, затем, когда остался с ним в кабинете наедине, неожиданно взял тяжелый письменный прибор и ударил врача по голове. Когда врачи стали выяснять причину его странного поведения, он сообщил следующее: несколько лет назад этот врач во время проверки личных вещей изъял у него спички, как предмет опасный в больнице. Больного это обидело, постоянно помнил об этом и искал случая отомстить.

*Какими должны быть действия врача-психиатра? О каком расстройстве идет речь?*

2. Сотрудники по работе пришли в здравпункт с требованием оказать немедленную помощь их сослуживцу, который в ответ на безобидное замечание вскочил со своего рабочего места, стал угрожать расправой «обидчику». Пытался ударить его линейкой, нецензурно бранился, был злобен. Это состояние продолжалось 10 минут. Затем его поведение резко изменилось, он успокоился и сел работать. Такие состояния, со слов сотрудников, повторялись неоднократно, почти ежедневно. Память на эти периоды сохранена.

*Консультация, какого специалиста необходима больному для постановки диагноза и назначения лечения? Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить? О каком расстройстве идет речь?*

3. Больной А., 16 лет. Наследственность не отягощена. Роды в срок. Рос тихим, застенчивым, послушным. В дошкольном возрасте часто болел ангинами, в шестилетнем возрасте была пневмония, в десятилетнем – травма головы с кратковременной потерей сознания. В школу пошел с 8 лет. Успевал хорошо. Психические нарушения возникли остро на высоте гриппа, который в течение трех дней сопровождался высокой температурой до 39,5° С, ознобом, резкими головными болями, плохим самочувствием. На 4-й день стал плохо оценивать окружающую обстановку, не всегда узнавал родных, внезапно порвал одеяло, сбросил со стола посуду, побежал полуодетый на улицу, прятался от людей. Всю ночь не спал, что-то ловил на стене, на кого-то показывал, переговаривался. Утром следующего дня тревожен, пытается спрятаться под кровать, отталкивает персонал, родных. Просит не убивать его, в страхе что-то стряхивает с себя. При осмотре: дезориентирован во времени, неотчетливо воспринимает окружающее. Ответы односложные, в беседе быстро устает, истощается. Беспочвенно начинает плакать, просит говорить тише, не переносит шума. К вечеру нарастает страх, видит «страшных людей, собак, пауков», плачет, зовет на помощь. Через 3 дня психотические нарушения исчезли.

*Назовите, о каком расстройстве идет речь?*

#### **Тестовый контроль:**

##### **1. ЭПИЛЕПСИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- а) эндогенных психических расстройств
- б) экзогенно-органических психических расстройств
- в) эндогенно-органических психических расстройств
- г) экзогенных психических расстройств
- д) пограничных психических расстройств



2. К ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПРИСТУПАМ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСЯТ
  - а) джексоновские припадки
  - б) адверсивные припадки
  - в) вегетативно-висцеральные приступы
  - г) абсансы
  - д) большие судорожные припадки
3. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ХАРАКТЕРНО
  - а) вязкость, обстоятельность мышления
  - б) резонерство и разноплановость суждений
  - в) разорванность мышления
  - г) ускорение темпа мышления
  - д) ментизм
4. ПРИСТУПЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ЧУЖДЫХ, НАСИЛЬСТВЕННЫХ МЫСЛЕЙ, НАЗЫВАЮТ
  - а) дисмнестическими приступами
  - б) идеаторными приступами
  - в) эмоционально-аффективными приступами
  - г) иллюзорными приступами
  - д) большими судорожными припадками
5. ПРИСТУПЫ ЭПИЛЕПСИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ МЕТАМОРФОПСИЙ, СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К
  - а) дисмнестическим приступам
  - б) идеаторным приступам
  - в) эмоционально-аффективным приступам
  - г) иллюзорным приступам
  - д) абсансам
6. ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПРИСТУПЫ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСЯТ К
  - а) простым парциальным приступам
  - б) сложным парциальным приступам
  - в) парциальным приступам с вторичной генерализацией
  - г) генерализованным приступам
  - д) парциальным приступам без вторичной генерализации
7. АБСАНСЫ ОТНОСЯТ К
  - а) генерализованным приступам
  - б) простым парциальным приступам
  - в) сложным парциальным приступам
  - г) парциальным приступам с вторичной генерализацией
  - д) парциальным приступам без вторичной генерализации
8. ДЛЯ КАКОГО ИЗ УКАЗАННЫХ СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНО ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО И ОКОНЧАНИЕ, ПОЛНАЯ АМНЕЗИЯ
  - а) делирий
  - б) сумеречное помрачение сознания
  - в) аменция
  - г) синдром Кандинского-Клерамбо
  - д) кататонический синдром
9. РАССТРОЙСТВО ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - а) эмоциональной тупостью
  - б) «вязкостью аффекта»
  - в) эмоциональной холодностью
  - г) эмоциональной неадекватностью

- д) амбивалентностью
10. ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) хлорпромазин
  - б) диазепам
  - в) вальпроевая кислота
  - г) карбамазепин
  - д) рисперидон

#### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ПО ТЕМЕ**

##### **Основная:**

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

##### **Дополнительная:**

1. Психиатрия : национальное руководство / под редакцией Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1008 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-5414-5.
2. Сахаров А.В. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии : учебное пособие / А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, С.Е. Голыгина. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2018 г.

##### **Интернет ресурсы:**

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

## 11. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА: ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ. АТРОФИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ МОЗГА, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПРИ ЭНЦЕФАЛИТАХ И ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОПУХОЛЯХ.

**Исходный уровень:** представление об этиопатогенезе и патологической анатомии указанных заболеваний (*из курса терапии, нервных болезней*), общая психопатология (*предыдущие занятия*).

### **Учебная цель занятия:**

Формирование способности выявлять основные психопатологические симптомы и синдромы органических психических расстройств на ранних этапах. Изучение общих закономерностей клиники психических расстройств при органических заболеваниях и закономерности синдромакинеза; изучение отличительных особенностей психических нарушений при отдельных нозологических формах органических расстройств.

### **Содержание занятия:**

Экзогенно-органические психические расстройства – психические расстройства, обусловленные мозговыми инфекциями (менингиты, энцефалиты, менинго-энцефалиты), а также возникающие при органическом поражении ЦНС при ЧМТ, опухолях, нейросифилисе, сосудистых, эндокринных и других заболеваниях.

### **Сосудистые психические расстройства**

#### **Четыре формы (линии) симптомов:**

1. Неврозоподобные синдромы (астенический, неврастенический, обсессивный, обсессивно-фобический, истерический, ипохондрический, астено-депрессивный) и синдромы психопатоподобные, вытекающие из обнажения (заострения) черт характера (эксплозивный, паранойяльный и др.).
2. Симптомы недержания аффекта (слабодушие и др.), вытесняющие «более деликатные» неврозоподобные проявления.
3. Нарастающие симптомы парциального слабоумия. Снижение памяти по закону Рибо.
4. Психозы: эндоформные (депрессивный, параноидный и др.) и острые (при инсультах, гипертонических кризах).

- **«Сосудистые жалобы»:** головокружение, звон в ушах, головные боли, метеочувствительность, «мелькание мушек» перед глазами, парестезии, обмороки. «Мерцание» симптоматики.

- **Стадии:** церебрастеническая (неврозоподобная) → энцефалопатическая → стадия слабоумия (деменции). Длительная сохранность «ядра личности» и упорядоченного поведения. Ригидность мышления и консерватизм принимаемых решений.

Особенности гипертонических расстройств: более сильные, пароксизмальность, напряженность тревоги и страхов.

- **Физикальные признаки:** «симптом червяка» при пальпации сосудов, повышение АД, данные исследования сосудов глазного дна, лабораторных и инструментальных исследований.

### **Атрофические (дегенеративные) заболевания головного мозга**

Значимость наследственного фактора в их происхождении, относительная сохранность соматического состояния, тотальный характер слабоумия, прогрессивность, трудная курабельность.

**Болезнь Альцгеймера (БА)** – наиболее распространенная форма первичных дегенеративных деменций позднего возраста, которая характеризуется постепенным малозаметным началом в пресенильном или старческом возрасте, неуклонным прогрессирующим расстройством памяти и высших корковых функций вплоть до тотального распада интеллекта и психической деятельности в целом, а также характерным комплексом нейропатологических признаков.

Ведущая роль в патогенезе расстройств памяти и других нарушений высших функций при БА принадлежит изменениям функционирования нейротрансмиттерных систем, вызванным нейродегенеративным процессом:

- 1) ацетилхолинергический дефицит;
- 2) нарушения глутаматергической системы и др. (серотонин- и адренергическая система).

*Клинические признаки БА:* начало в 40-60 лет; развитие множественного когнитивного дефицита, который определяется сочетанием расстройств памяти (ухудшение запоминания новой и/или воспроизведения ранее усвоенной информации) и выпадения некоторых автоматизированных функций (афазия, алексия, акалькулия, аграфия, апраксия, агнозия); беспомощность в привычных действиях («бестолковость»), длительный период парциальности слабоумия. Наличие разнообразных неврологических и психопатоподобных расстройств.

В соответствии с МКБ-10 выделяются две формы:

- 1) болезнь Альцгеймера с ранним началом, т.е. до 65 лет (син.: тип 2 болезни Альцгеймера, пресенильная деменция альцгеймеровского типа). Эта форма соответствует классической болезни Альцгеймера и в литературе иногда обозначается как «чистая» (pure) болезнь Альцгеймера;
- 2) болезнь Альцгеймера с поздним, т.е. после 65 лет началом (син.: тип 1 болезни Альцгеймера, сенильная деменция альцгеймеровского типа).

*Лечение:* препараты, действующие на ацетилхолинергическую систему (галантамин, ривастигмин, донепезил, ипидакрин); препараты, действующие на NMDA-рецепторы (акатинол мемантин); нейротрофические средства (церебролизин); нейропротекторы (глиатилин, церепро); вазоактивные средства (кавинтон, сермион); антипсихотики; антидепрессанты; противосудорожные средства; анксиолитики.

*Сенильный психоз:* начало в 70-80 лет с грубых расстройств влечений и поведения (ночные сборы в дорогу, гиперсексуальность, идеи материального ущерба, жизнь «в прошлом» и др.).

**Болезнь Пика** – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, начинающееся, как правило, в пресенильном возрасте с постепенно нарастающих изменений личности и (или) оскудения речи, сопровождающееся рано наступающей утратой критики и социальной адаптации (при относительной сохранности так называемых инструментальных функций интеллекта) и приводящее к развитию тотального слабоумия с характерной клинической картиной деменции лобного типа.

Болезнь Пика относится к группе системных атрофий, поскольку характеризуется избирательной атрофией лобных и височных долей (реже и подкорковых образований).

*Клинические признаки:* возраст возникновения в среднем 55 лет; средняя продолжительность меньше, чем при болезни Альцгеймера (около 6 лет). Характерно отчетливое преобладание на ранних этапах заболевания личностных изменений: бездеятельность, вялость, апатия и безразличие, побуждения снижаются до аспонтанности; одновременно прогрессирует оскудение психической, речевой и двигательной активности. При преобладании начальной атрофии в орбитальной (базальной) коре развивается псевдопаралитический синдром: утрата чувства дистанции, такта; нарушаются нравственные установки, появляются расторможенность низших влечений, эйфория, экспансивность, а нередко также импульсивность. Тотальное слабоумие и расстройства автоматизированных действий (способности читать, считать и т.д.), общая поведенческая пассивность, «стоячие симптомы».

#### **Лютетические расстройства**

##### ***Нейросифилис: сифилис мозга и прогрессивный паралич.***

а) *Сифилис мозга.* Преимущественное поражение оболочек и сосудов головного мозга (паренхима – реже).

*Стадии болезни:*

1. Сифилитическая неврастения.
2. Стадия менингитов и менингоэнцефалитов.

### 3. Стадия поражения сосудов, образования гумм (соответственно, сосудистая и гуммозная формы).

Сходство психических расстройств с сосудистыми. Помрачение сознания при сифилитическом менингите; синдромальные формы сифилиса мозга, в т.ч. сифилитический псевдопаралич.

б) *Прогрессивный паралич*. Патоморфология: первичное поражение мозгового вещества. *Клинические формы*: экспансивная (классическая), депрессивная, дементная, ажитированная, циркулярная, параноидная, табопаралич, паралич Лиссауэра.

*Стадии болезни*: псевдоневротическая, паралитическая, марантическая. Особенности слабоумия: тотальность, эйфоричность, нелепость умозаключений. Неврологические симптомы: симптом Аргайля- Робертсона, органические знаки, логоклония, скандированная речь, изменение сухожильных рефлексов. Серологические данные – положительная реакция RW в крови и ликворе. Паралитическая кривая Ланге. Особенности лечения.

История выделения прогрессивного паралича. Прогрессивный паралич как «классический эталон нозологической единицы» (по Э. Крепелину).

**Клинические особенности острых мозговых инфекций** (менингитов и энцефалитов) зависят от ряда факторов: от преимущественной локализации воспалительного процесса, от особенностей патологических процессов (гнойное или серозное, первичное или вторичное и другие).

