

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

ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

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

Чита - 2021

УДК 616.89

Психиатрия и медицинская психология : учебно-методическое пособие для студентов лечебного факультета / А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, С.Е. Гольгина, М.А. Клинова, Е.А. Бодагова, А.С. Озорнин. – 2-е издание, дополненное и переработанное. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2021. – 153 с.

Учебно-методическое пособие отражает современные подходы к преподаванию медицинской психологии, общей психопатологии и частной психиатрии у студентов медицинского вуза по специальности 31.05.01 «Лечебное дело». В описании каждой темы имеются 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 лечебных факультетов высших медицинских учебных заведений.

Рецензенты:

Профессор кафедры психиатрии и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
Минздрава России,
д.м.н., доцент **К.В. Шельгин**

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Общие указания студентам по работе с пациентами в медицинских организациях психиатрического профиля.....	5
Основные практические навыки по специальности «Психиатрия».....	
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.....	7
2. Психология и психопатология потребностно-эмоциональной сферы психики.....	15
3. Психология и психопатология чувственного и логического познания.....	25
4. Психология и психопатология деятельностно-волевой сферы психики. Сознание: определение, психологическая характеристика. Расстройства сознания.....	42
5. Личность: структура, этапы и условия формирования. Расстройства личности, транзиторные расстройства личности. Механизмы развития, динамика, вопросы военной и судебной экспертизы, реабилитация.....	50
6. Психология лечебного процесса. Механизмы психосоматических и соматопсихических отношений. Психология больного. Внутренняя картина болезни, её возрастные особенности. Деонтология, вопросы профессиональной пригодности. Психологические аспекты деятельности врача: профессиональная деформация, синдром хронической усталости и синдром «эмоционального выгорания». Психогигиена и психопрофилактика, реабилитация.....	58
7. Организация психиатрической помощи в РФ и Забайкальском крае. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Классификации психических заболеваний. Психиатрическая экспертиза, понятие о вменяемости и дееспособности. Синдромология в психиатрии, классификация синдромов и их относительная нозологическая специфичность.....	66
Терминологический минимум по общей психопатологии.....	75
Краткая схема истории болезни (для микроурации)	77
Психиатрическая история болезни.....	79
8. Психогенные заболевания (неврозы и реактивные психозы). Соматоформные расстройства. Основы психотерапии.....	85
9. Эндогенные психические расстройства: шизофрения. История выделения, этиопатогенез. Клиника: симптомы первого ранга, основные и дополнительные. Типы течения и синдромальные формы. Этапы и методы терапии. Эндогенные психические расстройства: аффективные и шизоаффективные психозы, инволюционные психозы. Лечение психических расстройств: биологическая терапия и психофармакотерапия. Нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики.....	96
10. Психические нарушения при эпилепсии, этиопатогенез, лечение. Противозлептические препараты. Симптоматические психические расстройства: соматогенные, инфекционные, интоксикационные. Экзогенные реакции (учение Бонгоффера). Органические психические расстройства: общие закономерности развития.....	109
11. Психические расстройства сосудистого генеза: закономерности развития и клинические варианты. Атрофические болезни мозга, клинические особенности...122	
12. Основы аддиктологии. Основные симптомы и синдромы наркологических заболеваний. Факторы и механизмы формирования зависимостей.....	128
13. Наркомании и токсикомании. Эпидемиология. Лечение.....	136
Формы УИРС для студентов по дисциплине.....	139
Приложения.....	140
Ответы к заданиям.....	151

ВВЕДЕНИЕ

Тенденции современной действительности ставят перед врачом любой специальности необходимость учитывать не только соматическое состояние пациента, но и умение определять индивидуально-психологические особенности личности больного для установления комплаентности между пациентом и врачом, достижения оптимального терапевтического альянса.

Стоит отметить, что при изучении медицинской психологии и психиатрии студенты порой испытывают некоторые затруднения. Частично они обусловлены исходными неверными представлениями об этих предметах как науках гуманитарных, неточных и легких для освоения; частично – объективной новизной терминологии и понятийного аппарата. Для облегчения систематизации знаний по изучаемой дисциплине в учебном пособии выделены основные определения и опорные пункты, 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 и работы с пособием в исходном уровне 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 и др. При этом уже на первом занятии следует сразу стремиться к широкому пониманию психического статуса в целом. Естественно, по темам предстоящих занятий оценка психического состояния студентами возможна лишь ориентировочно, опираясь на житейский опыт, уже прослушанные лекции и краткую схему психического статуса. Установление причинно-следственных отношений в болезни является здесь задачей второстепенной.

Подготовка по частной психиатрии (нозологизация) 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 (это вершина клинической медицины) и навыки выбора лечебно-реабилитационных мероприятий. Успехи в этом наиболее полно проявляются при докладе больного, 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 общего профиля, способного понять индивидуально-психологические аспекты личности больных и болезней, заподозрить и выявить психическое расстройство; выработать верную тактику ведения больного; в случае необходимости оказать неотложную психиатрическую помощь, написать квалифицированное направление (к психиатру, наркологу, психотерапевту, клиническому психологу); учитывать особенности поведения разных групп больных при общении с ними на всех этапах реабилитации, во время лечения имеющихся у них соматических заболеваний; уметь пользоваться распространенными психотропными средствами.

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 (душевнобольных), распространяются все этические (культуральные) нормы общения между людьми (мужчина - женщина, младший - старший и т. п.). Однако, поскольку душевнобольной находится в положении еще более уязвимом, чем больной соматическим расстройством, и уже от этого может испытывать чувство приниженности, 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 пациента называть по имени-отчеству. Если больной по каким-то мотивам не желает называть свой адрес и фамилию, то не стоит на этом настаивать. Более того, студенту (и преподавателю) 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 больным (больными) в отделении следует как можно скорее преодолеть изначальное чувство настороженности и скованности; общаться свободно, полагая, что перед вами обыкновенные люди, но со странностями. Наиболее «ходовые» темы для установления контакта: о больном, о его «малой родине», о доме, делах, хозяйстве, т. е. «темы житейские».
4. Не поддерживать с больными 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 же 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 больного 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 больного сведений о нем (для предупреждения сутяжнических актов) 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.
10. Оставить после себя учебное место в том же, а то и в лучшем виде – считать это делом своей чести.

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 (психобиографические) данные.
3. Выявить психопатологическую симптоматику в прошлом и в настоящем, сделать синдромологическое заключение.
4. Заподозрить синдромы, сходные с соматическими расстройствами: маскированную депрессию, ипохондрические синдромы, сенестопатии, соматовегетативные пароксизмы при эпилепсии.
5. Уметь выявить больных наркоманиями и алкоголизмом.
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 с агрессией, ажитированной депрессии, эпилептическом статусе, тяжелой наркоманической абстиненции, интоксикационном 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. Уметь выбрать и выписать необходимые средства для лечения депрессии, эпилепсии, шизофрении, невроза и других заболеваний в зависимости от клиники и течения с учетом совместимости лекарств.
11. 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:

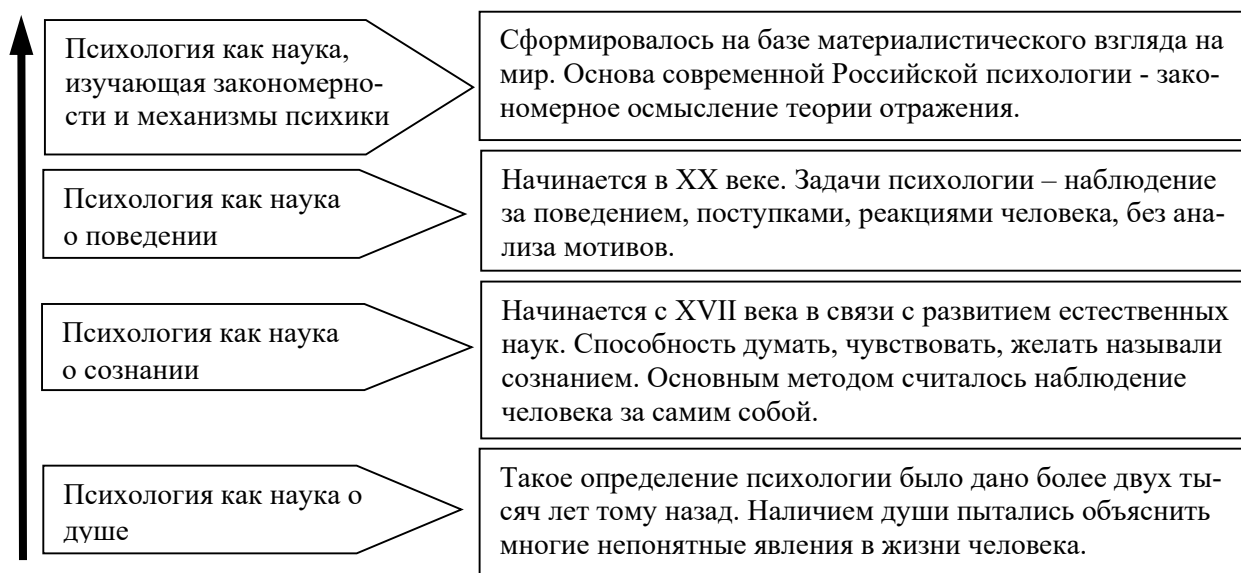
Место медицинской психологии среди других наук, разделы (военная, трудовая, возрастная, социальная, судебная, медицинская психология).

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



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, например:

- 1) особенности психологии больных 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 же, 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.



Развитие психики реализуется в разных формах:

- в форме **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.

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

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).
- IV. 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 кото-

ром 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 З. Фрейду. Концепция деятельностного подхода отечественной психологии.

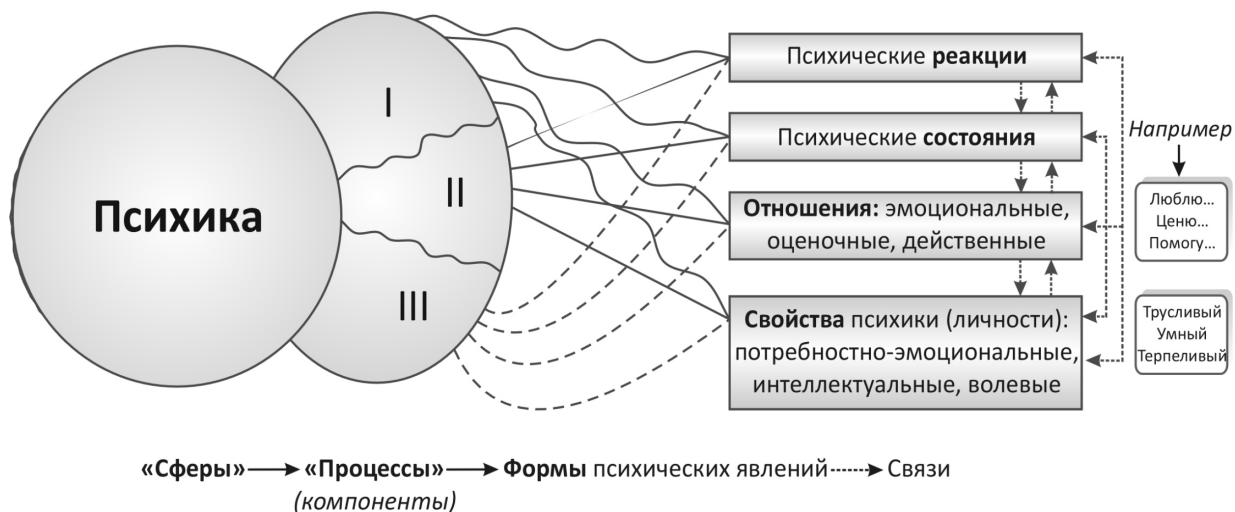
Психическая норма и её критерии: идеальный, среднестатистический, адаптация в группе; особые этнографические и социально-групповые нормативные установки.

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. синдромотикинез). *Частная психиатрия* изучает отдельные психические расстройства (заболевания). В частной психиатрии условно на основе возрастного принципа выделяют детскую, подростковую и геронтопсихиатрию.

СТРУКТУРА ПСИХИКИ

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



История развития психиатрической помощи тесно связана с развитием общества.

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 к несуществующим запахам.

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);
- проективные методики («Тест руки», «пятна Роршаха», и другие);
- личностные опросники разной степени сложности (см. таблице).

Таблица 1

Экспериментально-психологические методы исследования

Психический процесс	Методики
познавательная сфера	
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)
эмоционально-волевая сфера	
Тревожность	опросник Спилберга-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
мотивационная сфера	
Потребности	мотивация успеха Т. Элерса, мотивация одобрения, мотивация избегания неудач, мотивация готовности к риску Шуберга
личность и межличностные отношения	
Темперамент	тест Айзенка, методика Русалова
Характер (акцентуации)	опросник Шмишека, патодиагностический опросник (ПДО)
Адаптация, общение	тест Розенцвейга, тест Лири, метод незаконченных предложений
Комплексные методики	пятна Роршаха, методика ТАТ, тест Кеттелла

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:

1. Больной 33 лет, находящийся на лечении в психиатрическом стационаре, утверждает, что написал трактат на тему «Почему возникает любовь». «В организме человека в крови появляются гормоны. У мужчины – мужские, у женщины – женские. Эти гормоны белкового происхождения. Но когда они возникли? В каких условиях? Каждый человек с самого зарождения обладает способностью к возбуждению. Между возбужденной тканью и невозбужденной возникает биоток, который внешне выражается магнитным потоком. Сила этого магнитного возбуждения меняется в зависимости от внешних условий, и внешние условия могут, таким образом, влиять на возбужденность организма. И вот сила этого магнитного поля одного человека (берем во внимание мужчину и женщину) начинает взаимодействовать с другим. Внутреннее возбуждение человека создает один потенциал. Внешний потенциал может способствовать внутреннему возбуждению. Внешний потенциал человек воспринимает через обонятельный орган, зрительный, чувствительный, слуховой и окружающее человека магнитное поле, которое не представляется возможности видеть, слышать и даже ощущать».

Какой экспериментально-психологический метод исследования необходимо провести больному?

2. В психиатрическую клинику поступила больная 72 лет с бредовыми высказываниями. Психические нарушения начались впервые, остро. В последнее время жаловалась на головную боль, головокружение, шум в ушах. Родственники замечали снижение памяти.

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

3. Больная, 75 лет, обнаруживает грубые расстройства памяти, совершенно не запоминает текущие события, забыла многое из прошлой жизни. Обнаруживает грубые нарушения праксиса.

Какое исследование необходимо назначить больной для определения характера патологического процесса в головном мозге?

Тестовый контроль

1. ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - а) изучение психологических факторов лечебного процесса
 - б) разработка методов психологической помощи пациентам
 - в) изучение психологии больного
 - г) изучение основ деятельности медицинского работника
2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕТОД
 - а) статистический

- б) эпидемиологический
 - в) клинический
 - г) клиничко-катамнестический
3. ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ – ЭТО
- а) симптомы и синдромы психических заболеваний, а также изучение закономерной их смены при течении болезни
 - б) происхождение и этиология психических заболеваний
 - в) происхождение, клиника, течение психических заболеваний
 - г) происхождение, клиника, течение, дифференциальная диагностика и лечение психических заболеваний
4. КРИТЕРИИ В ПСИХОПАТОЛОГИИ, КОТОРЫЕ СУЩЕСТВУЮТ ДЛЯ РАЗГРАНИЧЕНИЯ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ
- а) нарушение протекания психических процессов
 - б) субъективный дистресс
 - в) нарушение функционирования
 - г) несоответствие статистической норме (большинству в популяции)
 - д) социальная опасность
5. ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ОКАЗЫВАЮТ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
- а) генетические
 - б) социальные
 - в) личностные
 - г) генетические, социальные, личностные
6. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ
- а) выявления психических расстройств
 - б) уточнения тяжести / стадии психического расстройства
 - в) исключения причин (заболеваний, состояний), по отношению к которым психическое расстройство могло стать вторичным
 - г) дифференциальной диагностики между психическими расстройствами
7. МЕТОДИКА «ИСКЛЮЧЕНИЕ ЛИШНЕГО» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
- а) памяти
 - б) внимания
 - в) эмоций
 - г) мышления
 - д) интеллекта
8. МЕТОДИКА «ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
- а) памяти
 - б) внимания
 - в) эмоций
 - г) мышления
 - д) интеллекта
9. МЕТОДИКА «КВАДРАТ ЛУРИЯ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
- а) памяти
 - б) внимания
 - в) эмоций
 - г) мышления
 - д) интеллекта
10. МЕТОДИКА ТЕСТОВАЯ «БАТАРЕЯ» Д. ВЕКслера ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
- а) памяти
 - б) внимания

- в) эмоций
- г) мышления
- д) 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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

3. Васильева Е.Ю. Основы психологии для медицинских вузов. (Бакалавриат, специалитет) : учебное пособие / Е.Ю. Васильева. – Москва : КноРус, 2022. – 154 с. – ISBN 978-5-40607831-0.
4. Медицинская психология : учебное пособие / Н.Н. Петрова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 208 с. – ISBN 978-5-9704-6118-1.
5. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.

Интернет ресурсы:

6. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
7. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
8. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
9. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

2. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПОТРЕБНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПСИХИКИ

Исходный уровень: Знание психических процессов: потребность-влечение-желание, понятие единства высших потребностей и чувств; основные формы эмоций и их взаимоотношения. 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*).

Учебная цель занятия:

Изучение основных процессов потребностно-эмоциональной сферы психической деятельности (эмоций, аффекта, потребностей, влечения, желания); изучение анатомических основ описанных процессов, особенностей филогенеза, классификации; изучение психопатологических симптомов расстройств потребностно-эмоциональной сферы.

Содержание:

Потребности – влечения.

Потребность как нужда в чем-либо. Классификация потребностей по предметному содержанию (направленности): биологические (физиологические), социальные, духовные. Классификация потребностей по Маслоу. Некоторые полярные свойства потребностей: сильные – слабые, актуальные – неактуальные. *Ядро личности* как иерархия сформированных потребностей.

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.

«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»

Ушинский К.Д.

Классификация потребностей по Маслоу



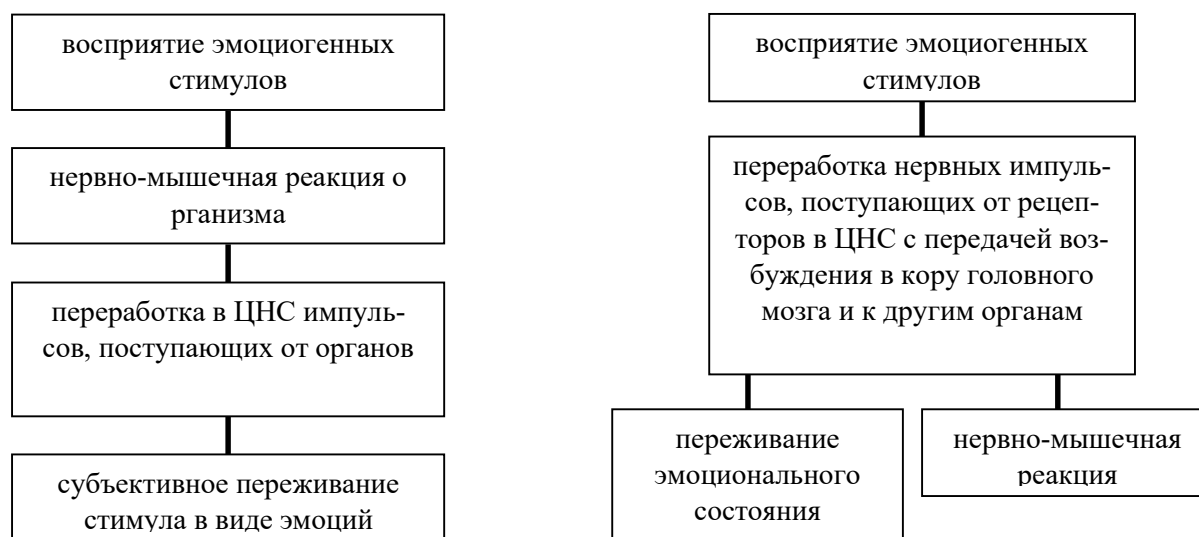
Эмоции

Эмоции – как субъективное отражение объективного мира применительно к потребностям. Эмоции – это обязательный компонент любого психического акта и представлены они во всех формах человеческой психики: реакциях, состояниях (настроениях), отношениях (чувствах), свойствах.

Эмоции – такая компонента психики, которая предназначена «отражать объективный мир» непроизвольно (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. Структура эмоций изображена на рисунке и включает: 4 основных формы, 3 компонента, 7 эмоциональных радикалов, полярные свойства.

Теории возникновения эмоций

теория Джеймса-Ланге теория Кеннона-Барда



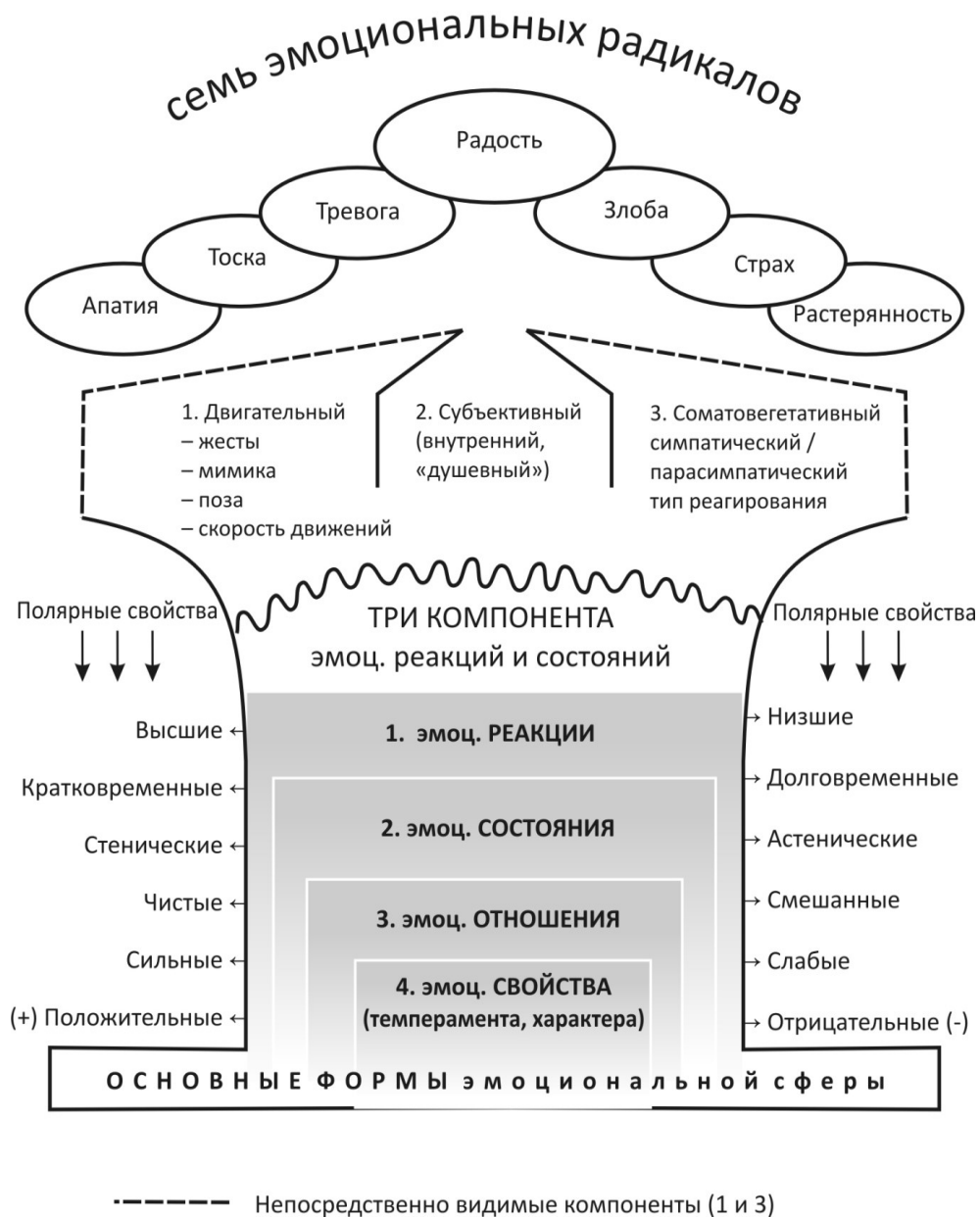
Характеристика четырех основных форм по знаку: положительные и отрицательные; по побуждению к деятельности – стенические и астенические; по уровню организации – высшие и низшие; по механизму возникновения – эндогенные и реактивные. Три компонента эмоций: субъективный, двигательный и сосудисто-вегетативный.

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

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

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

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 (см. далее).
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.

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.

Патологические девиации полового влечения:

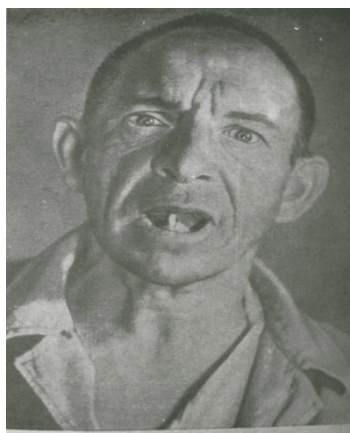
1. Расстройство половой самоидентификации (гендерного самосознания): а) транссексуализм, б) транссвестизм (условно можно отнести к краевой форме транссексуализма).
2. Расстройства сексуального предпочтения (расстройства направленности, *парафилии*): а) фетишизм, б) эксгибиционизм, в) вуайеризм, г) педофилия, д) садизм, е) мазохизм; ж) нарушение ориентации по полу (гомосексуальная, бисексуальная).
3. Другие (образные, но редкие) расстройства направленности: телефонная скатология, зоофилия, гипоксифилия, некрофилия.

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 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 тунейдец, 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...».