**При менингите** наиболее выраженные психические нарушения наблюдаются в случае гнойного менингита. Уже в продроме наблюдается головная боль, нарушение сна, изменчивость настроения, раздражительность. На высоте заболевания наряду с неврологической симптоматикой развиваются состояния помрачения сознания, которые сменяются глубокой оглушенностью, нередко возникают судорожные припадки.

**При энцефалитах** (эпидемическом, клещевом) нередко помимо синдромов помрачения сознания возникают галлюцинаторно-бредовые, дистимические и церебрастенические состояния. В отдаленном периоде клещевого энцефалита нередко развивается кожевниковская эпилепсия, для которой характерны постоянные миоклонические судороги в тех или иных группах мышц, сочетающиеся с большими судорожными припадками. В отдаленном периоде также нередко возникают психопатоподобные состояния с импульсивностью и расторможенностью низших влечений.

Наиболее выраженные и разнообразные психические расстройства наблюдаются при **панэнцефалитах**. При этом психические нарушения могут даже предшествовать неврологическим расстройствам. Заболевание, как правило, начинается с неспецифических церебрастенических нарушений. В дальнейшем сравнительно быстро появляются расстройства личности: утрата прежних интересов, снижение критики, утрата чувства дистанции, долга, такта; весьма характерны разнообразные расстройства высших корковых функций: апраксия, нарушение пространственной ориентировки, расстройства схемы тела. Часто наблюдаются abortивные эпилептиформные припадки, малые припадки, пароксизмальные психомоторные автоматизмы. Прогноз при панэнцефалитах неблагоприятный. Заболевание имеет летальный исход.

**Опухоли внутричерепные**: разнообразие локализации, интенсивности роста и, соответственно, психопатологических феноменов. Психические расстройства при опухолях головного мозга: транзиторные, стойкие, острые психозы.

*Транзиторные психические расстройства* при опухолях головного мозга: эпилептические припадки, галлюциноз, аффективные нарушения (приступы тоски, тревоги, страха, ужаса), деперсонализации и дереализации, расстройства речи (сенсорная и моторная афазия), расстройства мышления (ментизм, шперунг), расстройства памяти (провалы памяти и насильственные воспоминания), нарушения сознания (транзиторные выключения, онирические состояния).

*Стойкие психические расстройства:* расстройства сна, расстройства памяти (фиксационная амнезия, ретроградная, конградная), расстройства эмоций (эйфория, гипомании, депрессии).

Эндоформные синдромы при конвекситальной локализации и синдромы помрачения сознания при локализации околожелудочковой. Современные методы диагностики внутричерепных опухолей.

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Особенности психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга.
2. Особенности психических расстройств при сифилисе мозга.
3. Деменция при болезни Альцгеймера: клиника, дифференциальная диагностика.
4. Особенности психических расстройств при опухолях головного мозга.
5. Деменция при болезни Пика: клиника, дифференциальная диагностика.
6. Деменция при хоре Гентингтона: клиника, дифференциальная диагностика.

### **Задания для усвоения темы**

#### **Ситуационные задачи:**

1. Мальчику 15 лет. В 4-х летнем возрасте перенес острую форму эпидемического энцефалита. В течение нескольких месяцев отмечалось расстройство сна. Вскоре родители заметили, что ранее спокойный мальчик стал раздражительным, плаксивым, чрезмерно подвижным. В возрасте 7 лет начал уносить из дома вещи, обменивал их и раздавал ребятам. С 8 лет появилось стремление к бродяжничеству, убегал из дома. В школу пошел с 8 лет, но через два года отказался учиться. Усилилось стремление к воровству. В настоящее время родители характеризуют мальчика как очень беспокойного, раздражительного, импульсивного, крайне назойливого. Ребенок ни к чему не проявляет интереса, плохо сосредоточивается, начатого никогда не доводит до конца, быстро утомляется. Поведение мальчика в клинике подтверждает описанную характеристику. Неоднократно отмеченное «воровство» носит своеобразный характер: наряду с ценными предметами, он берет совершенно ненужные ему вещи – бумажки, куски резинки, гвозди. При неврологическом обследовании: анизокория, ослабление реакции зрачков на свет, парез конвергенции слева.

*О каком расстройстве идет речь? Определите синдром у больного.*

2. Девочке 15 лет. Заболевание началось в 14-летнем возрасте с помрачения сознания и дезориентировкой в окружающей обстановке со зрительными галлюцинациями, страхами. В течение 3-х месяцев в клинической картине довольно стойко держались галлюцинаторные и бредовые явления. В неврологическом статусе: неравномерность зрачков, вялая реакция на свет. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости резко положительная. После курса специфической терапии была выписана в состоянии улучшения.

При повторном поступлении через год девочка с трудом соображает, медлительна, плохо справляется со школьными занятиями, которые до заболевания давались ей легко. Эмоционально маловыразительна.

*О каком расстройстве идет речь? Определите синдром у больного.*

### **Тестовый контроль:**

1. НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ЧАЩЕ БЫВАЕТ СИНДРОМ
  - а) астенический
  - б) фобический
  - в) субдепрессивный
  - г) гипоманиакальный
  - д) депрессивный

2. В I СТАДИИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НАБЛЮДАЮТ
  - а) психогенные реакции в форме неглубокой депрессии с тревогой и сверхценной ипохондрией и сифилитическая неврастения
  - б) сифилитические менингиты и менингоэнцефалиты
  - в) сифилис сосудов головного мозга
  - г) сифилитический псевдопаралич
  - д) гуммы
3. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ НЕВРАСТЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ
  - а) только в I стадии сифилиса
  - б) только во II стадии сифилиса
  - в) только в III стадии сифилиса
  - г) в I и во II стадиях сифилиса
  - д) во II и III стадиях сифилиса
4. ПРИ ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ НАБЛЮДАЮТ
  - а) отсутствие явлений менингоэнцефалита
  - б) явления менингоэнцефалита со специфическими неврологическими нарушениями
  - в) отсутствие психотических расстройств
  - г) неспецифические неврологические нарушения
  - д) отсутствие явлений менингоэнцефалита и неспецифические неврологические нарушения
5. АФАЗИИ, АПРАКСИИ, АГНОЗИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
  - а) сосудистой деменции
  - б) болезни Пика
  - в) болезни Альцгеймера
  - г) болезни Гентингтона
  - д) болезни Паркинсона
6. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАБЛЮДАЮТСЯ
  - а) психозы с помрачением сознания
  - б) аффективные психозы
  - в) галлюцинозы
  - г) аффективные психозы и психозы с помрачением сознания
  - д) бредовые расстройства
7. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ
  - а) акинетически-абулический
  - б) психопатоподобный
  - в) эпилептиформный
  - г) галлюцинаторно-параноидный
  - д) психоорганический
8. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СО СТОРОНЫ ГЛАЗНОГО ДНА ХАРАКТЕРНО
  - а) застойные соски зрительных нервов
  - б) ангиосклероз
  - в) венозное полнокровие
  - г) побледнение диска зрительного нерва
  - д) салюс 1-111
9. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СО СТОРОНЫ ЛИКВОРА ХАРАКТЕРНО
  - а) белково-клеточная диссоциация
  - б) наличие большого количества лимфоцитов
  - в) положительная реакция Вассермана
  - г) повышенное содержание сахара
  - д) пониженное содержание сахара

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) КТ
- б) ЭЭГ
- в) УЗИ головного мозга
- г) исследование ликвора
- д) МРТ

**Рекомендуемая литература для подготовки по теме**

**Основная:**

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

**Дополнительная:**

1. Цыганков Б.Д. Психиатрия : учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-6053-5.
2. Кузюкова А.А. Психические расстройства в подростково-юношеском возрасте (клинические иллюстрации) / А.А. Кузюкова, А.П. Рачин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-6108-2.

**Интернет ресурсы:**

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.



## 12. ОСНОВЫ АДДИКТОЛОГИИ. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ. НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ЛЕЧЕНИЕ.

**Исходный уровень:** расстройство влечений, личность, внутренняя картина болезни. Симптомы и синдромы расстройств отдельных сфер психической деятельности (*предыдущие занятия*).

### **Учебная цель занятия:**

Изучение понятия и классификации аддиктивных расстройств; изучение психопатологических симптомов и синдромов при наркологических заболеваниях. Изучение классификации, клиники, диагностики, лечения наркотической и токсикоманической зависимости.

### **Содержание занятия:**

*... природа любой зависимости заключается в том,  
чтобы желать все больше и больше,  
а не меньше и меньше  
Ален Карр*

На английском языке порочные, болезненные пристрастия называются «addiction», отсюда возник термин «аддиктивное поведение» – «addictive behavior». Сам термин «аддикция» стали использовать как равнозначный термину «зависимость».

Другими словами, *аддикция* – это «пагубная» (и потому осуждаемая) привычка регулировать свое психическое состояние определенными веществами или способом поведения. Она подразумевает не случайное наличие исходного неудовлетворительного психического состояния, что имеет место у части людей.

Осуждаемость приема некоторых аддиктивных веществ не зависит от доз и частоты приема (наркотики, бензин, бытовой газ и др.); умеренное применение других – не осуждается (алкоголь, табак, кофе). Аддиктивная «привычка» (по сути «тяга», зависимость) может иметь неболезненную и болезненную степень выраженности.

Согласно классификации зависимостей, предложенной Ц.П. Короленко (1999), выделяют:

1. *Химические аддикции*, где объектом зависимости является психоактивное вещество (алкоголизм, наркомания, токсикомания).
2. *Нехимические аддикции*, где объектом зависимости является поведенческий паттерн, а не психоактивное вещество.

В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин «*поведенческие аддикции*» (патологический гемблинг, зависимость отношений, сексуальная, любовная зависимости, зависимость избегания, зависимость от траты денег, ургентная зависимость, работоголизм, Интернет-зависимость, аддикция упражнений (спортивная), синдром Тоада, или зависимость от «веселого автовождения» и т.п.).

3. *Промежуточные аддикции*, где непосредственно задействованы биохимические механизмы (зависимость от еды – переедание и голодание).

### **Механизмы формирования аддикций:**

1. Дозозависимое психотропное действие вещества: активация – эйфория – седация.
2. Условнорефлекторное формирование привычных автоматизмов потребления на основе положительного подкрепления (эйфория, седация, активация).
3. Соответствующие установки и ценностные ориентировки личности.
4. Индивидуальная характерологическая и биологическая предрасположенность к зависимости от веществ (вещества).

## **Симптомы и синдромы наркологических заболеваний**

Клиника каждой формы зависимости представлена следующими облигатными синдромами: синдром опьянения, большой наркоманический синдром и синдром последствий хронической интоксикации.

*Опьянения* алкогольное, наркотические и токсикоманические. Стадии и специфические (диагностические) признаки опьянения.

*Большой наркоманический синдром* – основной синдром клиники химических аддикций. Его принципиальные отвлеченные компоненты:

1. Изменение реактивности: изменение формы потребления (увеличение частоты и мотивации приема психоактивного вещества); изменение толерантной дозы; исчезновение защитных знаков неприятия или передозировки (рвота, чихания, зуда, рвоты, аллергических симптомов и др.); изменение картины (формы) опьянения.
2. Синдром психической зависимости (способность достижения психического комфорта только в состоянии интоксикации, обсессивное влечение).
3. Синдром физической зависимости (способность достижения физического комфорта в состоянии интоксикации, компульсивное влечение, абстинентный синдром (абстинентный симптомокомплекс)).

*Синдром последствий хронической интоксикации* – расстройства психической сферы (изменения личности, аффективные нарушения, интоксикационные и абстинентные психозы, деменция) и разнообразные соматоневрологические нарушения.

*Патогенетические неспецифические механизмы зависимости:* дофаминергическая гипотеза влечений и абстиненций. Гипотеза эндогенного алкоголя. Генотрофическая гипотеза Вильямса. Порочный круг: патологическое влечение ↔ мозговые и телесные изменения ↔ усиление патологического влечения.

*Причины аддикций:* биологические, в т.ч. наследственные; социальные (макро- и микро-), личностно-психологические.

### **Химические аддикции**

*Наркомании (токсикомании)* – сборная группа хронических заболеваний, характеризующихся патологическим влечением к различным психоактивным веществам (ПАВ), изменением толерантности и развитием зависимости к ним, а также выраженными медико-социальными последствиями.

*Наркотик* от греч. «narkotikos» – усыпляющий. Современные наркотики могут оказывать седативный, эйфоризирующий, снотворный, болеутоляющий, возбуждающий, психостимулирующий, галлюциногенный эффекты. Но общим для них является то, что это всегда субъективно приятный эффект.

Термин «наркотическое вещество» включает в себя *три критерия* (Бабаян Э.А., 1988):

- 1) медицинский – наркоманический синдром (с изменением реакции организма на вещество и «зависимостью»);
- 2) социальный – широкое применение с немедицинской целью;
- 3) юридический – включение в список наркотиков законодателями страны (стран).