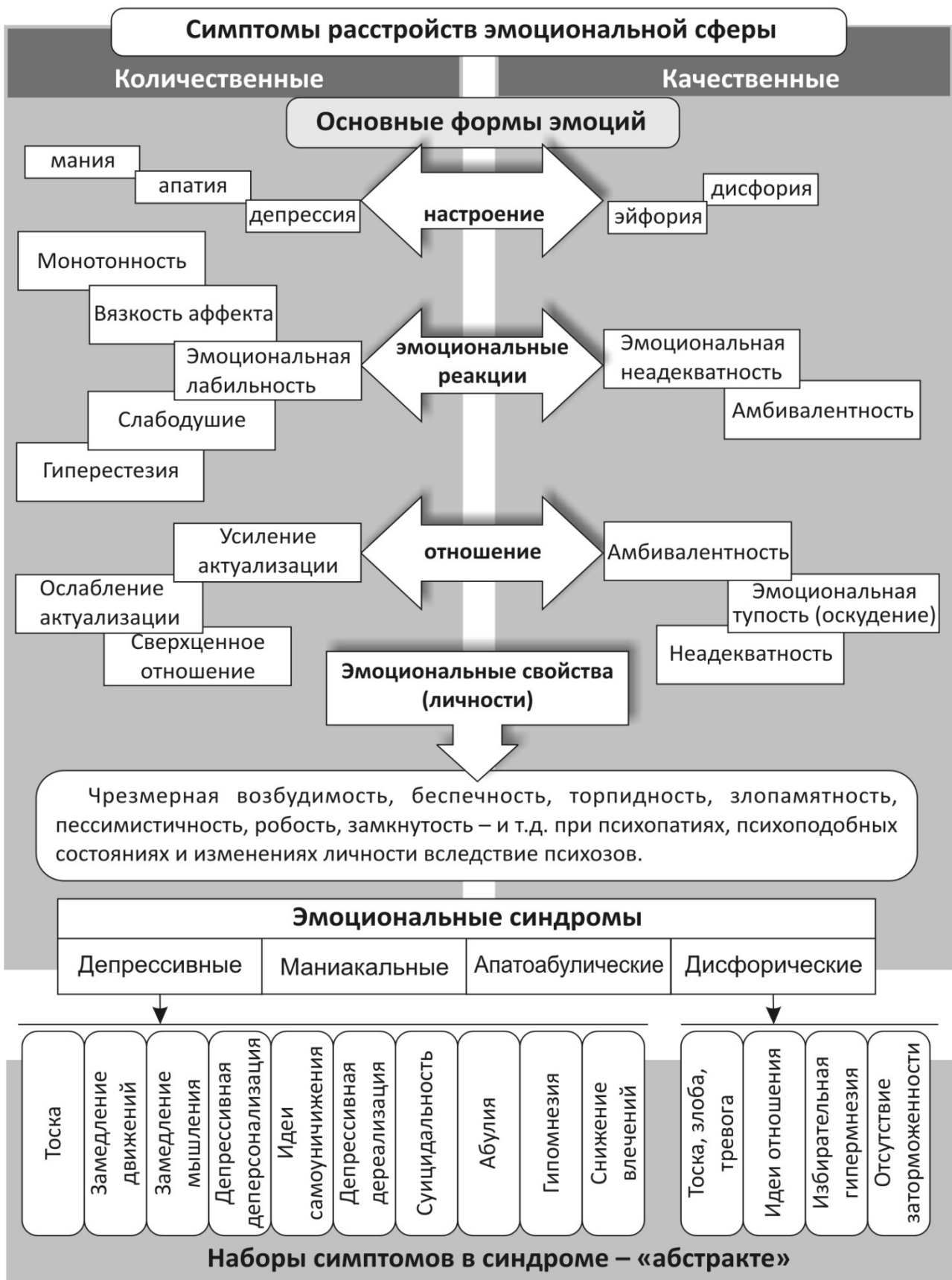
4. Больной с впервые диагностированной бессудорожной эпилепсией рассказывает, что на него иногда «накатывают» такие состояния, что: «Если бы земной шар был как орех, то я раздавил бы его между зубами вместе с людьми...». Однако на сегодняшний день неприятностей из-за этих «накатов» не было: пациенту удавалось отчасти сдерживаться, а близкие, зная это, к нему в таких состояниях «не лезли».

5. В кабинете врача при подчеркнута спокойной с ней беседе больная в состоянии гневливой мании 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). Наиболее значимые в них эмоциональные радикалы.

СТРУКТУРА РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ



Депрессия – болезненное снижение настроения с невозможностью испытывать положительные эмоции. Депрессии классифицируются на простые (меланхолическая, апа-

тическая, 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) и сложные с добавлением дополнительной симптоматики.

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.

Вопросы для самоподготовки:

1. Понятие о мотивационной сфере психики.
2. Определение понятий потребность, влечение, желание.
3. Классификация и онтогенез потребностей.
4. Биологическое и социальное значение потребностей.
5. Что такое эмоции?
6. Классификация и онтогенез эмоций: полярные свойства, основные формы и компоненты.
7. Анатомические и физиологические основы эмоций.
8. Эмоции – фактор болезни и выздоровления.
9. Что такое фрустрация в отличие от стресса?
10. Расстройства влечений (количественные и качественные).
11. Патологические девиации полового влечения.
12. Расстройства эмоций (количественные и качественные).
13. Основные синдромы эмоциональных нарушений.

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.

2. Как вы думаете, какие эмоции можно предположить лишь по внешним признакам, возможна 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.

3. 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,
Набегает 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)

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 непроизвольности (автоматичности): во «влечении» или в «желании»? Что из них выше по уровню развития?
4. Каковы в принципе группы причин расстройств потребностей-влечений.
5. Можно ли признак «неадекватность» применить и к эмоциональным реакциям и к эмоциональным отношениям (Да - нет).
6. Как влияют на формирование и интенсивность влечений, аффективные радикалы: депрессивный, маниакальный, дисфорический, апатический?

Задачи:

На опознание симптомов расстройств влечений.

1. Курильщик после очередного обострения бронхита принял решение бросить курить. Однако уже через полдня почувствовал сосущие ощущения «под ложечкой», неопреде-

ленную напряженность, необходимость дополнительных волевых усилий при сосредоточении внимания на текущих делах. Указанные ощущения шли приступообразными позывами. Противостояние этому состоянию закончилось возобновлением курения с утешительным намерением курить меньше.

2. Какие параметры влечения представлены в байке: Алкоголик дал себе слово не заходить в забегаловку по дороге домой после работы. И свое решение исполнил – прошел таки мимо и даже себя похвалил: «Молодец, Петр – а в награду выпей за это дома».
3. Серийный убийца в телепередаче о нем заявил следующее: «Вы не знаете, что убивать для меня все равно, что для вас есть и пить». Как это понимать?
4. Мальчик 10 лет весной и осенью убегает из вполне благополучного дома и не возвращается, пока его не доставляет милиция. О себе рассказывал ровесникам, и те удивлялись: как это он мог днями обходиться без еды, ночевать один в темноте, в подвалах с мышами и крысами и не бояться «плохих людей».

Ситуационные задачи:

1. Больной, 21 год, последние 3 года не учится, не работает, безучастен к своей судьбе. Неопрятен, с трудом удается искупать его, не причесывается, подолгу не меняет белье. Безразличен к родителям, не интересуется здоровьем отца (онкобольного). Не общается с прежними друзьями, полностью бездеятелен. Был осмотрен врачом-психиатром, направлен на стационарное обследование, лечение.

Какие экспериментально-психологические методы исследования наиболее адекватны в данном случае? Определите состояние эмоций у больного.

2. Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на периодически (преимущественно в весенне-осенний период) без видимой причины возникающие боли в области сердца, иррадиирующие под лопатку; тахикардию, снижение аппетита, потерю веса, слабость, вялость. Неоднократно обследовался у специалистов, но патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено, предлагаемые терапевтические мероприятия эффекта не дают.

Какова тактика врачей терапевтического профиля? Какое расстройство эмоциональной сферы можно предположить у данного больного?

3. Больная, 25 лет, госпитализирована в соматический стационар в связи с суицидальной попыткой – нанесла самопорезы на предплечье. В отделении не сидит на месте, непрерывно ходит по палате, плачет навзрыд, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны, на лице выражение страха, страдания, просит врача сделать ей «смертельный укол».

Какова тактика врачей терапевтического профиля? Какое расстройство эмоциональной сферы можно предположить у больной?

4. Больной, 19 лет. Периодически внезапно изменяется настроение, появляются злобность, раздражительность, недовольство окружающими. В этом состоянии на любое замечание реагирует агрессивно.

Консультация какого специалиста необходима больному для постановки диагноза и назначения лечения? Какие методы обследования необходимо провести больному? Определите эмоциональное состояние больного.

Тестовый контроль

1. К ПАТОЛОГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ОТНОСЯТ
 - а) дисфорию
 - б) тревогу
 - в) апатию
 - г) эмоциональную холодность

2. К ТРИАДЕ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ КЛАССИЧЕСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ
 - а) сниженную самооценку, нарушение сна, вегетативную лабильность
 - б) дисфорию, абулию, астению
 - в) сниженное настроение, идеаторную и моторную заторможенность
 - г) апатию, тоску, тревогу
3. К АТИПИЧНОМУ ВАРИАНТУ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ
 - а) ироническую депрессию
 - б) ажитированную депрессию
 - в) депрессию с бредом ущерба и обиденных отношений
 - г) апатическую депрессию
4. СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ЧАЩЕ СОВЕРШАЮТ _____ ВОЗРАСТА
 - а) мужчины молодого
 - б) мужчины пожилого
 - в) женщины молодого
 - г) женщины пожилого
5. ВСЕГДА ЯВЛЯЕТСЯ СУИЦИДООПАСНОЙ, ДЕПРЕССИЯ
 - а) ироническая
 - б) апатическая
 - в) с ипохондрическим мегаломаническим бредом (синдром Котара)
 - г) дисфорическая

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
3. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

4. Медицинская психология : учебное пособие / Н.Н. Петрова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 208 с. – ISBN 978-5-9704-6118-1.
5. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
6. Общая психопатология. Курс лекций / А.В. Снежневский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 208 с. – ISBN 978-5-00030-887-5.

Интернет ресурсы:

7. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
8. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
9. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
10. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

3. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЧУВСТВЕННОГО И ЛОГИЧЕСКОГО ПОЗНАНИЯ

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:

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.

Определение ведущей репрезентативной системы пациента

	Визуалист	Кинестетик	Аудиалист	«Компьютер»
Употребляемые слова	смотреть, наблюдать, яркий, любуюсь	чувствовать, ощущать, теплый, обожаю	звучать, слышать, тон, громкий	понимать, знать, анализировать, интересно, логично
Поза	голова вверх, спина прямая	спина согнута, голова опущена	голова склонена набок	прямая поза, руки скрещены
Речь	быстрая, громкая, высокий тон	медленная, негромкая, низкий грудной голос	выразительная, мелодичный голос	монотонный голос
Взгляд	поверх других	вниз, ниже других	часто в одну сторону и вниз	через головы других
Правила слушания	«я должен видеть для того, чтобы слышать»	приблизиться «чувствовать, чтобы слышать»	«не видеть, чтобы слышать»	никакого контакта глаз

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*).

Самонаблюдения двух летчиков, первый раз испытавших невесомость (так называемые психопатологические феномены у здоровых в необычных условиях):

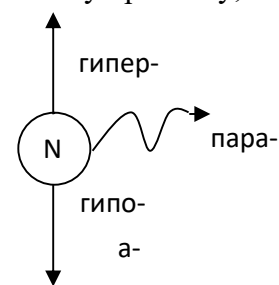
1. а) После наступления невесомости через 8-10 секунд почувствовал, как голова начинает распухать и увеличиваться в размерах (1). На 13-ой секунде появилось впечатление медленного кручения тела в неопределенном направлении (2). Еще через 15 секунд стал терять пространственную ориентировку (3) и поэтому вывел самолет из параболического режима.

1. б) В первые секунды воздействия невесомости почувствовал, что самолет перевернулся и летит в перевернутом положении, а я завис в самолете вниз головой (4). Посмотрел в иллюминатор, увидел горизонт Земли и убедился в ложности своего ощущения. Через 5-10 секунд «иллюзия» исчезла. При наличии иллюзии и после ее исчезновения весь период невесомости испытывал неприятное, незнакомое ранее ощущение неестественности и беспомощности. Мне казалось, что изменилась не только обстановка в самолете (5), но и что-то во мне самом (6). Чтобы избавиться от этого неприятного ощущения пробовал в невесомости писать, дотягиваться руками до различных предметов. Все это выполнял без особых затруднений. Тем не менее, это чувство беспомощности, неуверенности не проходило и мучило меня.

2. Страдавший редкими приступами эпизодической шизофрении 35-летний А.М.Д. находился в СИЗО за торговлю наркотиками. Доставленный в зал судебного заседания, он очень быстро и для всех неожиданно разделся догола. Позже экспертам-психиатрам рассказал, что он слышит «разные голоса». Чаще всего слышится то нежный и заботливый, то обвиняющий голос его жены; то «голос» умершего знакомого и его сестры, а реже, с расстояния в 5-10 метров, – «голос» дочери и даже свой собственный голос. Собственный обычно раздавался впереди него самого и однажды ругал дочку Настю за то, что она продала подаренные им сапоги. Дочь «своим голосом» оправдывалась, а жена Лена просила не мучить ребенка. Наплывы «голосов» появляются неожиданно, даже в шуме; тогда шум не слышится, а «голоса» слышатся – и это больного удивляет. Голоса убеждали его, что в суде его будут бить конвойные милиционеры, но если он успеет разделаться, то бить не будут. Раздевался, чтобы не быть избитым.

3. Заболевший шизофренией студент-биолог утверждает, что «видит» как другие незнакомые ему студенты вычерпывают маленькими ложечками гликоген из его клеток Беца. Ложечки светлого цвета, детали внешнего вида вычерпывателей (вредителей) не точны, но это студенты. Клетки Беца тоже представляются неопределенно – «умозрительно»; они в шестом слое коры. Эти то ли видения, то ли представления (но, безусловно, образы зрительные) возникают «без его согласия» периодически и необычно мучительны. А другие люди этого не видят. Происходит ли это на самом деле – это для него не важно. Важно, что он видит и чувствует.

Многообразие расстройств классифицируют по двум «основным» (сущностным) параметрам: 1) по предметному содержанию; 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). Сенестопатии – тягостные, крайне неприятные ощущения без четкой локализации. Отличие сенестопатий от обычных болезненных ощущений: особенности локализации, предъявление в жалобах, воспроизведе-

дения в памяти по исчезновению. Сенестопатии – структурный компонент синдромов: сенесто-ипохондрического, параноидного, сенсорного (сенестопатического) автоматизма.

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

Иллюзии – 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). Обманы восприятия у здоровых людей. Парейдолические иллюзии.

Галлюцинации – ложное восприятие без реального объекта.

Классификационные параметры галлюцинаций:

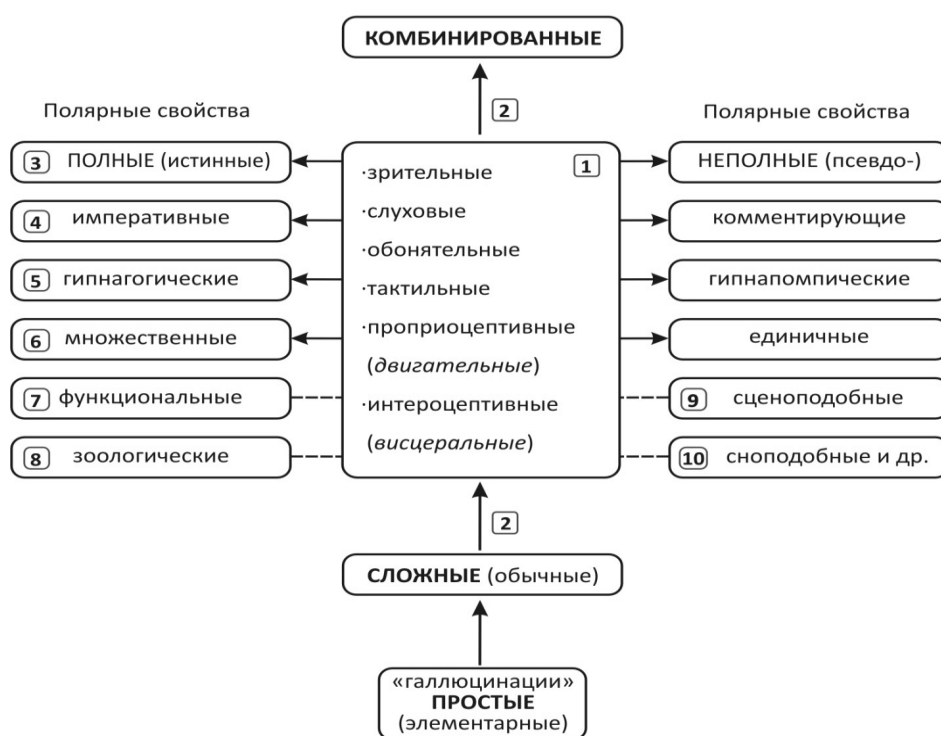
- по органам чувств – анализаторам (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, общего чувства);
- по сложности (элементарные, простые и сложные (комплексные));
- по полноте образа: **истинные** и **псевдогаллюцинации**.

Галлюцинации	Критерий сенсорности	Критерий проекции	Критерий «сделанности»	Критерий осознания
Истинные	Галлюцинаторные образы характеризуются чувственной живостью (реалистичностью); поведение пациента зависит от того, что он воспринимает в данный момент	В окружающее пространство (экстрапроекция, т. е. проекция в пределах чувственного горизонта)	Отсутствует	Критика отсутствует
Ложные (псевдогаллюцинации)	Образы не имеют характеристик реального физического объекта; больные могут скрыть наличие галлюцинаций	В субъективное (представляемое) пространство (интрапроекция, т. е. за пределами чувственного горизонта); слышит «голос» в голове; видит «внутренним оком»	Присутствует. Например, «голоса» в голове пациент объясняет воздействием гипноза	Пациенты осознают, что галлюцинаторные образы отличаются от реальных, часто понимают, что это отклонение от нормы

– 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), рефлекторные (галлюцинации сосуществуют параллельно с раздражителем, но возникают в области другого анализатора. Например, звук льющейся из крана воды вызывает зрительные галлюцинации, исчезающие при выключении крана, т. е. прекращении действия раздражителя – звука воды), внушенные (Рейхардта, Ашаффенбурга, Липмана);
- в) единичные – множественные;
- г) «зоологические»;
- д) сценopodobные и др.

КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ



- 1) По органам чувств
- 2) По сложности (уровню развития образа): ↑
- 3) По полноте образа, т.е. по соответствию восприятию или представлению
- 4) По побудительной силе
- 5) По отношению ко сну
- 6) По числу образов
- 7) } По другим значимым не полярным особенностям
- 8) }
- 9) }
- 10) }

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»).

Значение параметров (особенностей) расстройств восприятия для синдромологической и нозологической диагностики. Галлюцинации – в синдромах: галлюцинаторный, галлюцинаторно-параноидный, делириозный, онейроидный: влияние остроты состояния (острое-хроническое) и помрачений сознания на особенности галлюцинаций.

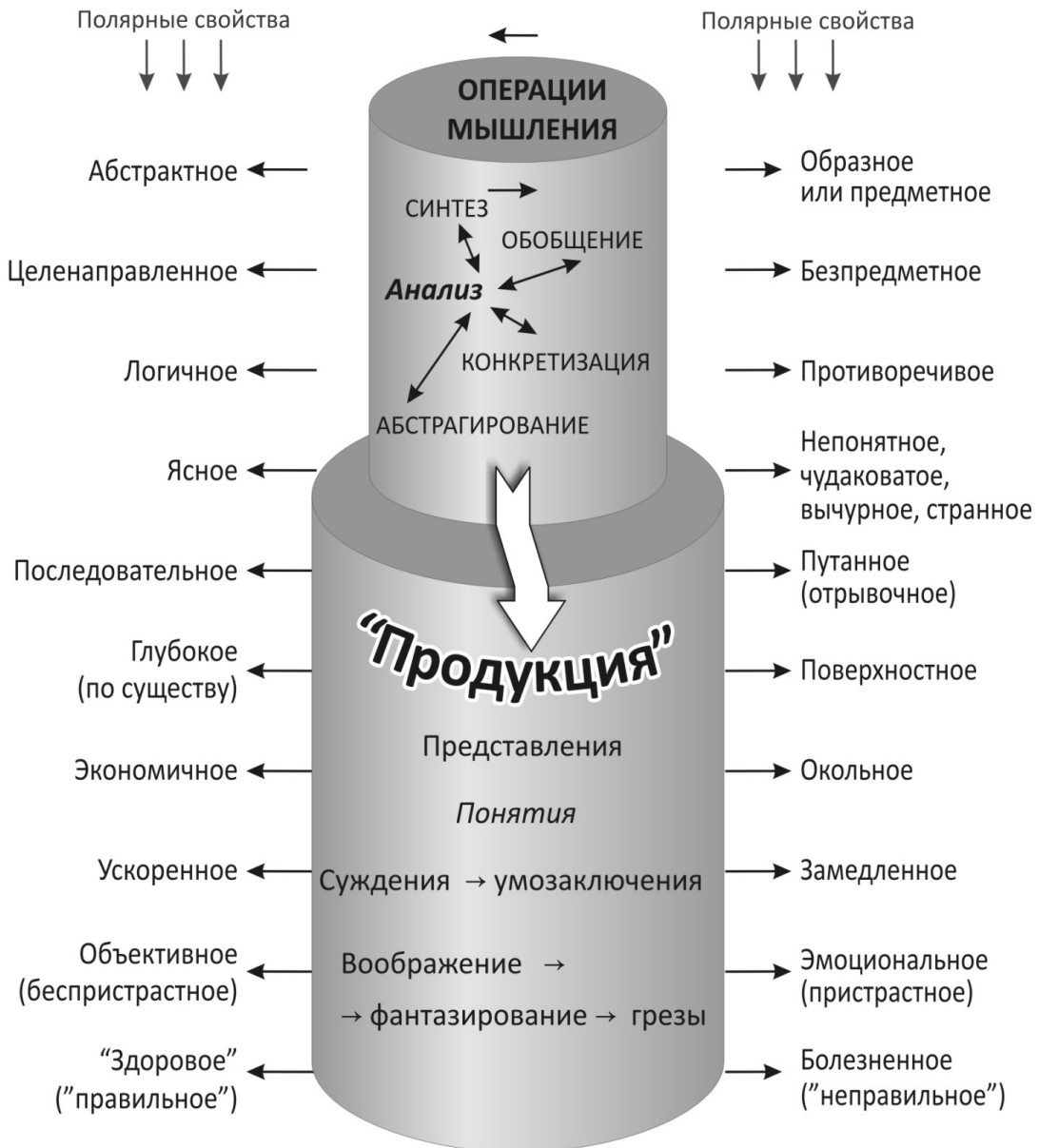
Психосенсорные расстройства – сложные расстройства восприятия: метаморфозия, дереализация, деперсонализация, расстройства схемы тела. Нозологическая специфичность расстройств восприятия.

Логическое (абстрактное) познание

Мышление - это психический «процесс», заключающийся в установлении внутренних связей между предметами и явлениями. Структура мышления: категории, операции, свойства, уровень (см. рис.). Понятия (житейские и научные, эмпирические и теоретические), суждения, умозаключения. Основные операции мышления (анализ, синтез, сравнение, обобщение, конкретизация, абстрагирование); свойства мышления (целенаправленность, логичность, экономичность, продуктивность, непрерывность, критичность,

эвристичность). Этапы развития мышления в онтогенезе: наглядно-действенное, конкретно-образное, абстрактно-логическое.

СТРУКТУРА МЫШЛЕНИЯ КАК ПРОЦЕССА:
полярные свойства / операции / категории (продукция)



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: память, мышление, внимание. Интеллект не предполагает обязательного социального содержания.

Методики экспериментально-психологического исследования познавательной сферы.

Расстройства мышления

Вводные демонстрации.

1. Больной В.Х., 40 лет, периодически лечится стационарно от эпизодической шизофрении. Фиксирован на «поворотах в влево» и пишет на эту тему. «Побелка произведена левой рукой, поворотом через левое плечо неразрывным кругом справа налево; а в правой руке было ведро с известью. Правила уличного движения (при этом) не нарушались. В данном случае я имею право включать в доме лампочку Ильича и вешать на доме красный флаг [т. к. «левый» – значит революционный].

2. 18-летняя девушка, страдающая эпилепсией (с дисфориями и слабоумием) периодически, из-за ссор с матерью во время дисфорий, поступает в психиатрическую больницу, где ей вскоре становится тягостно, а мать с выпиской не спешит. Ниже приводится ее письмо к матери:

«Здравствуй мамачка и Таничка мая сестренка. Мамачка вы радители радные воспитательные. Мамачка радители радные воспитательные. Ты мамачка мая приижательная з деньгами с капейками с вещами с домашними с маими приижательная. Домой миня мамачка вазмеш в вещах в домашних одетую миня домой мамачка воспитательная. Родная родименькая я радная дочинька. Мамачка ты мая, я дочинька, мамачка, твая саскучилась об вас я саскучилась абамне мамачка с Таничка и мамачка радименькая моя, я дочинька. Так на пассажирском автобуси уже уеду с тобой. Жить домой абизательна воспитаватца я уежяю. Я дома сваими дома. Жить мамачка радиминькая замной миня ты вазмеш. Жить домои мамачка ты мая радная. Письмо я домой пишу».

3. Больной Т., 28 лет, 15 лет страдает неблагоприятно текущей эпилепсией, на неоднократно повторенный вопрос о том, с чего началась его болезнь, отвечает: «У меня, знаете, получилось так: я вообще-то...да – а у меня... как раз 6 класс, в 6 классе я учился... у меня...там. Что же, вы думаете, у меня случилось? Прихожу я, значит, пришел я, значит, из школы; сдавал экзамены: экзамены я сдал. Сдавал я экзамены я по русскому языку. По своему, по русскому языку сдавал... у меня так получилось, что дело... этот предмет сдал... да... так... у нас это изложение, изложение мы писали... я со своим..., которым, как говорится, написали... преподаватель говорит «можно выйти». Мы вышли из этого, как говорит... из класса, в коридор в коридор вышли... Так... и... все сидим в коридоре, дожидаемся... как нам... какие отметки нам поставят... вот. Сидим, дожидаемся (из стенограммы).

4. Больной Х, 40 лет, с хроническим бредом, приглашенный на беседу со студентами, благодушно и охотно беседовал, потом написал и передал старосте «документ» следующего содержания:

«Я, Х.В.П. (ФИО полные) дарю один миллион рублей, так как имею свою Землю и при том не в одном количестве. Прошу выдать миллион рублей без задержки. А 11 чело-векам (студентам) по 10.000 тысяч дополнительно рублей. Возждь всего народа на Земном шаре. И не только Возждь Земли, но и всей Вселенной и даже воздуха. (Подпись)».

Расстройства течения ассоциаций.

Количественные и качественные (подробно – в схеме). Качественные расстройства разрушают структурную целостность «продуктивных» психопатологических синдромов,

например бредовых (параноидных), но «участвуют» в формировании синдромов слабоумия: эпилептического (обстоятельность); шизофренического – резонерство (разорванность).

Расстройства суждений: идеи навязчивые, сверхценные, бредовые.

Навязчивые идеи. Возникают непроизвольно, помимо воли и желания больного, осознаются критически как неправильные, чуждые, пациент стремится от них избавиться. Признак навязчивости (обсессии) в других психических процессах и «сферах»: навязчивые влечения, желания, переживания, страхи, представления, воспоминания, фантазирование, сомнения, движения, действия.