Если вещество, вызывающее зависимость, в список наркотических (наркоманических) средств не включено, оно считается токсикоманическим и наказание за его производство, сбыт, хранение, дарение – не следует. Алкоголь обычно выделяют из токсикоманических средств в особую сущность (графу), опираясь на его некоторую «пищевую ценность».

### **В МКБ-10 представлены 9 групп психоактивных веществ:**

**F 10** – алкоголь;

**F 11** – опиоиды;

**F 12** – каннабиноиды;

**F 13** – седативные или снотворные (**T**-токсикомания, **H**-наркомания); **F 14** – кокаин;

**F 15** – другие стимуляторы, включая кофеин (**T** и **H**); **F 16** – галлюциногены (**T** и **H**);

**F 17** – табак;

*F 18* – летучие растворители (*T* и *H*);  
*F 19* – сочетанное употребление (*T* и *H*).

*Наркомании.* Определение. Тяжесть наркогенности, особенности опьянений, абстиненций, изменений личности. Лечение наркоманий (некоторые нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты, антагонисты опиатных рецепторов). *Токсикомании.*

### **Вопросы для самоподготовки**

1. Аддикции, определение, классификация.
2. Виды нехимических аддикций.
3. Синдромология в наркологии.
4. Критерии наркоманий.
5. Место наркоманий и токсикоманий в МКБ-10, эпидемиология.
6. Диагностические критерии наркоманий, классификация.
7. Классификация, клиника и диагностика опийной наркомании.
8. Этиология и патогенез наркоманий и токсикоманий.
9. Механизмы формирования зависимостей, причины аддикций.
10. Классификация наркоманий и токсикоманий.
11. Передозировка опиатами, первая помощь.
12. Опиоидная наркомания, клиника, диагностика.
13. Классификация, клиника и диагностика гашишной наркомании.
14. Классификация, клиника и диагностика зависимости от психостимуляторов.
15. Классификация, клиника и диагностика других наркоманий.
16. Классификация, клиника и диагностика токсикоманий.

### **Задания для усвоения темы**

#### **Вопросы для контроля знаний**

1. Смерть при передозировке опиатами наступает от .....
2. Наркомания от токсикомании отличается наличием критерия.
3. Стержневым признаком наркотической зависимости является.....
4. Конопля относится к веществам.
5. После приема кокаина возникает эффект.

#### **Ситуационная задача:**

*Поставить диагноз, сделать клиническую оценку, выделив основные симптомы и синдромы.*

1. У. А. Ю., 20 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Впервые попробовал курить гашиш в 16 лет в компании сверстников, сделал несколько затяжек. Первые ощущения не понравились, испытал головокружение, сердцебиение, слабость, тошноту. Несмотря на это, продолжал употреблять гашиш в компании, со слов: «было интересно, изменятся ощущения или нет». После третьего приема отрицательных переживаний больше не было. В результате стал употреблять гашиш с частотой 1 раз в неделю, при этом испытывал улучшение настроения, появлялось «чувство радости, счастья», через несколько часов повышался аппетит. С 17 лет частота употребления гашиша составила 3-4 раза в неделю, преимущественно в одиночестве, при этом по-прежнему испытывал улучшение настроения, иногда появлялась «расслабленность». При невозможности купить наркотик отрицательных переживаний не испытывал.

В 18 лет, после смерти родителей, стал употреблять производные конопли ежедневно (со слов, «думал, вдруг станет легче»). Чтобы испытать прежние ощущения, необходимо было делать большее количество затяжек или курить через бутылку. Ввиду роста

необходимого количества гашиша стал самостоятельно его изготавливать. С 19 лет начал курить гашиш 2-3 раза в день, каждый раз по 1-2 папиросы. В меньшей дозе никаких впечатлений не испытывал. Если наркотик заканчивался, то уже на следующий день снижалось настроение, становился раздражительным. К 20 годам на фоне данной частоты потребления и дозы обязательно курил гашиш утром, перед работой, иначе не мог «сосредоточиться», испытывал «разбитость», снижение работоспособности. В 20 лет при заготовке наркотика был задержан сотрудниками полиции, получил судимость, был поставлен на учет в наркологической службе. У нарколога не наблюдается.

### **Тестовый контроль:**

1. АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИЕМА ОПИАТОВ В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ
  - а) 2-3 часа
  - б) 5-10 часов
  - в) сутки
  - г) двое суток
  - д) трое суток и более
2. КАКАЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НАРКОМАНИЙ ПРИВОДИТ К НАИБОЛЕЕ ГРУБОМУ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМУ ДЕФЕКТУ
  - а) опиная
  - б) гашишная
  - в) кокаиновая
  - г) барбитуровая
  - д) смешанная
3. СИМПТОМ ИЗ СИНДРОМА ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ, КОТОРЫЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОЗЖЕ ДРУГИХ
  - а) изменение формы потребления
  - б) изменение толерантности
  - в) исчезновение защитных знаков
  - г) исчезновение формы опьянения
  - д) психической зависимости
4. ЗУД КОЖИ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ
  - а) гашише
  - б) опиатами
  - в) барбитуратами
  - г) эфедроном
  - д) алкоголем
5. К ЗАЩИТНЫМ РЕАКЦИЯМ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ ОТНОСЯТСЯ
  - а) рези в глазах
  - б) слюнотечение
  - в) зуд кожи лиц
  - г) тошнота, рвота
  - д) покраснение кожных покровов

### **Рекомендуемая литература для подготовки по теме**

#### **Основная:**

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.

2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

**Дополнительная:**

1. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие/ А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, С.Е. Голыгина. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2018 г.
2. Наркология: Учебное пособие. / Сахаров А.В. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2018. – 135 с.

**Интернет ресурсы:**

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. <https://www.books-up.ru>

### 13. АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ И ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ. АЛКОГОЛИЗМ. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ: ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

**Исходный уровень:** расстройство влечений, личность, внутренняя картина болезни. Симптомы и синдромы расстройств отдельных сфер психической деятельности (*предыдущие занятия*).

#### **Учебная цель занятия:**

Изучение понятия и классификации аддиктивных расстройств; изучение психопатологических симптомов и синдромов при наркологических заболеваниях. Изучение классификации, клиники и основ экспертизы алкогольного опьянения; изучение классификации, клиники и подходов к терапии алкогольной зависимости и основных алкогольных психозов.

#### **Содержание занятия:**

**Алкогольное опьянение** простое (степени тяжести); атипичное (измененные формы простого алкогольного опьянения) – эксплозивный, дисфорический, истерический, сомнолентный варианты; патологическое. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика опьянений. Правовые и организационные вопросы экспертизы.

**Алкогольная зависимость (алкоголизм).** Эпидемиология. *Донозологические формы потребления* (без зависимости) – злоупотребление алкоголем – чрезмерное систематическое пьянство. *Основной показатель* – частота и количество употребляемого алкоголя, как средство решения психологических, биологических и социальных проблем. Отсутствие каких-либо вредных последствий – основной критерий умеренного потребления. Роль возраста, пола, образования, профессии в эпидемиологии алкоголизма.

#### **Стадии алкоголизма:**

- 1) стадия** – лёгкая, компенсированная (обсессивное патологическое влечение к спиртным напиткам с утратой количественного контроля; психический дискомфорт вне состояния интоксикации; обнаруживаются рост толерантности к алкоголю; возникновение амнезий периода опьянения, при превышении обычных доз потребляемого алкоголя; появление измененных форм простого алкогольного опьянения; функциональные нарушения со стороны внутренних органов и нервной системы, в том числе определяемые лабораторными и инструментальными методами; трудоспособное социальное функционирование больных сохраняется либо нарушается незначительно);
- 2) стадия** – субкомпенсированная, когда присоединяется алкогольный абстинентный синдром, толерантность к алкоголю максимальна; влечение к алкоголю становится компульсивным, происходит утрата ситуационного контроля. Запойная форма пьянства. Возможны эпилептиформные припадки и алкогольные психозы. Появляются стойкие аффективные нарушения в виде депрессии или дисфории и признаки алкогольной деградации. Соматические расстройства становятся трудно обратимыми. Отмечается социальная дезадаптация;
- 3) стадия** – декомпенсированная. Стержневые расстройства, отмечавшиеся во II стадии, становятся максимально тяжелыми, появляется интолерантность к алкоголю. Амнезии опьянения наступают даже после приема незначительных доз. Алкогольная деградация сопровождается признаками органического поражения ЦНС. Соматические расстройства становятся необратимыми. Отмечается глубокая социальная дезадаптация, трудоспособность практически утрачивается.

*Лечение алкогольной зависимости.* Принципы: добровольность, длительность, комплексность. Этапы лечения. Психотерапия алкогольной и наркотической зависимости. Взаимодействие с родственниками: их психокоррекция. Терапевтические объединения больных (анонимные алкоголики – АА) и родственников.



**Алкоголизм в подростковом и юношеском возрасте** обычно развивается у подростков 13-17 лет. С самого начала подростки нередко склонны к употреблению значительных количеств алкогольных напитков и стремятся к выраженному опьянению. Часты атипичные формы опьянения, сопровождающиеся палимпсестами. Быстро утрачивается количественный контроль, возрастает толерантность к алкоголю. Многодневное, а иногда и продолжающееся неделями пьянство возможно еще до развития ААС. В структуре похмельного синдрома с самого начала преобладают психические расстройства, тогда как соматические и вегетативные компоненты могут быть выражены не значительно. Похмельный синдром может затягиваться. Общая продолжительность формирования алкоголизма иногда ограничивается 2-3 годами. Отчетливых переходов одной стадии алкоголизма в другую не наблюдается. Легко развивается сочетанное злоупотребление другими ПАВ.

#### **Алкогольные психозы**

Полярные свойства психозов: острые ↔ хронические; типичные ↔ атипичные; функциональные ↔ органические; легкие ↔ тяжелые.

*Острые (абстинентные) психозы:* алкогольный делирий («белая горячка»), острый алкогольный галлюциноз, острый алкогольный параноид.

Многообразие форм *алкогольного делирия*. Делирий по степени тяжести: abortивный (легкий) – классический делирий – тяжело протекающий делирий – стадия адренергического истощения и отека мозга – гипертермическая акинетическая кома. Типичные причины смерти при алкогольном делирии: отек головного мозга с ущемлением его ствола, сердечная недостаточность, пневмония (обычно застойная).

Проявления делириозного помрачения сознания обычно нарастают постепенно, что позволяет выделить несколько его стадий, описанных впервые Либермейстером (Liebermeister С., 1866).

Первая стадия – *инициальная*. Вторая стадия – *иллюзорная*. Третья стадия – *галлюцинаторная*.

Четвертая стадия – *обратного развития*. Чаще всего делирий заканчивается критически – после глубокого продолжительного сна с последующей астенией, или литически с обратным развитием стадий.

Выделяют следующие тяжёлые делирии.

1. **Профессиональный** (делирий с бредом занятости).
2. **Муссирующий** (бормочущий).

*Острый алкогольный галлюциноз* – острый галлюцинаторно-бредовый психоз без помрачения сознания. *Острый алкогольный параноид*.

*Затяжные алкогольные психозы:* подострые и хронические алкогольные параноиды (бред ревности, преследования), алкогольный галлюциноз.

*Энцефалопатические (органические) формы расстройств.* Острая энцефалопатия Гайе-Вернике (исход тяжелых делириев с появлением глазодвигательных и других массивных неврологических расстройств). Хронические: Корсаковский психоз, энцефалопатии с психоорганическим и с псевдопаралитическим синдромами.

*Корсаковский психоз* впервые описал С.С. Корсаков в своей диссертации «Об алкогольном параличе» (1887) как своеобразный психоз у больных алкоголизмом в сочетании с полиневритом, характеризующийся в основном расстройствами памяти на текущие и недавние события, ретроградной амнезией, склонностью к конфабуляциям.

Психические расстройства в развернутом периоде психоза определяются триадой симптомов: амнезией, амнестической дезориентировкой и парамнезиями (конфабуляциями и псевдореминисценциями). Наряду с фиксационной амнезией в той или иной мере страдает и память на события, предшествовавшие заболеванию (ретроградная амнезия). Нарушается воспроизведение событий во временной последовательности. Присутствует полинейропатия нижних конечностей.



Принципы лечения алкогольного делирия и острой энцефалопатии Гайе-Вернике: ургентность, комплексность, уход, исключение нейролептиков в тяжелых случаях.

Таблица 10

Патогенетическая терапия алкогольного делирия  
и острой энцефалопатии Гайе-Вернике

Компоненты Комплексности	Стадии Абортивны й делирий	Собственно (типичный) делирий	Тяжелопротекающи й делирий	
			Стадия отека мозга	Гипертер- миче ская кома
1. Дезинтоксикационные средства	++	+++	++	+
2. Дегидратация	+	++	+++	+++
3. Витаминотерапия	++	+++	+++	+++
4. Вегетотропная терапия	++	+++	+	–
5. Устранение собственно психотических расстройств		+++	+	–
6. Борьба с ацидозом	+	++	+++	+++
7. Устранение тканевой гипоксии	–	+	+++	+++
8. Борьба с осложнениям и сопутствующей патологией	+	++	+++	+++

В последнее десятилетие укрепилось выделение такой самостоятельной нозологической формы, как «алкогольная болезнь», включающей 3 этапа развития хронической алкогольной интоксикации. Первый – стадия эпизодической алкогольной интоксикации, второй – стадия пьянства, третий – стадия алкоголизма и его осложнений.