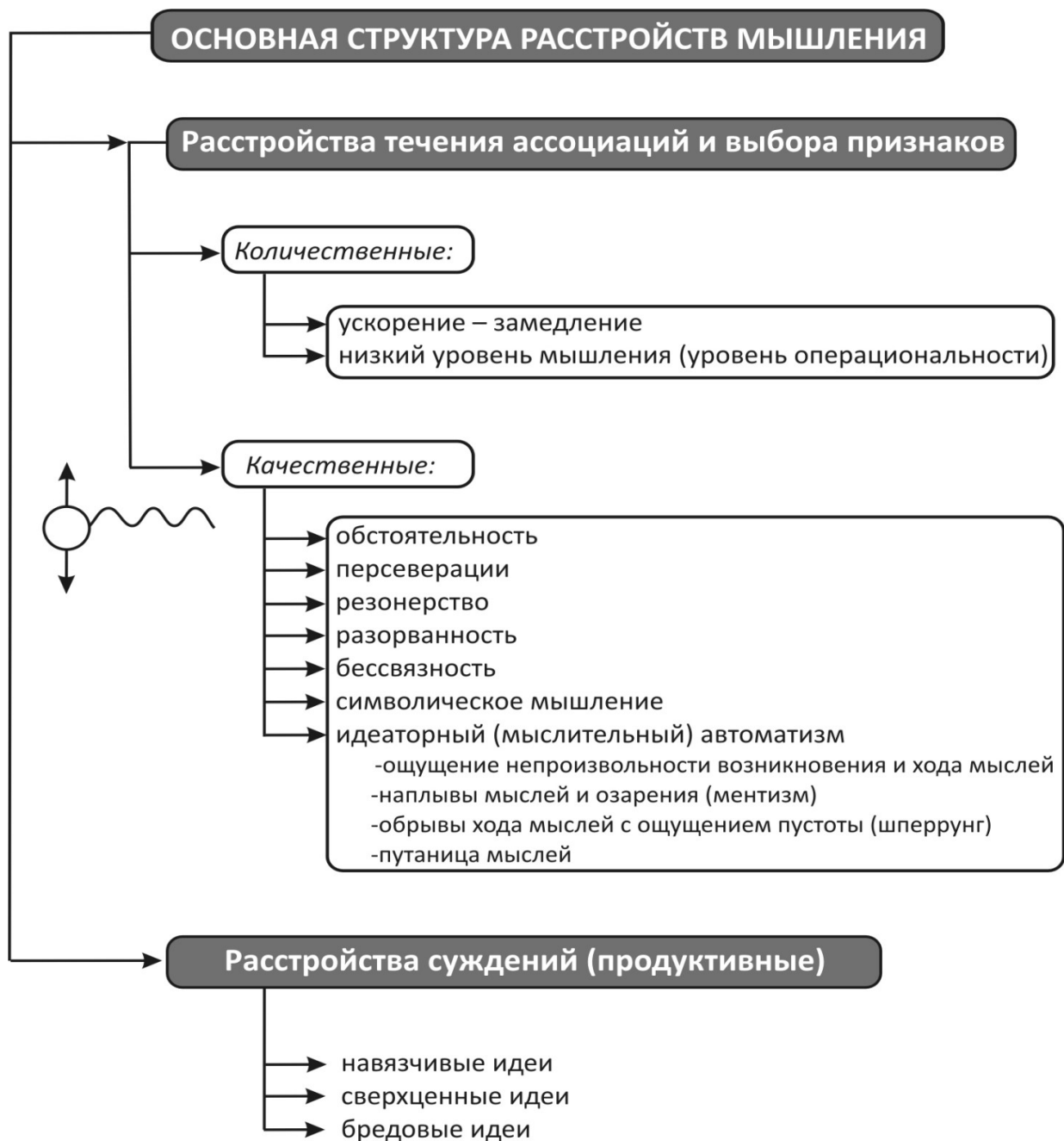
Сверхценные идеи. Основаны на реальных событиях и фактах, но в силу личностных особенностей возникающим идеям придается чрезмерное значение. Свойства: систематизированность, эмоциональная заряженность, возможная корригируемость разубеждениями. Диагностическое значение (нозологические особенности).

Бредовые идеи (бред – это симптом психического расстройства, заключающийся в ошибке суждений на болезненной основе). Отличие от ошибок суждений психически здоровых: игнорирование категории случайного, тенденция относить их к своему «я», невозможность разубедить. Клинические критерии бреда: идеи обычно не соответствуют действительности, одержимость идеями (эмоциональная заряженность), отсутствие критики, болезненная основа. Стадии развития: бредовое настроение, бредовое восприятие и толкование, кристаллизация, распад бреда. Исходы бреда: полное исчезновение, дезактуализация, инкапсуляция, хронизация, распад вследствие слабоумия. Виды бреда по структуре: паранойяльный, параноидный, парафренный;

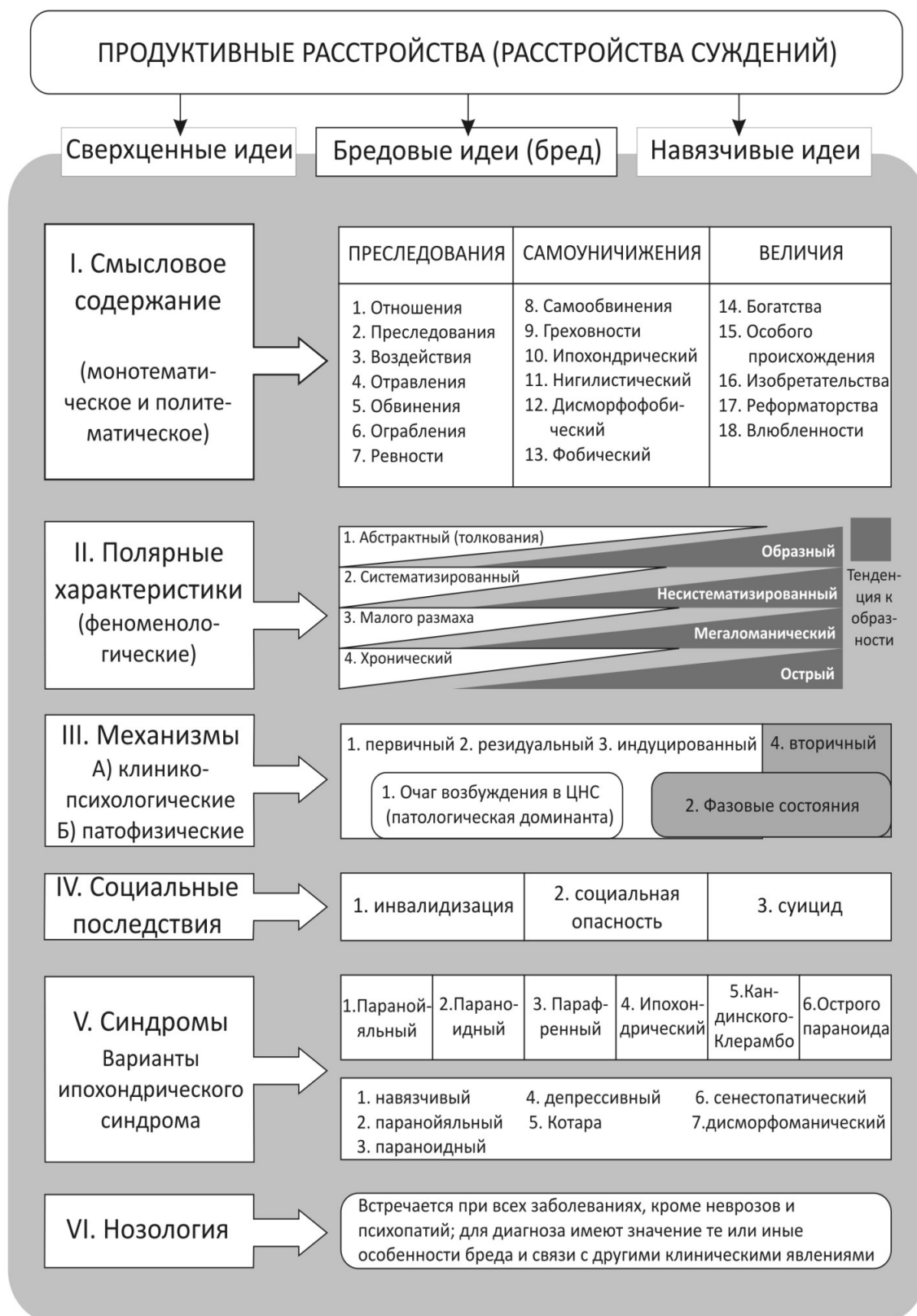
Классификационные параметры бреда (как симптомы - см. рисунок):

1. По происхождению: первичный, вторичный (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).

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



НЕКОТОРЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ БРЕДА



Клинические параметры и этапы развития бреда



Расстройства памяти и интеллекта

Расстройства памяти.

Количественные расстройства: гипермнезия, гипомнезия и амнезии. Закономерности снижения памяти при развитии органического церебрального заболевания (закон Рибо). Классификация амнезий (ретроградная, антероградная, ретардированная, фиксационная, прогрессирующая, аффектогенная). Качественные расстройства памяти – парамнезии (криптомнезии, псевдореминисценции и конфабуляции).

Диагностическое значение расстройств памяти при различных заболеваниях: сосудистых, старческих, эпилепсии, Корсаковском психозе.

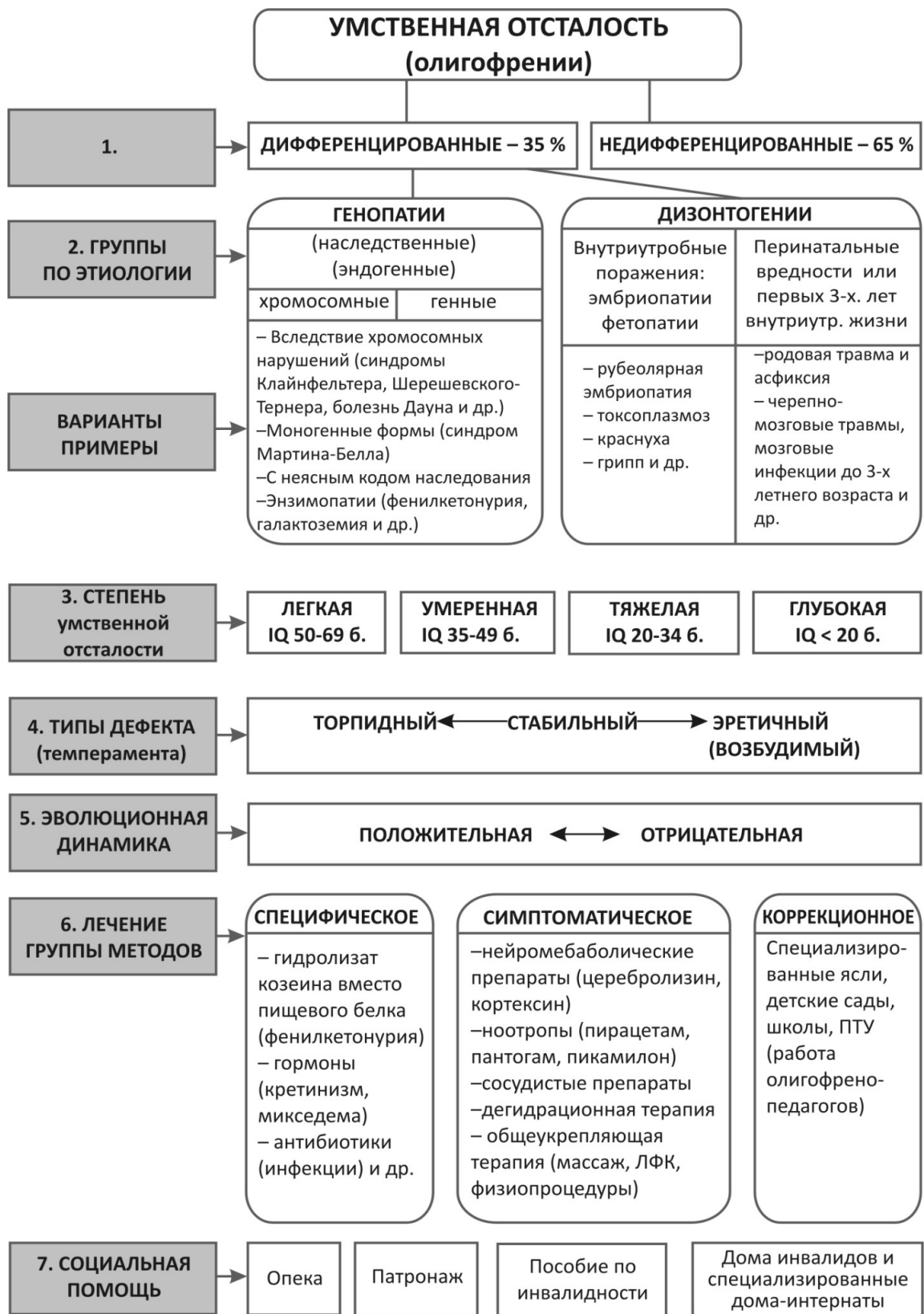
Расстройства интеллекта.

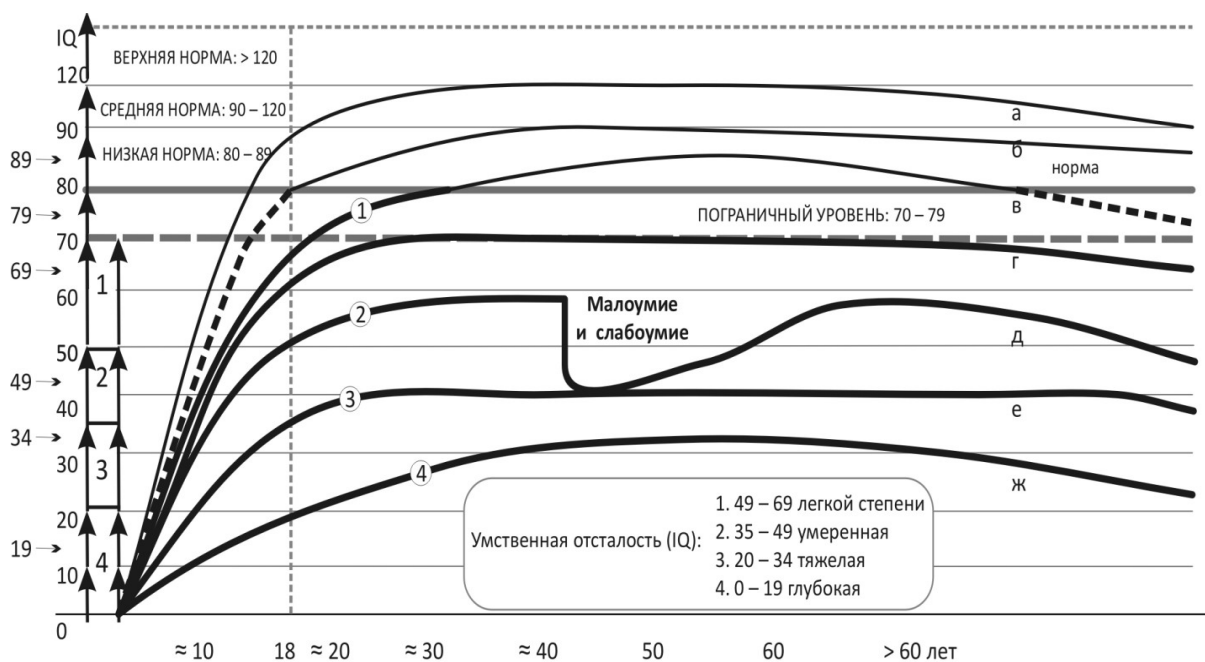
Интеллект – это совокупность всех познавательных процессов, отражающая уровень способности к приобретению и эффективному использованию знаний. Предпосылки интеллекта: память, мышление, внимание, речь, скорость обработки информации и др. Патология интеллекта: врожденное *слабоумие* (*умственная отсталость*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



СТАДИИ ДЕМЕНЦИИ

	Легкая (парциальная)	Тяжелая (тотальная)
Память	Гипомнезия	Амнезия
Способность к решению мыслительных задач	Ограничена	Утрачена
Ориентировка в собственной личности и ситуации	Сохранена	Нарушена
Выпадение высших корковых функций (агнозия, апраксия, афазия, аграфия, акалькулия и др.)	Выражено незначительно	Выражено значительно
Осознание болезни	Есть (может быть неполное)	Нет





Степени (1, 2, 3, 4) умственной отсталости (олигофрении) в 18 лет и их возможная возрастная эволютивная «±» динамика.
а — ж - линии больных и здоровых.

Примечание: по оси ординат – возраст в годах, по оси абсцисс – индекс интеллекта в баллах по тесту Векслера

Вопросы для самоподготовки:

1. Понятие о познавательной сфере, ее компоненты.
2. Ощущения, восприятия, представления, их развитие в филогенезе.
3. Определение ведущей репрезентативной системы больного как фактор успешности лечения.
4. Расстройства чувственного познания, систематика.
5. Иллюзии, их диагностическое значение.
6. Галлюцинации, систематика, истинные и псевдогаллюцинации, их диагностическое значение.
7. Психосенсорные расстройства, их диагностическое значение.
8. Основные категории мышления: «понятие», «суждение», «умозаключение».
9. Систематика расстройств мышления: расстройства течения ассоциаций и расстройства суждений.
10. Классификационные параметры бреда.
11. Классификация памяти и процессы памяти.
12. Развитие памяти в онтогенезе. Значение памяти в других психических процессах.
13. Закономерности снижения памяти у взрослых и пожилых.
14. Анатомические, биохимические и гормональные основы памяти.
15. Количественные и качественные расстройства памяти.
16. Понятие об интеллекте, умственной отсталости и деменции.
17. 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. Проведите определение своей ведущей репрезентативной системы (приложение 2).

3. 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?

Вопросы для контроля знаний:

1. В смысловом содержании патологических идей (сверхценных, бредовых, навязчивых) больше различия или сходства?
2. Что ближе к идее сверхценной – навязчивая или бредовая?
3. Какое из продуктивных расстройств мышления (навязчивая, сверхценная или бредовая идея) наиболее специфично для нозологической диагностики?
4. Признак психического автоматизма более характерен для псевдогаллюцинации или галлюцинации истинной?
5. Какому содержанию бреда предрасполагает эмоциональное состояние: маниакальное, эйфорическое, страховое, депрессивное?
6. Может ли быть рассогласование этих отношений? Благоприятно ли оно для прогноза?
7. Может ли бредовое утверждение соответствовать истине?
8. Возможно ли формирование какого-либо психического процесса (компонента) без участия памяти?
9. Может ли быть фиксационная амнезия (гипомнезия) одновременно и прогрессирующей?
10. Включаются ли эмоционально-волевые свойства личности (темперамент - характер) в понятие «Интеллект»?
11. Является ли интеллект результатом синтеза или обобщения уровней памяти, мышления и внимания?
12. Какая из этих 3-х предпосылок интеллекта относится не только к познавательной сфере? К какому еще более сложному познавательному процессу она относится?

Задачи:

На опознание симптомов нарушения чувственного познания.

1. Больной, страдающий неврастенией, жалуется, что не выносит никакого шума, стал чрезмерно чувствительным ко всякого рода болевым и тактильным раздражителям.
2. Больной в состоянии делирия пытается что-то смахнуть с себя. Говорит, что под одеялом по его телу ползают пауки, бегают мыши.
3. Больная требует сделать ей операцию, поскольку в течение нескольких дней чувствует, как из одного легкого в другое «туда и обратно» переползают две змеи.
4. В период лихорадочного состояния (пневмония) у больного появилось ощущение собственной невесомости, а голова казалась огромной, не вмещающейся в комнате. Пациент «умом понимал», что это явление болезненное, надо терпеть и ждать, когда оно пройдет.
5. Больной жалуется, что соседи по квартире непрерывно заставляют его воспринимать необычный горький запах, «мысленно» приказывают уничтожить себя и освободить для них квартиру. Об этом написал в заявлении участковому милиционеру.

На определение симптомов (синдромов) нарушения чувственного познания (обозначены цифрами в скобках).

1. Больной С., 40 лет. Диагноз: Параноидная шизофрения. Слышит радиопозывные с планеты «Уран». Мысленно периодически разговаривает с Богом: слышал его голос с неба и отвечал ему. Как звучит голос Бога, описать не может, но, тем не менее, утверждает, что это голос, а не мысль (1). Радостно возбужден, держится с необычным достоинством, говорит неопределенно о своей причастности к высшим силам
2. Больной К., 36 лет. Диагноз: Подострый алкогольный галлюциноз. Под действием любого шума (от самолета, трактора и т.д.) возникали его собственные, но неуправляемые

и «звучащие мысли» в голове, которые с прекращением шума исчезали (1). Через месяц после лечения мысли стали беззвучными, но по-прежнему неуправляемыми, автоматическими (2). Еще через месяц перестали возникать и «мысли». Продолжал утверждать, что звучали мысли, а не «голоса».

3. Больная С., 40 лет. Утверждает, что она стала воспринимать себя иначе, чем раньше: «Стала чувствовать себя как робот» - исчезло эмоциональное (и приятное и неприятное) сопровождение физиологических актов и действий. Это состояние для больной субъективно неприятно, она просит от него избавиться. Ощущения, что ею управляют, нет (1).
4. Больной Е., 30 лет. Диагноз: Шизофрения псевдоневротическая, сенесто-ипохондрический синдром. Болен с 20 лет. Последние 6 лет многословно жалуется на неприятные ощущения в позвоночнике: боли, шевеления, переворачивания, переливания, нагревание, жжение, удары «через шею в голову от позвоночника» (1). Убежденно объясняет это усиленной и неправильной циркуляцией спинномозговой жидкости, которая якобы возникла вследствие люмбальной пункции, произведенной на 4-ом году болезни врачом с какими-то «плохими целями» (2). Периодически (с усилением описанных ощущений) возникают очень сильная тревога и страх – настолько, что больной начинает метаться, «кататься по полу», при этом возникает чувство исчезновения его тела и психического Я (3). Пациент взывает о помощи, о спасении. Родственники вызывают машину скорой помощи, которая доставляет его в психиатрическую больницу, где это состояние купируется; иногда оно проходит и по пути в больницу. Неврологом диагностированы арахноидит и явления остеохондроза поясничного отдела позвоночника.
5. Больной Ф., 50 лет. Диагноз: Хронический алкогольный галлюциноз. На протяжении многих лет слышит мужские «голоса» на расстоянии около 5 метров. Например, «Встань с левой ноги, встань с левой» (1). «Какая разница, с какой» – рассуждает уже сам больной и встает, как советуют «голоса». Но затем слышит болагурно-насмешливое: «Ну и дурак же ты, кто же встает с левой – это не к добру...» (2). Рассердившись и твердо зная, что эти «голоса» а кажущиеся, он раздражается бранью и «голоса» на некоторое время его оставляют. Если «голоса» «наплывают» при наличии людей, то пациент отходит в сторону «поругаться с голосами». Если же они приказывают ему плюнуть кому-либо в лицо, помочиться прямо на улице, открыть газ в плите и т.д., то он ругает их сразу (часто нецензурно), стыдит, зная, что после этого «голоса» на время «смирнеют». «Голоса» «накатывают», когда он в спокойном состоянии и ничем не занят; при сосредоточении внимания на делах и на разговорах, они не появляются.

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 отделаться.
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:

1. Больной дома пытался нанести ножевое ранение соседу. При этом был злобен, напряжен, заявлял, 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. В ходе следствия было установлено, что больной в течение последних 10 лет страдает шизофренией.

Что должен сделать следователь? Определите синдром у больного.

2. При обследовании в соматическом стационаре больной заявляет: «Мозг мой атрофирован, печень совсем распалась на дольки, через позвоночник будто электрический ток проходит и высушивает спинной мозг».

Какими должны быть действия врача соматического стационара? О каком синдроме идет речь?

Тестовый контроль

1. К КАЧЕСТВЕННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОЩУЩЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ
 - а) гиперестезия
 - б) анестезия
 - в) сенестопатия
 - г) гипестезия
2. ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТСЯ К ПАТОЛОГИИ
 - а) ощущений
 - б) восприятия
 - в) влечений
 - г) эмоций
3. АУТОМЕТОМОРФОПСИИ ОТНОСЯТСЯ К
 - а) сенестопатиям
 - б) психосенсорным расстройствам
 - в) псевдогаллюцинациям
 - г) расстройствам памяти
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
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
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

7. БРЕДОВЫЕ ИДЕИ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
 - а) расстройствах невротического уровня
 - б) расстройствах психотического уровня
 - в) на любом из перечисленных уровней
 - г) и у психически здоровых, и у психически больных 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
9. К РАССТРОЙСТВАМ ВНИМАНИЯ ОТНОСЯТ
 - а) деперсонализацию
 - б) обстоятельность
 - в) патологическую отвлекаемость
 - г) дереализацию
10. К КАЧЕСТВЕННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПАМЯТИ ОТНОСЯТ
 - а) гипермнезии
 - б) гипомнезии
 - в) амнезии
 - г) криптомнезии

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
3. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

4. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
5. 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.

Интернет ресурсы:

6. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
7. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
8. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
9. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

4. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ПСИХИКИ. СОЗНАНИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Исходный уровень: Знание психических процессов: воля, движение, действие, деятельность, внимание. Понятие о сознательном и бессознательном (*из курсов философии и общей психологии*).

Учебная цель занятия:

Изучение основных процессов деятельностно-волевой сферы психической деятельности (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; изучение психопатологических симптомов расстройств деятельностно-волевой сферы психики, внимания и сознания.

Содержание:

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

Движение как элементарное проявление активности, не содержит цели. **Действие** – 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. Этапы и компоненты волевого акта.

Внимание – определение, классификация, основные свойства (избирательность, распределение, концентрация, устойчивость, переключаемость, объем).

Внимание – категория воли и одновременно познания (интеллекта, сознания).

Этапы и компоненты волевого акта



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».

Сознание как содержательно наполненное психическое отражение высокого уровня, многостороннее (в том числе нравственное с «познанием добра и зла», отражением прошлого – настоящего – будущего), с произвольным делением своего психического содержания на объект и субъект (с рефлексией).

Так, в ситуации, когда больной пришел в себя («пришел в сознание») после травматического шока, врач-хирург озабочен лишь наличием или отсутствием бодрствующего уровня сознания; он интересуется для этого ориентировкой в месте, времени и в собственной личности, а также в ситуации. Психиатр и медицинский психолог будут интересоваться состоянием сознания во втором (содержательном) значении, и каждый содержательно по-своему; медицинского психолога, в частности, будут интересовать разные стороны внутренней картины болезни, а именно сознание болезни.

Основные характеристики сознания: ясность, объём, непрерывность, содержание, адекватность. Этапы формирования сознания в онтогенезе: бодрствующее сознание, предметное сознание, индивидуальное сознание, коллективное сознание, рефлексивное сознание (см. рисунок).

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

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).

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. Взаимосвязь с расстройствами влечений.

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).