В итоге возникает **алкогольная поливисцеропатия** – комплекс соматических заболеваний, причиной которых является токсическое влияние алкоголя в условиях хронической алкогольной интоксикации. По мере усугубления дистрофии органов и тканей, алкогольная поливисцеропатия приводит к полиорганной недостаточности, которая становится и причиной, и фоном для развития неотложных состояний и летального исхода.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Этиология, патогенез зависимостей.
2. Алкогольное опьянение, виды, клиническая картина, вопросы экспертизы.
3. Классификация алкоголизма.
4. Клиника алкогольной зависимости.
5. Особенности диагностики стадий алкогольной зависимости.
6. Возрастные и гендерные особенности формирования алкоголизма.
7. Место острых алкогольных психозов в МКБ-10, эпидемиология.
8. Классификация, клиника и диагностика алкогольного делирия.
9. Классификация, клиника и диагностика алкогольного галлюциноза.
10. Другие виды острых алкогольных психозов.
11. Этиология, патогенез алкоголизма и алкогольных психозов.
12. Общая симптоматика алкогольных энцефалопатий.
13. Классификация, клиника и диагностика Корсаковского психоза.
14. Классификация, клиника и диагностика энцефалопатии Гайе-Вернике.

15. Лечение алкоголизма и алкогольных психозов.

16. Понятие об алкогольной болезни и алкогольной поливисцеропатии.

### Вопросы для контроля знаний:

1. Почему алкогольные психозы называются абстинентными?
2. Какие виды помрачений сознания не характерны для алкогольных психозов?
3. Характерны ли для алкогольного галлюциноза зрительные обманы восприятия?
4. Характерна ли фиксационная амнезия для затяжных алкогольных психозов? (Да – нет)  
Если да, то для какого психоза?
5. Из каких элементов складывается Корсаковский синдром, из каких – развернутый Корсаковский психоз?

### Ситуационные задачи:

1. Больной, 38 лет. Отец и дед злоупотребляли алкоголем. Пьет с 18 лет, многие годы опохмеляется. Запой до недели. Последний год стал пьянеть от 100 г. водки. На 3-й день после запоя появилась тоска, стал замечать, что к нему хуже стали относиться на работе, следят, но никому об этом не говорил. Затем появились голоса, сначала вечером и ночью, а через 2-3 дня и днем. Голоса спрашивали с издевкой: «Как погулял? Как с племянником выпивал?» и ругали его. Считал, что над ним смеются, подозревают в нем преступника, бандита, слышал угрозы в свой адрес (его надо повесить), приказы (прыгай, беги). На работу не пошел, сначала прятался под одеяло, запирали двери, днем в страхе убежал из дома, но слышал голоса и на улице. Обратился за помощью в милицию и оттуда был направлен в клинику. Понимал, что находится в больнице и здесь находит подозрительных лиц среди окружающих его больных. Голоса продолжали говорить: «С кем пил? Где пил? Все пропил?» и т.д. Настроение снижено, тревожно-боязливое. Тоны сердца приглушены, легкий тремор век, пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Такое настроение длилось один месяц, затем голоса исчезли, появилась критика, выписан здоровым.

*Выставьте предварительный диагноз. Укажите основные симптомы и синдромы.*

2. Больной, 43 лет, плотник. Водку пьет с 20 лет, но первое время выпивки носили случайный характер. Последние годы ежедневно пьет по 300-400 г. Появилась потребность опохмеляться. Последний запой в течение недели. На второй день после прекращения запоя, появилась бессонница, головная боль, тревога. К вечеру перед глазами возникла сетка, паутина, был удивлен, что дома так грязно и сказал об этом жене. Затем появились страшные, уродливые фигуры людей, мерзкие животные с удлинёнными телами и обилием ножек, кошки, собаки. Они пытались наброситься на него, хватили его за одежду. По телу ползали мелкие насекомые, которых пытался снять, но в руках ничего не оказалось. Не понимает, что находится в больнице, напряжен, тревожен, лицо гиперемировано, язык обложен. Тоны сердца глухие, пульс до 100 ударов в минуту. Дрожание пальцев вытянутых рук. Высокие сухожильные рефлексы. Гипергидроз. Температура тела 37,6 °С. Вскоре в больнице уснул. Утром проснулся, чувствовал себя хорошо, видения исчезли, просит о выписке его домой.

*Выставьте предварительный диагноз. Укажите основные симптомы и синдромы.*

3. Больной, 48 лет. Алкоголь употребляет с 20 лет. Последние 10-12 лет пьет запоями, опохмеляется. Последний запой в течение месяца. Недели за две до поступления в клинику появилась забывчивость, забывал, что ему надо сделать, не находил дорогу домой, не мог работать. В больнице дезориентирован во времени и окружающих лицах, текущий год называет 1912, 1928, 1935, 1949. Не может сказать сколько времени он находится в больнице, не находит своей палаты, не отличает врачей от среднего медперсонала, не узнает своего лечащего врача, не может запомнить его имени. Предложенные ему цифры не запоминает, при встрече с врачом в течение дня несколько раз здоровается и заявляет, что сегодня мы не встречались. Больной всегда чувствует неловкость, когда не может ответить на вопрос, старается отделаться ответом не по существу. Иногда, во время обходов врача спрашивает у

соседа по палате какое сегодня число, но тут же забывает, говорит, что только что вернулся с охоты, был в компании друзей. Больной эйфоричен, слабоумен, неадекватно улыбается, склонен к юмору, много спит. Неврологически: болезненность нервных стволов, понижена кожная болевая чувствительность на ногах, вялая реакция зрачков на свет.

*Выставите предварительный диагноз. Укажите основные симптомы и синдромы.*

### **Тестовый контроль:**

1. **НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ АЛКОГОЛЬНОГО БРЕДА РЕВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а) психотерапия
- б) условно-рефлекторная терапия
- в) лечение нейролептиками
- г) лечение нормотимиками
- д) лечение ноотропами

2. **ВО II СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ФОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПО ТИПУ**

- а) постоянного пьянства на фоне низкой толерантности
- б) псевдозапоев
- в) истинных запоев
- г) постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- д) эпизодического злоупотребления

3. **ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ОТ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) выраженность галлюцинаций
- б) длительность психоза
- в) помрачение сознания
- г) выраженность бредовых расстройств
- д) наличие дезориентировки

4. **СОДЕРЖАНИЕ БРЕДА ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАРАНОИДА ОБЫЧНО ПРЕДСТАВЛЕНО**

- а) бредом котара
- б) бредом преследования
- в) бредом ревности
- г) «кухонным бредом»
- д) бредом переоценки собственных возможностей

5. **УКАЖИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, НАЗНАЧЕНИЕ КОТОРОГО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ**

- а) галоперидол
- б) амитриптилин
- в) диазепам
- г) хлорпромазин
- д) трифтазин

## Рекомендуемая литература для подготовки по теме

### Основная:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

### Дополнительная:

1. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие/ А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, С.Е. Гольгина. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2018 г.
2. Наркология: Учебное пособие. / Сахаров А.В. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2018. – 135 с.

### Интернет ресурсы:

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. <https://www.books-up.ru>

## 14. НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ: УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ И ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.

**Исходный уровень:** симптомы и синдромы расстройств отдельных сфер психической деятельности (предыдущие занятия). Особенности расстройств логического познания у детей и подростков.

### **Учебная цель занятия:**

Развитие способности к определению и выявлению основных симптомов и синдромов у пациентов с нарушениями интеллекта, изучение этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины; диагностических критериев рубрик: «Умственная отсталость», «Нарушения психологического (психического) развития» (согласно Международной классификации болезней X пересмотра); развитие способности к определению тактики ведения пациентов с нарушениями интеллекта.

### **Содержание занятия:**

К интеллектуальным нарушениям, которые могут быть диагностированы у детей относят:

- 1) задержки психического развития (ЗПР)
- 2) пограничную интеллектуальную недостаточность (ПИН)
- 3) умственную отсталость (УО)
- 4) деменцию (слабоумие)

Таблица 11

Отличительные признаки интеллектуальных нарушений

	Деменция	УО	ЗПР	ПИН
<b>Начало</b>	после нормального развития	раннее детство	раннее детство	раннее детство
<b>Течение</b>	прогрессирующее	стационарное	регрессирующее	стационарное
<b>IQ</b>	Снижен	Снижен	пограничный	пограничный
<b>Причины</b>	органические	наследственные, резидуально-органические	социальные, резидуально-органические	резидуально-органические

Под *задержкой психического развития* понимают вариант дизонтогенеза в виде запаздывания или приостановки развития одной или нескольких психических функций. В отечественной психиатрии диагноз «задержка психического развития» был принят для обозначения разнообразных нетяжелых аномалий развития, при которых отмечается незрелость эмоционально-волевых или познавательных функций, имеющих перспективу развития или компенсации. По мнению некоторых исследователей, термин неудачен, так как задержка умственного развития не всегда носит временный характер, но может являться более или менее стойкой. Задержки психического развития – это объединенная группа психических нарушений, неоднородная как в своем клиническом проявлении, так и разнообразная по происхождению. В настоящее время предпочтительно использовать термин «расстройства психологического развития».

В клиническом смысле все задержки психического развития можно подразделить на две большие группы – тотальные и парциальные.

1. **При тотальных** задерживаются в развитии все психические функции.

2. **При парциальных** – отдельные стороны психического развития:

а) задержка развития речи (F 80):

- расстройство артикуляции (дислалия) – F 80.0;

- общее недоразвитие речи (алалия): моторная (экспрессивная) – F 80.1, сенсорная (рецессивная) – F 80.2.

б) задержка развития школьных навыков (F 81):

- дислексия (отставание формирования навыков чтения – F 81.0);
- дисграфия (неправильное соотношение звуков устной речи и их написания – F 81.1);
- дискалькулия (отставание развития арифметических навыков – F 81.2).

в) задержка развития моторных функций – синдром неуклюжести (F 82).

г) задержка психического развития, связанная с инфантилизмом (незрелостью эмоционально-волевой сферы) – F 83.

### **Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности (Ковалев В.В., 1973)**

#### **I. Дизонтогенетические формы интеллектуальной недостаточности**

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

- при простом психическом инфантилизме;
- при осложненном психическом инфантилизме (органическом, соматогенном, эндокринопатическом).

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:

- при задержках развития речи;
- при отставании развития школьных навыков (чтения, письма, счета);
- при отставании развития психомоторики.

3. Искажённое психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

#### **II. Энцефалопатические формы.**

1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков.

2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью.

3. Интеллектуальная недостаточность при ДЦП.

4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии).

#### **III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств**

1. При глухоте или тугоухости

2. При слепоте, возникшей в раннем детстве.

#### **IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность)**

В настоящее время под термином «умственная отсталость» («олигофрения») объединяют разнообразные по этиологии, но сходные по клиническим проявлениям болезненные состояния.

**Умственная отсталость** – это состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума. Представляет собой группу различных наследственных, врожденных или рано приобретенных состояний общего психического недоразвития.

Согласно МКБ-10, *умственная отсталость* – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

#### **Причины умственной отсталости:**

1. Наследственные, в том числе связанные с генеративными клетками.

2. Внутриутробные, действующие на зародыш и плод.

3. Перинатальные (до, во время и непосредственно после родов) и в течение первых 3-х лет жизни.

Вредности, вызывающие психическое недоразвитие могут быть сведены в три группы: наследственные, врожденные и приобретенные. К числу первых относятся воздействия, повреждающие половые клетки еще до их оплодотворения: лучи рентгена, радиоактивные излучения и другие факторы, приводящие к мутациям. Вредности следующей группы препятствуют нормальному развитию плода, повреждая его мозг до рождения: неполноценное питание матери, инфекционные болезни матери (сифилис, краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, энцефалит, свинка, ветряная оспа), а также серьезные соматические заболевания матери, токсикоз беременности, тяжелое физическое истощение, воздействие токсических агентов (свинец, курение, алкоголизация, профессиональные отравления), лекарственные средства (эндокринные препараты, антимаболиты, антибиотики, азокрасители и др.), иммунобиологическая несовместимость матери и плода, радиация, физические травмы матери. Факторы третьей группы действуют в течение родов (аноксия, гиперкапния, механизмы, повреждающие мозг плода, резко затрудняющие или слишком ускоряющие родоразрешение) и в первые 2-3 года жизни (энцефалиты, тяжелые травмы головы, отравления, асфиксии, тяжелая ожоговая болезнь, глубокая депривация).

*Два основных критерия, типичных для большинства форм умственной отсталости:*

**1. Недоразвитие носит тотальный характер и касается не только интеллектуальной деятельности и личности больного, но и психики в целом.**

Признаки недоразвития обнаруживаются не только со стороны мышления, но и других сторон психических функций – восприятия, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и др.

**2. При тотальном психическом недоразвитии на первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – обобщения и абстракции. Слабость абстрактного мышления находит отражение и в особенностях восприятия, внимания, памяти.**

Мышление при умственной отсталости имеет конкретный ситуационный характер, затруднено обобщение и понимание причинно-следственных связей. Имеется недоразвитие всех форм мышления: и наглядно-действенного, и словесно-логического. Стойкая недостаточность абстрактного мышления обуславливает трудность в усвоении детьми счета и решения задач. Затруднен перенос усвоенного способа действия в аналогичные условия, что обусловлено инертностью и малой подвижностью психических процессов.

*Систематика умственной отсталости.* Существует несколько систематик умственной отсталости, наиболее признанными считаются, основанные на степени выраженности интеллектуального дефекта, в зависимости от клинических особенностей (Мнухина С.С., Мелехова Д.Е.), а также этиологическая классификация (Сухаревой Г.Е.).

Таблица 12

Классификация умственной отсталости по степени выраженности интеллектуального дефекта

<p><b>Легкая</b> <i>IQ от 50 до 69 единиц</i></p>	<p>Большинство при обучении в специализированных школах по специально разработанным программам в состоянии овладеть навыками чтения, письма, счета, а в дальнейшем приобрести трудовые навыки, не требующие высокой квалификации. В социально-культуральной среде, не предъявляющей особых требований к абстрактно-логическому уровню и не требующей принятия самостоятельных решений в динамичной, меняющейся жизни, лица с легкой УО вполне компенсированы.</p>
<p><b>Умеренная</b> <i>IQ от 35 до 49 единиц</i></p>	<p>С раннего детства дети отстают в психоречевом развитии. Их речь косноязычна и аграмматична. Они могут произносить несложные фразы, словарный запас иногда достигает 200-300 слов. Навыками самообслуживания в полном объеме не овладевают. Нуждаются на протяжении жизни в контроле и уходе.</p>

<p><b>Тяжелая</b> IQ от 20 до 34 единиц</p>	<p>Уровень речевого развития позволяет лишь сообщать о своих нуждах. К развернутому речевому высказыванию не способны. Владеют лишь элементарными навыками самообслуживания. В быту беспомощны, нуждаются в контроле и уходе.</p>
<p><b>Глубокая</b> IQ менее 20 единиц</p>	<p>Речь отсутствует или состоит из отдельных слов, часто нет понимания обращенной к ним речи. Лица с глубокой УО не овладевают даже простыми навыками самообслуживания, неопрятны, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Предоставленные сами себе остаются неподвижными или находятся в монотонном бессмысленном возбуждении (раскачиваются, совершают стереотипные движения).</p>

**Классификация клинических форм умственной отсталости, основанная на этиологическом факторе (классификация Г.Е. Сухаревой)**

Эта классификация основана на следующих принципах:

1. Время воздействия этиологического патогенного фактора.
2. Характер патогенного фактора.
3. Особенности клинической картины и определение структуры интеллектуального дефекта, выделение ведущего психопатологического дефекта (церебральный, неврозоподобный, психопатоподобный и т.д.).

**I. УО эндогенной природы**

**1. При хромосомных аномалиях:**

- половых хромосом (Кляйнфельтера – ХХУ. Шерешевского-Тернера – моносомия X, синдром трисомии ХХХ);
- аутомсом (Дауна – трисомия 21, Лежана (синдром кошачьего крика) – аномалия 6 и 7 хромосомы, Патау – трисомия 13, Эдварса – трисомия 18).

**2. Моногенные формы олигофрении** – обусловленные мутацией в одном гене (Синдром Мартина-Белла).

**3. УО с неясным кодом наследования**

- синдром «лицо эльфа» или синдром Уильямса;
- синдром Рубинштейна-Тейби (синдром широкого I пальца кисти и стопы с лицевыми аномалиями).

**4. При наследственно обусловленных нарушениях обмена (энзимопатические)**

- а) патология аминокислот:
  - фенилкетонурия;
  - гомоцистинурия.
- б) патология углеводов: галактоземия, фруктозурия
- в) патология обмена соединительной ткани.

В настоящее время выделяют клинически **дифференцированные** и клинически **недифференцированные формы умственной отсталости**.

К клинически **недифференцированным** формам умственной отсталости относятся нарушения, при которых этиологию заболевания точно установить не удастся, при этом специфическая клиничко-психопатологическая и соматоневрологическая картина болезни отсутствует.

В группу клинически **дифференцированной** умственной отсталости входят нозологически самостоятельные заболевания со специфической клиничко-психопатологической и соматоневрологической картиной, для которых психическое недоразвитие является одним из симптомов, как правило, самым тяжелым. Чаще – это генетически обусловленные нарушения, или клинически очерченные синдромы с характерными соматоневрологическими проявлениями, этиология которых в настоящий момент не ясна.



## **Дифференцированные формы умственной отсталости**

### **➤ Наследственно-обусловленные формы**

1. Синдромы с множественными врожденными аномалиями:
  - хромосомные заболевания (трисомия X);
  - генетические синдромы с неясным типом наследования.
  - моногенно наследуемые синдромы (синдром Мартин-Белл, синдром Корнелии де Ланге)
2. Наследственные дефекты обмена (энзимопатии) (фенилкетонурия, гомоцистенурия, лейциноз, гистидинемия, мукополисахаридозы).
3. Факоматозы (нейрофиброматоз Реклингхаузена, туберозный склероз).
4. Неврологические и нервно-мышечные заболевания с умственной отсталостью.

### **➤ Умственная отсталость смешанной (наследственно-экзогенной) природы**

1. Микроцефалия.
2. Гидроцефалия.
3. Краниостеноз.
4. Врожденный гипотиреоз.

### **➤ Экзогенно-обусловленные формы умственной отсталости**

1. Алкогольная фетопатия.
2. Инфекционные эмбриофетопатии.

### **Особенности клинической картины умственной отсталости у детей**

У детей первых лет жизни при глубокой задержке психического развития недостаточность мышления более всего проявляется в недоразвитии тех функций, которые отражают становление познавательной деятельности. До этого в раннем детском возрасте психическое недоразвитие выражается преимущественно в недостаточности аффективно-волевой сферы и моторики ребенка, искажении и замедлении сроков становления зрительных и слуховых рефлексов, неполноценности комплекса оживления, более позднем проявлении эмоционального реагирования на окружающее.

На **2-3 году** жизни ребенка интеллектуальная недостаточность проявляется в особенностях поведения и игровой деятельности. Дети медленно овладевают навыками самообслуживания, не отличаются живостью, пытливым интересом к окружающим предметам и явлениям, которые свойственны здоровому ребенку. Игры характеризуются простым манипулированием, непониманием элементарных правил игры, слабостью контактов с детьми, меньшей эмоциональностью.

Для **дошкольного возраста** характерны отсутствие побуждений к интеллектуальным формам игровой деятельности и повышенный интерес к подвижным нецеленаправленным играм. В эмоциональной сфере отмечаются примитивные реакции и недостаточная дифференцированность высших эмоций – проявлений сочувствия, стыда, личностных привязанностей.

В **школьном возрасте** на первый план все больше выступают интеллектуальные расстройства, которые проявляются в разных сферах деятельности и поведении больных, главным образом, в учебной деятельности.

### **Клиническая диагностика нарушений интеллекта у детей**

- 1) общий осмотр ребенка;
- 2) неврологическое обследование;
- 3) экспериментально-психологическое исследование;
- 4) нейро- и психолингвистическое обследование;
- 5) психолого-педагогическое обследование;
- 6) синдромологическая диагностика;
- 7) клинико-генеалогический анализ;
- 8) лабораторные исследования (для выявления нарушений обмена);
- 9) генетические исследования;
- 10) пренатальные диагностические процедуры (амниоцентез, УЗИ и др.);
- 11) инструментальные исследования (рентгенография черепа, КТ, МРТ, ПЭТ, ЭЭГ, ЭхоЭГ).

## Лечение нарушений интеллекта

### 1. Биологическое:

- этиопатогенетическое (при отдельных формах УО);
- нейрометаболические, ноотропные, сосудистые препараты, витамины.

### 2. Реабилитационное:

- при социальных расстройствах психологического развития (основное);
- при других расстройствах психологического развития, УО (в комплексе).

## Вопросы для самоподготовки

1. Виды нарушений интеллекта у детей.
2. Определение понятия умственная отсталость.
3. Этиология и патогенез умственной отсталости.
4. Определение понятия задержки психического развития. Понятие о нарушениях психологического развития.
5. Виды задержек психического развития.
6. Дифференциальная диагностика нарушений интеллекта у детей.
7. Классификация умственной отсталости по степени выраженности интеллектуального дефекта.
8. Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности по В.В. Ковалеву.
9. Классификация клинических форм умственной отсталости, основанная на этиологическом факторе (классификация Сухаревой Г.Е.).
10. Понятие о дифференцированных и недифференцированных формах умственной отсталости.
11. Особенности клинической картины умственной отсталости у детей.
12. Диагностика нарушений интеллекта у детей.
13. Лечение нарушений интеллекта.

## Задания для усвоения темы

### Ситуационные задачи:

*Сформулировать диагноз по МКБ-10, определить тактику ведения больного.*

1. Больной В., 15 лет. Речь почти отсутствует, знает около 5 слов (слова простые и короткие: «мама..., дай..., стол...»). В основном издает нечленораздельные звуки. Не отличает родных от посторонних лиц, не понимает обращенной к нему речи. Большую часть времени лежит в постели или находится в состоянии бессмысленного возбуждения с однообразными повторяющимися движениями: раскачивается, размахивает руками, хлопает в ладоши и др. Не умеет жевать, пищу проглатывает кусками. Не владеет самыми простыми навыками самообслуживания, неопрятен, нуждается в постороннем уходе и надзоре. Эмоции элементарны и связаны в основном с ощущением удовольствия или неудовольствия, что выражается в виде возбуждения или крика (плача). Легко возникает аффект злости, проявляющийся в сильной ярости, агрессивности, часто направленной на самого себя – кусает и царапает руки, наносит удары. Тянет в рот все, что попадает под руку.

2. Мальчику 10 лет. Читает по слогам, с трудом выполняет в уме операции на сложение и вычитание в пределах 10. В общеобразовательной школе учиться не смог, в настоящее время обучается в специализированной школе по адаптированной программе для лиц с нарушениями интеллекта. Не может пересказать прочитанный рассказ, запомнить стихотворение. Память в основном механическая. При решении задач старается использовать схему-шаблон. Мышление конкретно-образное. Например, на вопрос, как объяснить выражение «у человека светлая голова», отвечает – «он лысый»; «золотые руки» – «на пальцах много украшений». В играх со сверстниками пассивен, склонен к подражанию. Легко внушаем.

3. Девочке 9 лет. Воспитывается в полной семье. Наследственность неотягощена.

Беременность у матери протекала без особенностей, роды в срок, без осложнений. Есть старший брат 13 лет – учится в специализированной школе. Раннее психомоторное развитие ребенка – с отставанием на 2 месяца (поздно стала ходить, говорить). Детский сад не посещала, воспитывалась дома бабушкой. В школу пошла с 7-ми лет, в настоящее время обучается в 1-м классе (повторно). Учится слабо, программу не усваивает. Со слов учителя, девочка стеснительная, робкая, руку на уроках не поднимает (даже если знает ответ). Дома спокойная, исполнительная, есть подруга 6 лет.

При осмотре: лицо маловыразительное, на вопросы отвечает по- существу тихим голосом, сама инициативы не проявляет. Словарный запас бедный, осведомленность низкая, не соответствует возрасту. Ответы односложные, при неудачах волнуется, опускает глаза, тербит юбку. Читает по слогам, с ошибками, переставляет буквы в словах. Прочитанный взрослым рассказ пересказать не может. Считает в прямом порядке до 15, в обратном – от 10, с опорой на наглядный материал. Арифметические действия выполняет только простые (сложение и вычитание в пределах 10), допускает ошибки. При ответе на вопрос долго думает, пытается считать на пальцах. Основные цвета называет, в оттенках путается. Из геометрических фигур назвала только круг, остальные путает. Временной гнозис сформирован недостаточно: путает времена года, дни недели, не знает их последовательности. Высшие когнитивные функции не развиты. Мышление конкретно-образное. Предметы не классифицирует, с методикой «4-й лишний» не справилась. Составить рассказ по последовательному ряду картинок не смогла. Скрытый смысл сюжетной картины не увидела. Память не нарушена. Коэффициент интеллектуального развития по тесту Векслера 53 балла (вербальный – 71, невербальный – 74). Общая моторика развита соответственно возрасту, мелкая – недостаточно.

Осмотрена неврологом, заключение «Рассеянная неврологическая симптоматика». Соматический статус – без особенностей.

Девочка в течение последних регулярно проходит курсы нейрометаболической и сосудистой терапии, в дошкольном возрасте два раза находилась на стационарном лечении в отделении реабилитации. Динамика незначительная.