Расстройства сознания (выключения и помрачения)

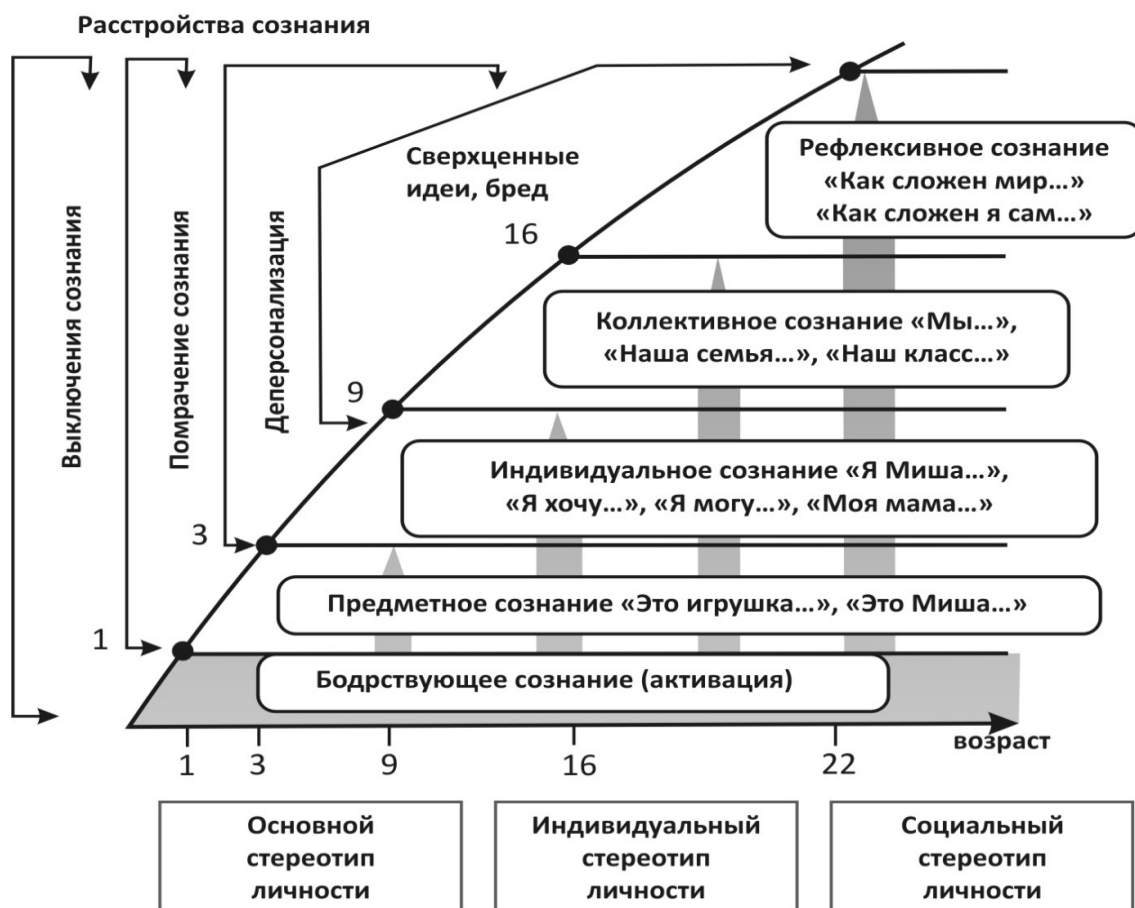
Критерии нарушенного (*расстроенного*) сознания:

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

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

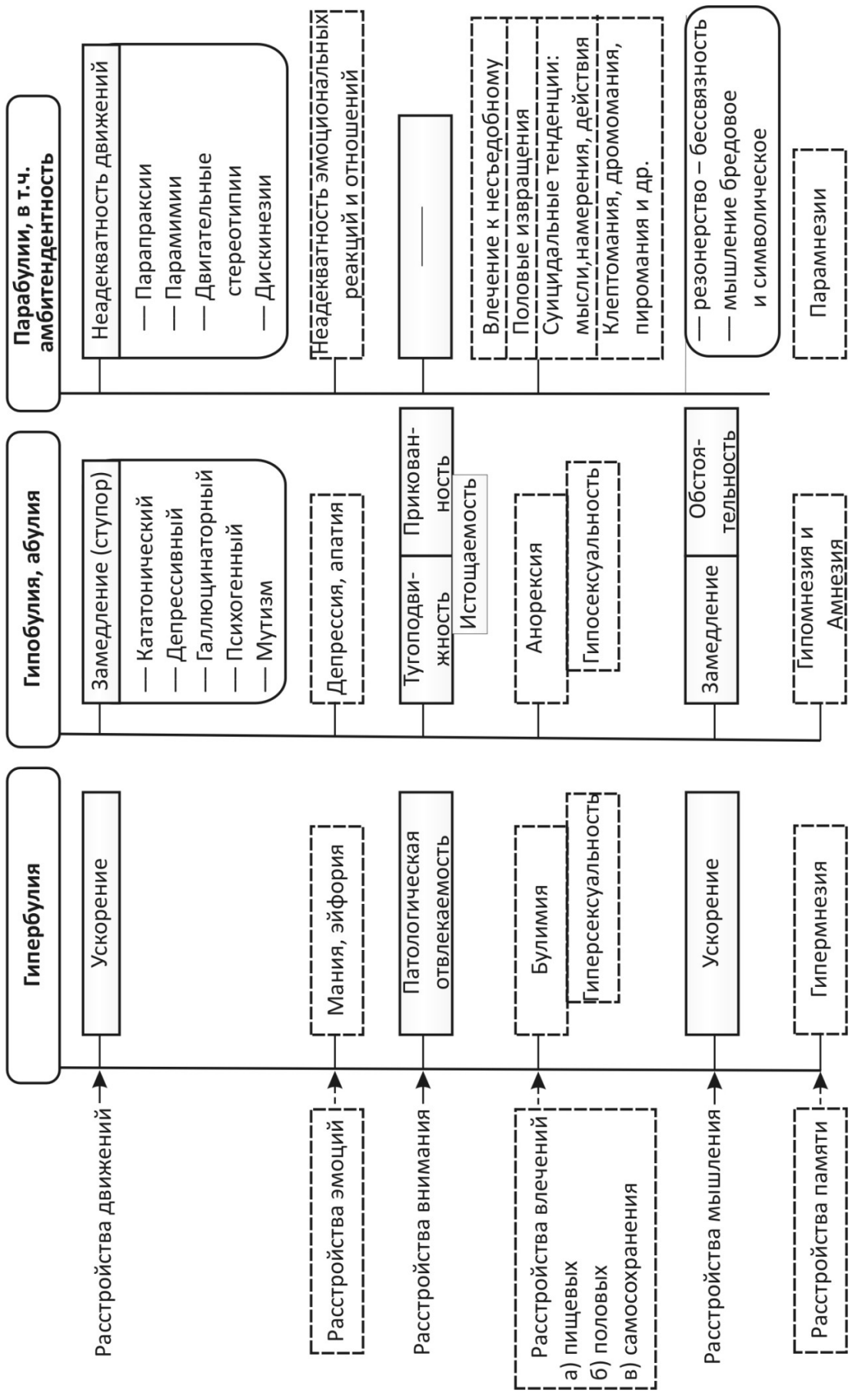
Клиника синдромов выключения сознания, клиника синдромов помрачения сознания.

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ РАЗВИТИЯ СОЗНАНИЯ В ОНТОГЕНЕЗЕ И ЕГО НАРУШЕНИЙ



СООТВЕТСТВИЕ ВОЛЕВЫХ РАССТРОЙСТВ С РАССТРОЙСТВАМИ ДРУГИХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

(к пониманию гармонии симптомов в синдромах)



КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ

(с использованием критерия качества-количества)

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

Вопросы для самоподготовки:

1. Понятие о деятельностно-волевой сфере психики.
2. Что называют мотивом деятельности?
3. Чем отличается навык от привычки?
4. Какие выделяют компоненты волевого акта?
5. Дайте определение понятию «сознание»?
6. Какие этапы развития сознания в онтогенезе вы знаете?
7. В каком возрасте у ребенка возникает «кризис Я» (примитивное рефлексивное разделение содержания психики на «Я» и «не Я»)?
8. Что такое рефлексия?
9. Определение сознания в психоаналитическом смысле, понятие об уровнях сознательное – подсознательное – бессознательное.
10. Расстройства воли и движений (количественные и качественные).
11. Расстройства (нарушения) сознания (количественные и качественные). Степени выключения сознания.
12. Варианты помрачения сознания.

Задания для усвоения темы

Практические задания:

1. 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 «убежать» 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.
2. 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?
3. 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 удастся 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. Какие расстройства движений и воли сопряжены с неадекватностью эмоциональных реакций и чувств?
2. Расстройство каких двух сфер психики подразумеваются в юридической формуле невменяемости «Невозможность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими вследствие ... заболеваний»?
3. Могут ли быть переходные формы: а) между степенями выключения сознания? (да – нет) б) между типами помрачения? (да - нет).
4. Какие формы расстройств сознания свидетельствуют о наиболее тяжелом «общем состоянии» больного?

Задачи:

На выявление симптомов и синдромов расстройств воли и движений.

1. Больной не удерживается на одном месте, беспорядочно куда-то стремится, выкрикивает гневные фразы. В речи нет логической завершенности. Движения не оформляются в поступки, в них нет целенаправленности, они хаотичны, с элементами стереотипии. Настроение в целом слегка повышено.
2. Больной много часов проводит стоя в углу коридора отделения, на вопросы не отвечает. При попытке отвести его в палату сопротивляется, отдергивает руку. В постели лежит в своеобразном положении – не касаясь головой подушки.
3. Больной стал медлительным, педантичным, назойливым. В беседе «застревает» на второстепенных деталях, во время беседы с трудом переключается на новый вопрос. Чтобы его выслушать, нужно время.
4. Больная лежит в постели неподвижно, выражение лица застывшее. На вопросы не отвечает. При попытке изменить ее положение, напрягается, активно сопротивляется. Не принимает пищу, стискивает зубы.

Тестовый контроль

1. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ ВОЛЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
 - а) возникновение желания, исполнение, обдумывание
 - б) возникновение желания, обдумывание и борьба мотивов, принятие решения и планирование, исполнение
 - в) влечение, обдумывание и борьба мотивов, принятие решения и составление плана действий
 - г) принятие решения с постановкой целей, исполнение, борьба мотивов
2. СИНДРОМ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО И ОКОНЧАНИЕ, ПОЛНАЯ АМНЕЗИЯ
 - а) делирий

- б) сумеречное помрачение сознания
 - в) аменция
 - г) синдром Кандинского-Клерамбо
 - д) кататонический синдром
3. В ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ ВХОДЯТ
- а) яркие грёзоподобные (панорамические) псевдогаллюцинации
 - б) бред преследования
 - в) транс
 - г) функциональные галлюцинации
 - д) деменция
4. СИНДРОМ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНА ДЕЗОРИЕНТИРОВКА В МЕСТЕ И ВРЕМЕНИ, НО ВЕРНАЯ ОРИЕНТИРОВКА В СОБСТВЕННОЙ ЛИЧНОСТИ
- а) делирий
 - б) сумеречное помрачение сознания
 - в) онейроид
 - г) аменция
5. К СИМПТОМАМ ВЫКЛЮЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ ОТНОСЯТ
- а) онейроид
 - б) обнубиляцию
 - в) делирий
 - г) аменцию

Ситуационные задачи:

1. У больной, 21 год, через 2 недели после родов изменилось поведение: перестала разговаривать, кормить ребенка, инструкций не выполняет, иногда совершает действия, противоположные инструкции. Подолгу застывает в одной позе. Больная не ест, сопротивляется попыткам накормить ее. Лицо выражает страх, тревогу. Родственники больной вызвали бригаду скорой медицинской помощи (БСМП).

Какова тактика врачей БСМП? О каком синдроме идет речь?

2. Больная, 27 лет, поступила в отделение острых отравлений после суицидальной попытки. Заболела около месяца назад, постепенно снизилось настроение. Стала говорить, что она совершила в жизни много неблагоприятных поступков, за что должна понести наказание. Утверждала, что не должна жить. Накануне госпитализации в соматический стационар выпила 10 таблеток amitriptyline. В клинике - на лице маска горя, глубокой тоски, веки полуопущены. Сидит в одной позе. Не разговаривает, ничего не делает. Тонус мышц не повышен. Определите вид ступора.

Определите тактику врачей соматического стационара? Определите вид ступора.

3. Больная, 47 лет, в гололед упала на улице, ударилась затылком, потеряла сознание на 20 мин. Придя в себя, не могла понять, кто рядом с нею. Речевой контакт затруднен, плохо понимает обращенные к ней вопросы, отвечает на них после пауз. Сонлива, заторможена. Прохожие вызвали бригаду скорой медицинской помощи (БСМП). Какое нарушение сознания у больной?

Какова тактика врачей БСМП? Какое нарушение сознания у больной?

4. Больная страдает гипертонической болезнью, лечится в неврологическом отделении. Обычно приветлива, вежлива, адекватна. В один из обходов лечащий врач обратил внимание на то, что больная не совсем понимает его вопросы, просит повторить их, не понимает инструкции врача, который обследует ее неврологический статус. Внимание рассеяно, задает врачу неадекватные вопросы. На следующий день полностью адекватна, не может объяснить свое поведение накануне, хотя и помнит о нем. Определите форму нарушения сознания.

Нуждается ли пациентка в проведении дополнительных методов обследования? Определите форму 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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
3. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

4. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
5. 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.

Интернет ресурсы:

6. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
7. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
8. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
9. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

5. ЛИЧНОСТЬ: СТРУКТУРА, ЭТАПЫ И УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ТРАНЗИТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, ДИНАМИКА, ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ И СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, 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*), акцентуации характера (*из курса общей психопатологии*).

Учебная цель занятия:

Изучение определения личности, основных социальных и биологических факторов в формировании личности; изучение проективных и непроективных методик для исследования личности. 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:

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

Личность – динамическая организация тех психофизиологических систем в индивидуальности, 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.

Типы высшей нервной деятельности и их соотношение с темпераментом

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

СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ и основы ее формирования



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.

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** – паранойальный, **ци** – циклоидный, **не** – неустойчивый, **ди** – дистимный, **ас** – астенический, **се** – сензитивный, **эп** – эпилептоидный, **ов** – возбудимый, **ис** – истероидный, **ко** – конформный, **ла** – лабильный, **ги** – гипертимный, **пс** – психастенический.

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 приспособиться 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 которому 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 которому по МКБ-10 выделяют следующие клинические типы расстройств личности (психопатий):

- параноидное (параноическое) расстройство личности (паранойальная 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»).

Классификация расстройств личности

Психопатии	Ганнушкин П.Б. (1933)	Кербиков О.В. (1968)	МКБ-10 (расстройства личности)
С преобладанием изменений в сфере мышления	Астеники	Тормозимые	Зависимое F 60.7
	Психастеники		Ананкастическое F 60.5
	Шизоиды (мечтатели)	Патологически замкнутые	Шизоидное F 60.1
	Фанатики, параноики		Параноическое F 60.0
С преобладанием эмоциональных нарушений	Эпилептоиды, циклоиды	Возбудимые	Эмоционально-неустойчивое F 60.3
	Конституционально-аффективные		Тревожное (уклоняющееся) F 60.6
	Истерические, патологические луны	Истеричные	Истерическое F 60.4
С преобладанием волевых нарушений	Неустойчивые	Неустойчивые	Другие специфические расстройства личности F 60.8
С расстройствами влечений		Сексуальная психопатия	
С нарушениями поведения	Антисоциальные		Диссоциальное (гебоидное) F 60.2
Смешанные	Конституционально-глупые	Мозаичная	Смешанное F 61.0

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.