### **Тестовый контроль:**

1. В МКБ-10 ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СТЕПЕНИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ
  - а) глубокая
  - б) легкая
  - в) тяжелая
  - г) умеренная
  - д) значительная
2. В КЛАССИФИКАЦИИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ В ОСНОВУ ПОЛОЖЕНЫ КРИТЕРИИ
  - а) возраста ребенка
  - б) времени поражения головного мозга
  - в) качества патогенного воздействия
  - г) сопутствующей психопатологической симптоматики
  - д) степени умственной отсталости
3. В МЫШЛЕНИИ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СТРАДАЮТ
  - а) высшие формы мышления остаются сохранными
  - б) его высшие формы – обобщение и абстракция
  - в) мышление затронут незначительно
  - г) мышление не страдает
  - д) наблюдается паралогичное мышление
4. ДЛЯ ЛИЦ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ХАРАКТЕРНЫ
  - а) хорошая механическая память
  - б) грубые расстройства памяти

- в) полностью сохранный память
  - г) прогрессирующее снижение памяти
  - д) Корсаковский синдром
5. ЭМОЦИИ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- а) всегда повышенным настроением
  - б) всегда сниженным настроением
  - в) хорошей дифференцированностью
  - г) малой дифференцированностью
  - д) тугоподвижностью
6. ПАЦИЕНТЫ С ГЛУБОКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ МОГУТ ОВЛАДЕТЬ
- а) любой специальностью
  - б) простыми трудовыми навыками
  - в) только профессией ручного труда
  - г) только профессиями умственного труда
  - д) никакой специальностью
7. ПАЦИЕНТЫ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ МОГУТ ОВЛАДЕТЬ
- а) любой специальностью
  - б) не могут овладеть никакой профессией
  - в) простыми трудовыми навыками
  - г) только профессиями умственного труда
  - д) трудовыми навыками любой сложности
8. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ – ЭТО
- а) состояние задержанного или неполного развития психики
  - б) состояние временной задержки психического развития
  - в) состояние деменции
  - г) состояние прогрессирующего распада психических функций
  - д) состояние спутанного сознания
9. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
- а) в подростковом возрасте
  - б) у лиц мужского пола
  - в) у лиц женского пола
  - г) у пациентов с алкогольной зависимостью
  - д) у пожилых людей
10. СИНОНИМАМИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) деменция
  - б) задержки психического развития
  - в) задержки развития речи
  - г) общее психическое недоразвитие
  - д) олигофрения

#### **Рекомендуемая литература для подготовки по теме**

##### **Основная:**

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4834-2.
2. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.

##### **Дополнительная:**

1. Психические расстройства в подростково-юношеском возрасте (клинические

- иллюстрации) / А.А. Кузюкова, А.П. Рачин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-6108-2.
2. Психиатрия : учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-6053-5.

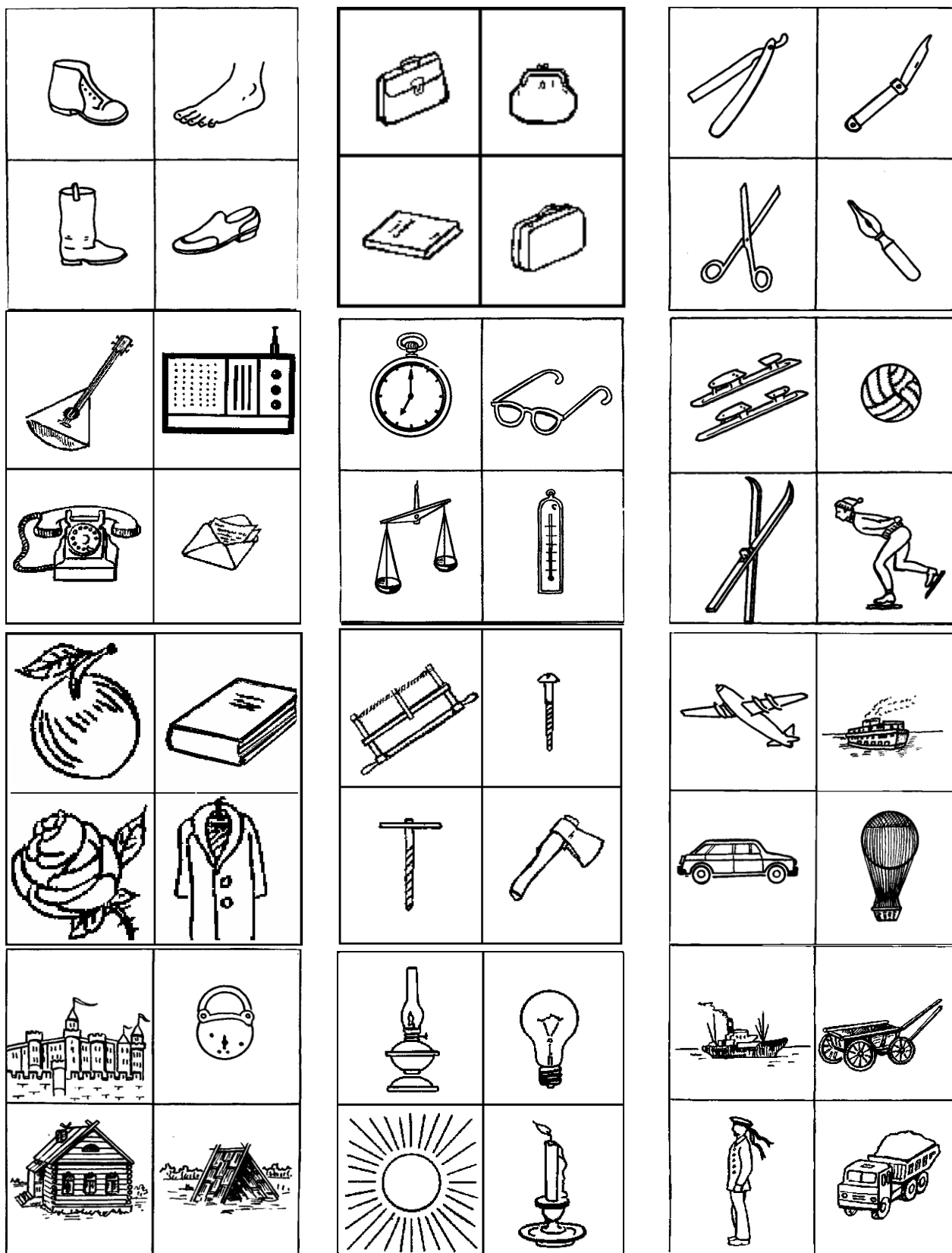
**Интернет ресурсы:**

1. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
2. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
3. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
4. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2022. – URL: <http://www.books-up.ru/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

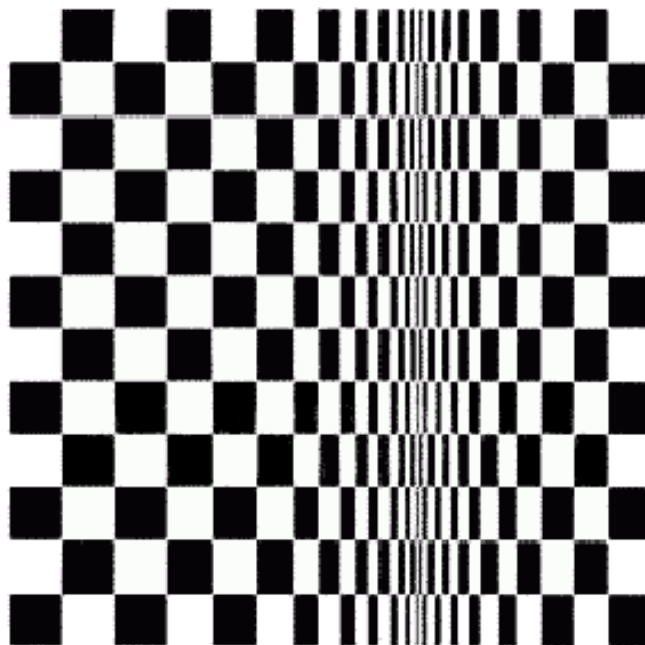
## Приложение 1

### Исключение 4-го лишнего

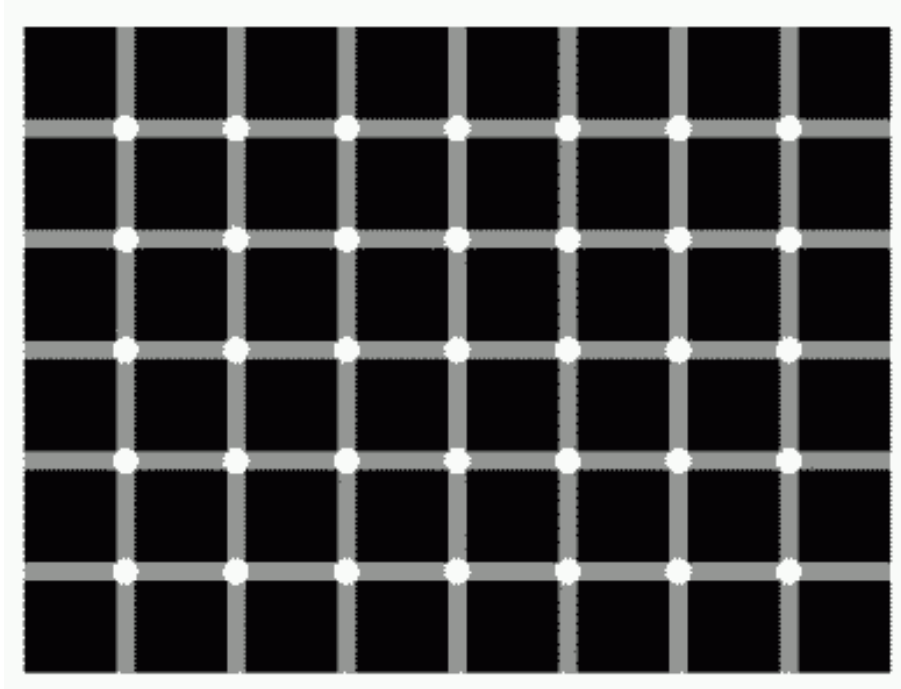


Зрительные иллюзии

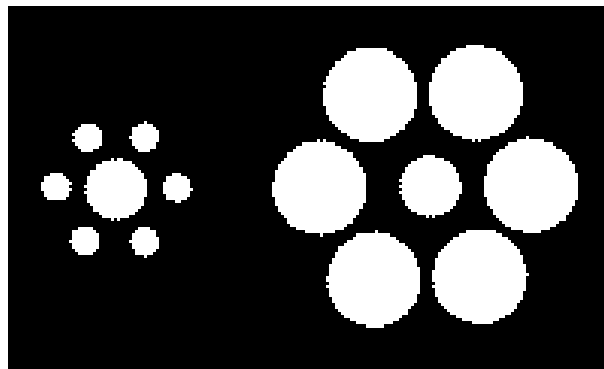
А) Иллюзии движения (возникает иллюзия движения квадратов)



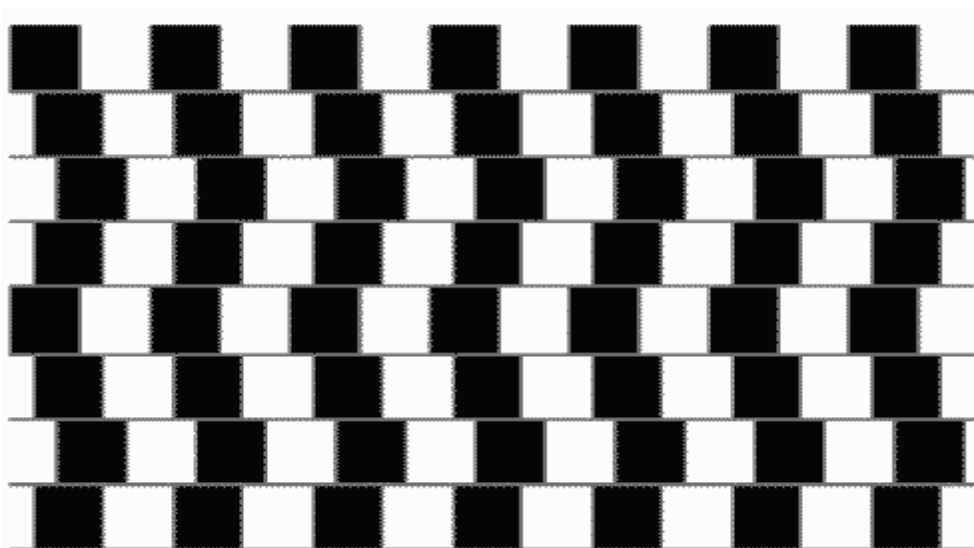
Б) Иллюзии контраста (иллюзия мерцающей решетки – белые круги кажутся мигающими)



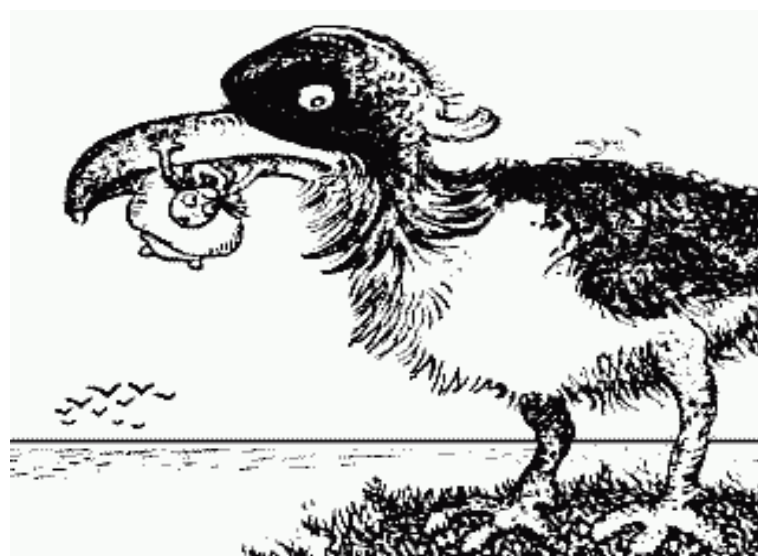
В) Иллюзии восприятия размера (какой круг больше – который окружен маленькими кругами или большими?)



Г) Иллюзии искажения (все горизонтальные линии параллельны)



Д) Перевернутые картинки (посмотрите на картинку, а затем переверните ее – что вы видите?)





### Изучение потребности в достижениях

Методика предназначена для определения уже достигнутого уровня исполнения или реализации, который коррелирует с деловой направленностью личности.

#### Инструкция

Проводя этот опрос, мы хотим выяснить ваши мнения, интересы и то, как вы оцениваете самих себя. Если вы согласны с утверждением, то ответьте «да», если же не согласны – «нет». Представляйте себе типичные ситуации и не задумывайтесь над деталями. Давайте первый естественный ответ, который приходит в голову.

Отвечайте по порядку и обязательно на каждый вопрос. Не стремитесь произвести впечатление. Для нас не существует «плохих» ответов. Свободно выражайте свое мнение.

Утверждение	Ключ
1. Думаю, что многое в жизни зависит скорее всего от случая, чем от расчета.	Нет
2. Если я лишусь любимого занятия, то жизнь потеряет для меня смысл.	Да
3. Для меня в любом деле важнее его исполнение, а не конечный результат.	Нет
4. Считаю, что люди больше страдают от неудач в работе, чем от плохих взаимоотношений с близкими.	Да
5. По моему мнению, большинство людей живут далекими целями, а не близкими.	Нет
6. В жизни у меня было больше успехов, чем неудач.	Да
7. Эмоциональные люди мне нравятся больше, чем деятельные.	Нет
8. Даже в обычной работе я стараюсь усовершенствовать некоторые ее элементы.	Да
9. Поглощенный мыслями об успехе, я могу забыть о мерах предосторожности.	Да
10. Мои родители считали меня ленивым ребенком.	Нет
11. Думаю, что в моих неудачах повинны скорее обстоятельства, чем я сам.	Нет
12. Мои родители слишком строго контролировали меня.	Нет
13. Терпения во мне больше, чем способностей.	Нет
14. Лень, а не сомнения в успехе вынуждает меня часто отказываться от своих намерений.	Нет
15. Думаю, что я уверенный в себе человек.	Да
16. Ради успеха, я могу рискнуть, если даже шансы не в мою пользу.	Да
17. Я не усердный человек.	Нет
18. Когда все идет гладко, моя энергия усиливается.	Да
19. Если бы я был журналистом, я писал бы скорее об оригинальных изобретениях людей, чем о происшествиях.	Да
20. Мои близкие обычно не разделяют моих планов.	Нет
21. Уровень моих требований к жизни выше, чем у моих товарищей.	Да
22. Мне кажется, что настойчивости во мне больше, чем способностей.	Нет

### **Интерпретация результатов**

Индивидуальный балл подсчитывается путем определения совпадающих ответов с ключом. Индивидуальный балл может принимать значения от нуля до 22 (в опроснике 22 утверждения).

#### ***Шкала оценок:***

Низкий уровень – ***6-9 баллов***; Средний уровень – ***10-13 баллов***; Высокий уровень – ***14-17 баллов***; очень высокий уровень – ***18-22 балла***.

Уровень развития потребности в достижениях – это стремление человека превзойти уже достигнутый уровень исполнения или реализации, соревнование с самим собой или с другими в достижениях хорошо коррелирует с деловой направленностью личности, с высоким уровнем самоуважения.

**Методика «Самооценка характера»**

**Инструкция.** Отметьте процент выраженности каждого свойства у Вас, если у других людей процент колеблется от 0 (отсутствие) до 100 (резкая выраженность). Крайние значения (0 или 100) бывают очень редко.

№	Свойство характера	Оценка				
		↓↓	↓	N	↑	↑↑
1.	Организованный, собранный	0-30	30-40	40-70	70-80	>80
2.	Удовлетворенность здоровьем	0-40	40-50	50-90	90-99	>99
3.	Удовлетворенность характером	0-30	30-40	40-80	80-90	>90
4.	Удовлетворенность счастьем	0-30	30-40	40-80	80-99	>99
5.	Удовлетворенность судьбой	0-40	40-50	50-89	89-99	>99
6.	Застенчивый, стеснительный	0-10	10-20	20-60	60-70	>70
7.	Истощаемый, невыносливый	0	0	0-30	30-60	>60
8.	Раздражительный, капризный	0	0	0-30	30-70	>70
9.	Обидчивый, чувствительный	0-1	1-10	10-60	60-80	>80
10.	Склонность к самообвинению	0	0-10	10-50	50-70	>70
11.	Тревожный, беспокойный	0	0-10	10-50	50-80	>80
12.	Сомневающийся, колеблющийся	0-1	1-10	10-50	50-70	>70
13.	Неустойчивость настроения	0-1	1-10	10-50	50-70	>70
14.	Стремление выделиться, быть в центре внимания	0	0-10	10-50	50-70	>70
15.	Возбудимый, горячий, вспыльчивый	0-10	10-20	20-60	60-80	>80
16.	Раздражительный	0-1	1-10	10-50	50-70	>70
17.	Жизнерадостный, оптимист	0-20	20-40	40-79	79-90	>90
18.	Оперативный, перестраивающийся	0-20	20-30	30-70	70-80	>80
19.	Целеустремленный	0-20	20-40	40-79	79-90	>90
20.	Упрямый, настырный, настойчив.	0-20	20-40	40-80	80-90	>90
21.	Память на зло (неотходчивый)	0-20	20-20	20-50	50-80	>80
22.	Крутой, требовательный к другим	0-1	1-10	10-50	50-70	>70
23.	Уживчивый	0-20	20-50	50-80	80-90	>90
24.	Требовательный к себе, обязательный	0-20	20-40	40-70	70-80	>80
25.	Склонный к излишним (навязчивым) переживаниям	0	0	0-40	40-60	>60
26.	Расточительный	0	0	0-45	45-70	>70
27.	Чувство долга	0-60	60-85	>85	>85	>85
28.	С планами на будущее	0-15	15-40	>40	>40	>40
29.	Любитель выпить	0	0	0-30	30-60	>60
30.	Бережливый	0-25	25-42	42-90	>90	>90

## Тест «Конструктивный рисунок человека из геометрических фигур»

**Инструкция:** Вам нужно нарисовать фигуру человека, составленную из 10 элементов, среди которых могут быть треугольники, круги и квадраты. Важно, чтобы сумма общего количества использованных фигур была равна десяти.

**Обработка данных:** подсчитайте количество затраченных в изображении треугольников, кругов, квадратов и результат запишите в виде трехзначного числа, где сотни обозначают количество треугольников, десятки – количество кругов и единицы – количество квадратов.

**Результат:** типология, основанная на предпочтении геометрических фигур, позволяет выделить 7 типов личности.

### **I тип – «руководитель»**

Обычно это люди, имеющие склонности к руководящей и организаторской деятельности. Могут обладать даром хороших рассказчиков, основывающимся на высоком уровне речевого развития. Хорошо адаптируются в социальной среде (например, новый коллектив).

Формулы рисунков: 901, 910, 802, 811, 820, 703, 712, 721, 730, 604, 613, 622, 631, 640.

Наиболее жестко доминирование над людьми выражено у подтипов 901, 910, 802, 811, 820; ситуативно – у 703, 712, 721, 730; при воздействии речью (преподавательский подтип) – у 604, 613, 622, 631, 640.

### **II тип – «ответственный исполнитель»**

В отличие от «руководителей», данный тип людей более ориентирован на «умение делать дело». Наиболее характерными качествами являются высокий профессионализм, чувство ответственности, требовательность к себе и окружающим. Такие люди высоко ценят работу (т.е. характеризуются повышенной чувствительностью к правдивости).

Формулы рисунков: 505, 514, 523, 532, 541, 550.

### **III тип – «тревожно-мнительный»**

Характеризуются разнообразием способностей – от тонких ручных навыков до литературной одаренности. Обычно людям данного типа тесно в рамках одной профессии, они могут поменять ее на совершенно противоположную и неожиданную или могут иметь хобби, которое по сути и является второй профессией. Физически не переносят беспорядок и грязь. Отличаются повышенной ранимостью и часто сомневаются в себе. Нуждаются в мягком подбадривании.

Формулы рисунков: 406, 415, 424, 433, 442, 451, 460.

Кроме того, 415 – поэтический подтип; 424 – подтип людей, узнаваемых во фразе «Как это можно плохо работать?», они отличаются особой тщательностью в работе.

### **IV тип – «ученый»**

Эти люди легко абстрагируются от реальности, обладают «концептуальным умом», способностью разрабатывать «на все» свои теории. Обычно обладают душевным равновесием и рационально продумывают свое поведение.

Формулы рисунков: 307, 316, 325, 334, 352, 361, 370.

Подтип 316 характеризуется способностью создавать «глобальные» теории или осуществлять большую и сложную координационную работу; подтип 325 – характеризуется большей увлеченностью познания жизни, здоровья, биологическими дисциплинами, медициной.

### **V тип – «интуитивный»**

Люди этого типа обладают сильной чувствительностью нервной системы и ее высокой истощаемостью. Альтруистичны, часто проявляют заботу о других. Обладают хорошими ручными навыками и образным воображением, что дает возможности заниматься техническими видами творчества. Обычно вырабатывают свои нормы морали, обладают внутренним

самоконтролем, т.е. предпочитают самоконтроль, отрицательно реагируя на посягательства, касающиеся свободы.

Формулы рисунков: 208, 217, 226, 235, 244, 253, 262, 271, 280.

Подтип 235 часто встречается среди профессиональных психологов или лиц с повышенным интересом к психологии людей; 244 – обладают способностью к литературному творчеству; 217 – обладают способностью к изобретательской деятельности.

#### **VI тип – «изобретатель, конструктор, художник»**

Часто встречается среди лиц с «технической жилкой». Эти люди, обладающие богатым воображением, пространственным видением, часто занимаются различными видами технического, художественного и интеллектуального творчества. Часто малообщительны, живут собственными моральными нормами и, подобно интуитивному типу, предпочитают самоконтроль воздействию со стороны. Нередко эмоциональны.

Формулы рисунков: 109, 118, 127, 136, 145, 019, 028, 037, 046.

Подтип 019 – встречается среди лиц, хорошо владеющих аудиторией;

118 – тип с наиболее сильно выраженными конструкторскими способностями.

#### **VII тип – «эмотивный»**

Обладают повышенным сопереживанием по отношению к другим, тяжело переживают «жестокое кадры фильма», могут быть надолго быть выбитыми из колеи и потрясенными жестокими событиями. Боли и заботы других людей находят в них участие, сопереживание и сочувствие, на которые они тратят много энергии (иногда даже в ущерб себе).

Формулы рисунков: 550, 451, 460, 352, 361, 370, 253, 262, 271, 280, 154, 163, 172, 181, 190, 055, 064, 073, 082, 091.

Тест «Нарисуй несуществующее животное»

Определите особенности личности людей, нарисовавших рисунок несуществующего животного (для описания выберите любой из рисунков).



1



2



3

**Интерпретация:**

- *человекообразное* – высокая неудовлетворенная потребность в общении; типично для подростков;
- *угловатое или машинообразное* – интровертность; аутизация, шизоидность;
- *«замкнутое»* – интровертность;
- *«открытое»* – экстравертность.

*Способ построения образа:*

- *реально существующее животное* – интеллектуальное или эмоциональное нарушение (с 7 лет);
- *динозавр, дракон, змей-горыныч и т. п.* – бедность воображения; низкий общекультурный уровень;
- *конструирование из частей реальных животных* – рационалистический, не творческий подход к задаче;
- *целостный образ по стандартной схеме (голова, туловище, конечности)* – художественный подход к задаче;
- *оригинальное существо, не напоминающее обычных животных* – творческий склад личности;
- *сверхоригинальность, вычурность* – демонстративность; сниженная конформность, шизоидность.

**детали:**

- *избыток органов чувств* – тревожность;
- *большие глаза с зачернением* – страхи (фобии);
- *украшательство (ресницы и т. п.)* – демонстративность;
- *отсутствие (слабость) ног* – слабая бытовая ориентация;
- *крылья* – склонность к компенсаторному фантазированию;
- *половые органы, женская грудь, вымя (независимо от того, как они названы)* – значимость сексуальной сферы;
- *орудия нападения, оружие, острые выросты* – агрессивность;
- *средства «активной самообороны»* – защитная агрессия;
- *защитные аксессуары* – боязнь агрессии;
- *зубы* – склонность к вербальной агрессии.

**Анкета-опросник  
(Морозов Л.Т., 2000-2010) – наркологическая часть**

1. Реакция на алкоголь за последние 3-5 лет изменилась:
  - 1) доза увеличилась;
  - 2) болеть на утро стал тяжелее;
  - 3) само опьянение стало возбужденнее;
  - 4) выпивки стали чаще;
  - 5) желание выпить усилилось;
  - 6) существенных изменений не произошло.
2. Средняя доза водки за вечер для «нормального» опьянения:
  - 1) \_\_\_ гр.;
  - 2) но норму часто не соблюдаю последние лет;
  - 3) норму не знаю лет.
3. Максимально можете выпить:
  - 1) за вечер \_\_\_ гр.
  - 2) за день \_\_\_ гр.
4. Забывания на следующий день:
  - 1) не бывает;
  - 2) бывает;
  - 3) бывает часто.
5. Рвота при переборах:
  - 1) бывает;
  - 2) никогда не бывает;
  - 3) ослабела;
  - 4) переборов не бывает.
6. Частота выпивок последние 1-2 года в среднем:
  - 1) по праздникам;
  - 2) в месяц раз;
  - 3) практически ежедневно;
  - 4) бывают эпизоды по дней.
7. Самочувствие на следующий день после выпивок обычно бывает:
  - 1) тяжелое последние \_\_\_ лет;
  - 2) плохое последние \_\_\_ лет;
  - 3) удовлетворительное;
  - 4) обычное.

8. Признаки плохого самочувствия на следующее утро:

1) отсутствие аппетита	10) сердцебиение	19) нежелание жить
2) неуверенность в себе	11) чувствительность к холоду	20) мысли о смерти
3) внутреннее беспокойство	12) приступы судорожные и др.	21) апатичность
4) чувство неполноценности	13) рвота и тошнота	22) рассеянность
5) усиление ревности	14) жажда	23) потливость
6) кошмарные сновидения	15) желание выпить	24) головокружение
7) тревожность или тоскливость	16) дрожание рук	25) изжога
8) усиление раздражительность	17) дрожание головы	26) озноб
9) боли в желудке, в подреберье	18) нетвердая походка	27) боязнь

9. С целью облегчить состояние:
  - 1) опохмеляюсь;

2) опохмеляюсь иногда;

3) не опохмеляюсь.

Хорошее самочувствие восстанавливается: через \_\_\_\_\_ суток \_\_\_\_\_ часов воздержания.

10. Приходится ли Вам подавлять желание и мысли о выпивке:

1) нет;

2) приходится.

11. Остановиться:

1) невозможно после \_\_\_\_\_ гр.;

2) удается не всегда;

3) удается легко.

12. Неприятности из-за водки:

1) недовольство близких людей;

2) порицали или предупреждали на работе;

3) приходилось уволиться;

4) попадал в мед вытрезвитель;

5) судимость;

6) развод;

7) неприятностей не было.



## ОТВЕТЫ К ЗАДАНИЯМ

Номер занятия	Тестовые задания (ТЗ)	Ситуационные задачи (СЗ)
1.	1 - а; 2 - в; 3 - б; 4 - г; 5 - г; 6 - в; 7 - г; 8 - б; 9 - а; 10 - д.	1. Экспериментально-психологические методики на исследование мышления: «4-й лишний», обобщение, последовательность событий, классификация предметов, трактовка пословиц, установление закономерностей, проведение аналогий, пиктограмма. 2. Тест Векслера (детский вариант); матрицы Равена (детский вариант). 3. Необходима консультация врача-психиатра.
2.	1 - в; 2 - б; 3 - б; 4 - а; 5 - в; 6 - в; 7 - б; 8 - а; 9 - в; 10 - г, д.	1. Галлюцинаторно-параноидный синдром. 2. Галлюцинаторно-параноидный синдром.
3.	1 - в; 2 - б; 3 - б; 4 - в; 5 - г.	1. Дисфория (тоскливо-злобное настроение). 2. Недержание аффекта, слабодушие. 3. Кататонический ступор, мутизм, активный негативизм, симптом «воздушной подушки». 4. Маниакальный синдром (гипертимия, гиперкинезия, тахифрения, усиление влечений, бессонница). 5. Депрессивный синдром (гипотимия, гипокинезия, брадифрения, апатия, ангедония, ослабление влечений). 6. Онейроид 7. Сумеречное помрачение сознания. 8. Делирий
4.	1 - б; 2 - б; 3 - б; 4 - г; 5 - г; 6 - г; 7 - б; 8 - б; 9 - д; 10 - а.	1. Параноидное расстройство личности. 2. Шизоидное расстройство личности. 3. Патохарактерологическое развитие личности, ананкастный тип. 4. Истерическое расстройство личности.
5.	1 - а; 2 - в; 3 - б; 4 - а; 5 - а.	1. Соматовегетативный уровень (0-3 лет). Синдром невропатии. 2. Психомоторный уровень (4-10 лет). Синдром раннего детского аутизма. 3. Аффективный уровень (7-12 лет). Синдром патологического фантазирования. 4. Эмоционально-идеаторный уровень (12-16 лет). Дисморфоманический синдром. Рекомендовать консультацию врача-психиатра. 5. Псевдогаллюцинации (галлюцинаторный синдром), бред преследования, воздействия (бредовый синдром), автоматизмы (сенсорные, идеаторные, моторные), симптом «открытости мыслей». Синдром Кандинского-Клерамбо.
6.	1 - б; 2 - а; 3 - а; 4 - б; 5 - в; 6 - а; 7 - б; 8 - г; 9 - б; 10 - д.	1. Патохарактерологическое развитие личности, истерический тип. 2. Патохарактерологическое развитие личности, возбудимый тип. 3. Патохарактерологическое развитие личности, неустойчивый тип. 4. Патохарактерологическое развитие личности, тревожный тип. 5. Патохарактерологическое развитие личности, истерический тип. 6. Патохарактерологическое развитие личности, возбудимый тип.
7.	1 - б; 2 - в; 3 - б; 4 - в; 5 - г; 6 - г; 7 - а; 8 - в; 9 - в, г; 10 - б.	1. Элективный мутизм. 2. Невротический энурез. 3. Тотальный мутизм. 4. Депрессивный невроз. 5. Патологически привычное действие.

		<p>6. Конверсионное расстройство.</p> <p>7. Депрессивный невроз.</p> <p>8. Депрессивный невроз.</p> <p>9. Депрессивный невроз.</p>
<b>8.</b>	<p>1 – а; 2 – г; 3 – б; 4 – в; 5 – а; 6 – б; 7 – г; 8 – а; 9 – б, д; 10 – в.</p>	<p>1. Дистормоманический синдром в рамках шизофрении. Необходима консультация врача-психиатра.</p> <p>2. Ипохондрический синдром, бредовой вариант у пациента с шизофренией.</p> <p>3. Синдром метафизической интоксикации в рамках шизофрении.</p> <p>4. Шизофрения кататоническая, непрерывный тип течения. Кататонический синдром (кататоническое возбуждение, импульсивный тип) относится к неотложным состояниям в психиатрии в виду выраженными агрессивными тенденциями больного, представляющих опасность для других лиц.</p> <p>5. Шизофрения детский тип, период наблюдения менее года. Синдром патологического образного фантазирования (фантазии с игровыми перевоплощениями). Медикаментозное лечение: купирование возбуждения – рисперидон (до 2 мг в сутки); препараты нормотимического действия (карбамазепин до 400-600 мг в сутки; вальпроевая кислота до 600 мг в сутки).</p>
<b>9.</b>	<p>1 – в, г; 2 – б; 3 – а; 4 – д; 5 – б; 6 – а; 7 – б; 8 – г; 9 – б; 10 – в.</p>	<p>1. Депрессивный синдром. Диагноз по МКБ-10: Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F 32.3). На исключительную тяжесть депрессии указывает суицидальная попытка, отказы от еды. Необходима госпитализация пациентки в психиатрический стационар.</p> <p>2. Депрессивный синдром. Диагноз по МКБ-10: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F 31.4). На исключительную тяжесть депрессии указывает суицидальная попытка. Необходима госпитализация пациентки в психиатрический стационар.</p>
<b>9.</b>	<p>1 – в, г; 2 – б; 3 – а; 4 – д; 5 – б; 6 – а; 7 – б; 8 – г; 9 – б; 10 – в.</p>	<p>3. Гебоидный синдром в рамках биполярного аффективного расстройства. Медикаментозное лечение: рисперидон (до 4 мг в сутки); препараты нормотимического действия (карбамазепин до 900 мг в сутки; вальпроевая кислота до 900 мг в сутки).</p> <p>4. Метафизическая депрессия. Необходима консультация врача-психиатра.</p> <p>5. Маниакальный синдром. Диагноз по МКБ-10: Расстройство настроения. Маниакальный эпизод. Мания без психотических симптомов (F 30.1). Режим стационарный. Медикаментозное лечение: купирование возбуждения – аминазин (до 150 мг в сутки), галоперидол (до 30 мг в сутки); препараты нормотимического действия (карбамазепин до 1200 мг в сутки; вальпроевая кислота до 900 мг в сутки; соли лития до 2400 мг в сутки).</p>
<b>10.</b>	<p>1 – в; 2 – г; 3 – а; 4 – б; 5 – г; 6 – а; 7 – а; 8 – б; 9 – б; 10 – б.</p>	<p>1. Изменения личности по эпи-типу. Врач-психиатр должен обратиться в правоохранительные органы, зафиксировать нападение на него больного. В рамках уголовного дела пациенту будет назначена судебно-психиатрическая экспертиза.</p> <p>2. Сумеречное помрачение сознания, параноидная форма. Пациенту необходима консультация врача невролога-эпилептолога, проведение электроэнцефалографического (ЭЭГ) обследования головного мозга с целью исключения пароксизмальных расстройств в рамках эпилепсии.</p>

<b>10.</b>	1 – в; 2 – г; 3 – а; 4 – б; 5 – г; 6 – а; 7 – а; 8 – б; 9 – б; 10 – б.	3. Сумеречное помрачение сознания, простая форма, трансбулаторный автоматизм. Необходима консультация врача невролога-эпилептолога, проведение электроэнцефалографического (ЭЭГ) обследования головного мозга с целью исключения пароксизмальных расстройств в рамках эпилепсии. 4. Соматогенный делирий.
<b>11.</b>	1 – а; 2 – а; 3 – г; 4 – б; 5 – в; 6 – г; 7 – а; 8 – а; 9 – а; 10 – а, д.	1. Органическое психическое расстройство с связи эпидемическим энцефалитом. Церебростенический, психопатоподобный синдромы. Клептомания. 2. Органическое психическое расстройство в связи с сифилисом головного мозга. Психоорганический синдром, апатический вариант.
<b>12.</b>	1 – б; 2 – г; 3 – г; 4 – б; 5 – г.	1. Синдром зависимости от каннабиоидов II стадия. Синдром отмены неосложненный. Синдром интоксикации, большой наркоманический синдром (измененной реактивности, психической, физической зависимости).
<b>13.</b>	1 – в; 2 – б; 3 – в; 4 – б; 5 – в.	1. Острый алкогольный галлюциноз. 2. Алкогольный делирий. 3. Амнестический (Корсаковский) синдром.
<b>14.</b>	1 – а, б, в, г; 2 – б, в; 3 – б; 4 – а; 5 – г, д; 6 – д; 7 – в; 8 – а; 9 – б; 10 – г, д.	1. Диагноз по МКБ-10: Умственная отсталость глубокая, со значительными нарушениями поведения, требующее ухода и лечения (F 73.1). Необходимо назначение корректоров поведения, курсы нейрометаболической, витаминотерапии 2-3 раза в год. 2. Диагноз по МКБ-10: Умственная отсталость легкая, без нарушений поведения (F 70.0). Необходима комплексная (медико-психолого-педагогическая) реабилитация, курсы нейрометаболической, витаминотерапии 2-3 раза в год. 3. Диагноз по МКБ-10: Умственная отсталость легкая, с незначительными нарушениями поведения по астеническому типу (F 70.0). Необходима комплексная (медико-психолого-педагогическая) реабилитация, курсы нейрометаболической, витаминотерапии 2-3 раза в год.

Компьютерная верстка – Ю.Г. Чернова  
Корректор – Н.Н. Волнина

Подписано в печать 22.09.2022. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman  
Формат 60x84 1/16. Авт. л. 12,9 Тираж 50 Заказ № 89/2022.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА  
672000, Чита, ул. Горького, 39-а.