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 акцентуаций характера.
8. Виды неправильного воспитания и их роль в становлении типа личности.
9. Дать развернутое определение понятию расстройство личности.
10. Указать диагностические критерии расстройства личности (критерии психопатии П.Б. Ганнушкина и критерии расстройства личности по МКБ-10).
11. По каким причинам могут возникать состояния декомпенсации у психопатических личностей?
12. Какие поведенческие расстройства у психопатических личностей могут представлять опасность для окружающих? Для самих больных?
13. При каких клинических формах расстройств личности медикаментозная терапия может быть эффективной?
14. Дать развернутое определение понятия «транзиторное расстройство личности».
15. Место транзиторного расстройства личности в МКБ-10.
16. Вопросы военной экспертизы лиц с расстройством личности.
17. Вопросы судебной экспертизы лиц с расстройством личности.

Задания для усвоения темы

Ситуационные задачи:

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, угрожала жалобами в различные инстанции.

Какова тактика главного врача? О каком расстройстве идет речь?

2. Больной, 32 года. 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 бригаду скорой медицинской помощи (БСМП).

Какова тактика врачей БСМП? О каком расстройстве идет речь?

3. 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».

Определите тактику врача-терапевта. О каком расстройстве идет речь?

4. 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 — легкая черепно-мозговая травма 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 трех 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. Мать, видя состояние ребенка, настояла на обращении к врачу-неврологу.

Определите тактику врача-невролога. О каком расстройстве идет речь?

Тестовый контроль

1. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ СЧИТАЕТСЯ
 - а) темперамент
 - б) характер
 - в) личность
 - г) морфофенотип
 - д) архетип
2. БИОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ СЧИТАЕТСЯ
 - 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
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
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
6. К ОСОБЕННОСТЯМ ВОЗБУДИМОГО ТИПА (ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВОГО) 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
7. К ОСОБЕННОСТЯМ НЕУСТОЙЧИВОГО ТИПА (ДИССОЦИАЛЬНОГО) 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
8. ДЛЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
- а) снижение интеллекта
 - б) дисгармония характера
 - в) социальная дезадаптация
 - г) дисгармония характера и социальная дезадаптация
9. ВРЕМЕННУЮ АДАПТАЦИЮ ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ К МИКРОСРЕДЕ НАЗЫВАЮТ
- а) декомпенсацией
 - б) компенсацией
 - в) реакцией
 - г) развитием
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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

3. Методология обследования больных в клинической психиатрии : методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
4. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А.Б. Смулевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. – 202 с. – ISBN 5-98322-534-0 (в пер.).
5. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей / А.Б. Смулевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – 496 с. – ISBN 978-5-00030-778-6.

Интернет ресурсы:

6. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
7. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
8. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
9. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

6. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ. ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ, ЕЁ ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. ДЕОНТОЛОГИЯ, ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ, СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ». ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Исходный уровень: биологические предпосылки и социальные факторы развития личности (*из курса общей психологии*); проблема латерализации психических функций (*из курсов неврологии и общей 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 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:

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, 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 и т. д.).

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 (инвалидизирующие заболевания) и интимных последствий.

Психологическая защита – невольный (неосознаваемый, отчасти осознаваемый) самообман сознания, облегчающий невыносимые для личности ущемление чести (достоинства) или переживание угроз для жизни; как специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта. Отдельные виды психологической защиты: *вытеснение, замещение, рационализация, проекция, соматизация, сублимация, регрессия, отрицание, реактивное образование.*

Плацебо-эффект как результат феномена ожидания, внушения и самовнушения; плацебо-реакторы. Двойные слепые исследования в фармакологии.

Психотравма – индивидуально значимая ситуация, которая ущемляет потребности человека. Роль различных факторов в развитии психогенных заболеваний (сила и длительность психотравмирующего воздействия, значимость для личности, общее соматическое состояние).

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 лечебном учреждении. 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 медработников: 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

ния 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.

Вопросы для самоподготовки

1. Психологическая защита, ее роль в жизни человека.
2. Виды психологической защиты.
3. Понятие о психотравме. Связь психотравмы и личности.
4. Какие особенности болезни и ее последствий психотравматичны в детском, юношеском, молодом, зрелом и пожилом возрасте?
5. Психосоматические отношения, механизмы.
6. Соматопсихические отношения, механизмы.
7. Внутренняя картина болезни, ее компоненты.
8. Возрастная динамика актуальности компонентов внутренней картины болезни.
9. Каковы типы осмысления (оценки) болезни?
10. Каковы типы отношения к болезни?
11. Дать определение понятиям «симуляция», «аггравация», «диссимуляция».
12. Какими могут быть варианты отношения больного (родственника) к врачу?
13. Понятие о психосоматозах и соматопсихозах.
14. Что такое «врачебная тайна» и «правда о болезни»?
15. Ятрогении и соррогении – определение, классификация.
16. Лечебный процесс: этапы, участники. Психологические аспекты деятельности врача.
17. Коммуникативная компетентность врача, ее формирование.
18. В каких отношениях находятся мораль (нравственность), этика и деонтология?
19. Деонтология является отраслью (частью) медицины, психологии или социологии?
20. Профессиональная деформация врача, синдром хронической усталости и синдром «эмоционального выгорания».
21. Психопрофилактика и психогигиена.
22. Психогигиенические аспекты обучения в школе, техникуме, институте.
23. Чем отличаются понятия «лечение» и «реабилитация»?

Задания для усвоения темы

Ситуационные задачи:

1. Б.А.С., 36 лет, строитель. В преморбиде у больного не наблюдалось каких-либо патологических особенностей. В возрасте 30 лет его начали беспокоить болезненные ощущения за грудиной. Эти ощущения локализовались то, собственно, ближе к груди, то к области сердца и в левой лопатке. Больной часто обращался в поликлинику, неоднократно обследовался стационарно, однако, никакой патологии со стороны сердца врачи-терапевты не обнаружили. Якобы «от досады на врачей» у пациента пропал сон, настроение было постоянно сниженным, считал себя неизлечимо больным, не верил в лечение. Постепенно болезненные ощущения появились и в подложечковой области, иррадиировали в живот. Больной сопоставил это со снижением аппетита, падением веса и запорами. Это натолкнуло его на мысль о наличии рака и о его метастазах в область живота. Для диагностики рака добился стационарного обследования различными спе-

циалистами. Врач-уролог нашел опущение почки, и по настоянию больного была сделана операция. Однако состояние не изменилось. Участковый и другие врачи предлагали пациенту обратиться (направляли) к психиатру, однако он нашел это неправильным. Он считал себя тяжело больным соматически и рассматривал свое плохое настроение и другие изменения как «реакцию на болезнь». Невролог пытался убедить больного, что все это у него «от нервов», что это невроз. Б.А.С. были назначены транквилизаторы, но они не дали значительного улучшения. «Отчаявшись», пациент все-таки («на всякий случай») обратился к психиатру. При осмотре у больного обнаружены суточные колебания настроения – значительное улучшение состояния к вечеру, отсутствие связи болезненных ощущений с какими-либо внешними факторами (физическая нагрузка, прием пищи и т. п.), наличие приступов сердцебиения. Отмечены высокое АД, землистость и дряблость кожных покровов, «металлический блеск глаз», вялость, гиподинамичность, замедленный темп речи и течения ассоциаций. В соответствии со своими диагностическими выводами, психиатр назначил больному мелипрамин. Через 2 недели состояние его резко улучшилось: исчезли неприятные ощущения, соматические симптомы, повысилась настроенность. Больной заявил, что он «как будто вновь родился». При последующих ухудшениях он вновь обращался к психиатру.

Дайте оценку действиям врачей соматического профиля. Верна ли тактика врача-психиатра? Назовите расстройство, о котором идет речь. Выберите наиболее рациональный вид лечения. Проведите анализ данного случая.

2. Какой тип осознания болезни описан у следующих пациентов:

- а) Неоперабельный больной раком, выписанный из онкологического диспансера, утверждает, что он болен «гастритом желудка», что со временем поправится, что серьезного заболевания у него нет.
- б) Молодой человек по настоянию родителей обратился к участковому врачу поликлиники с жалобами на боль в желудке, особенно «натощак». После проведения обследований выставлен диагноз язвенная болезнь 12-перстной кишки, рекомендовано лечение. Юноша от приобретения лекарств отказался, считая, что «само пройдет».
- в) Молодой человек на призывной комиссии пожаловался на ночное недержание мочи. В беседе с врачом сказал, что в армии служить не хочет – «там дедовщина, условия плохие...». При стационарном обследовании диагноз «энурез» был отвергнут, юноша сознался, что хотел «откосить от армии» и поступил так по совету друга.
- г) Больной эпилепсией устроился работать водителем в частную организацию. При этом он сознательно подделал документы, разрешающие вождение автотранспорта.
- д) Пожилому пациенту выставлен диагноз – глаукома левого глаза. Свое заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями. При разъяснении врачами всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного лечения вначале соглашается с доводами врачей и регулярно лечится. Через несколько дней вновь начинает считать свое заболевание несерьезным, пропускает лечебные процедуры.
- е) Врач, страдающий эпилепсией, отказывается принимать противоэпилептические препараты и вообще не считает себя больным.

Тестовый контроль

1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, НАЗЫВАЮТСЯ

- а) соматогенными (симптоматическими) психическими расстройствами
- б) соматоформными психическими расстройствами
- в) психосоматическими заболеваниями
- г) ятрогенными заболеваниями

2. АГОРАФОБИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 - а) навязчивым страхом замкнутых помещений
 - б) навязчивым страхом гор
 - в) навязчивым страхом высоты
 - г) навязчивым страхом открытых пространств
3. ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 - а) множественными, повторно возникающими и часто видоизменяющимися соматическими симптомами
 - б) постоянной озабоченностью возможностью заболевания несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством
 - в) часто избыточным употреблением лекарств
 - г) просьбами пациента о лечении для того, чтобы удалить имеющиеся симптомы
4. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ
 - а) навязчивыми
 - б) сверхценными
 - в) навязчивыми и бредовыми
 - г) навязчивыми, сверхценными и бредовыми
5. К РЕАКТИВНЫМ ПАРАНОИДАМ ОТНОСЯТ
 - а) бред преследования тугоухих
 - б) расстройство адаптации
 - в) бред Котара
 - г) острая реакция на стресс
6. К ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМУ РАССТРОЙСТВУ МОЖНО ОТНЕСТИ
 - а) системную красную волчанку
 - б) ревматоидный артрит
 - в) ипохондрическое расстройство
 - г) посттравматическое стрессовое расстройство
7. ТЕРМИН «АЛЕКСИТИМИЯ» ОЗНАЧАЕТ
 - а) расстройство способности чтения
 - б) затруднение контактов с окружающими
 - в) расстройство способности к вербализации чувств, переживаний
 - г) замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
8. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭЙФОРИИ У ТЯЖЕЛОГО СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО
 - а) улучшением состояния
 - б) ухудшением состояния
 - в) полом
 - г) возрастом
9. ОТКАЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ПРИЗНАТЬ ФАКТ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СКОРЕЕ ВСЕГО, БУДЕТ СЛЕДСТВИЕМ
 - а) бредовых идей
 - б) реакции личности на заболевание
 - в) низкого интеллекта
 - г) депрессии
10. ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ БУДЕТ
 - а) не сообщать диагноз
 - б) сообщить диагноз родственникам
 - в) привлечь для работы с больным психотерапевта
 - г) назначить антидепрессанты

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

3. Медицинская психология : учебное пособие / Н.Н. Петрова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 208 с. – ISBN 978-5-9704-6118-1.
4. Методология обследования больных в клинической психиатрии: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
5. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей / А.Б. Смулевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – 496 с. – ISBN 978-5-00030-778-6.

Интернет ресурсы:

6. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
7. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
8. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
9. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

7. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ И ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ. ЗАКОН «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЁ ОКАЗАНИИ». КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА, ПОНЯТИЕ О ВМЕНЯЕМОСТИ И ДЕЕСПОСОБНОСТИ. СИНДРОМОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ, КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМОВ И ИХ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ

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:

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 диагностических рубрик и алгоритмов постановки диагноза раздела «Психические и поведенческие расстройства» МКБ; изучение видов психиатрической экспертизы, понятий вменяемости и дееспособности; изучение основных психопатологических синдромов, принципов их описания в истории болезни; изучение особенностей направления на консультацию к психиатру, направления на госпитализацию в психиатрическую больницу.

Содержание:

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, диспансерными и стационарными отделениями; психиатрическими отделениями и кабинетами при некоторых ЦРБ. Основные задачи участкового психиатра.

Наркологическая служба. Основное учреждение службы – Забайкальский краевой наркологический диспансер со стационаром; 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 защиты населения – специализированные психиатрические бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ), специализированные дома интернаты (для психохроников), дома-интернаты для детей с выраженными психическими аномалиями;
- б) Министерство образования – психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК), 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.

Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Действует с 1993 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 же 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 исследовании (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. «а», «б», «в») больного, ему предлагают подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. Если пациент не даёт 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 дней 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).

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. Искажения 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 (смотри также круги Снежневского) следующие:

А) Продуктивные («+» синдромы): астенический, невротические (деперсонализации и дереализации; сенестопатии и др.); аффективные (маниакальный, депрессивный); галлюцинаторные, паранойяльные → параноидные → парафренические (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 (невротический) 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 (навязчивый, депрессивный и бредовой 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), парафренический.

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.



Соотнесенность синдромов и болезней:
 относительная нозологическая специфичность
 психопатологических синдромов («круги» Снежневского)

Вопросы для самоподготовки

1. Организация психиатрической службы в РФ. Современные тенденции оказания психиатрической помощи населению.
2. Закон «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, синдромотаксис.
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.

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 на диспансерное наблюдения 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 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 какой из болезней 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).

Задачи:

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

1. Врач скорой помощи на одном из вызовов оказал первую врачебную помощь пациенту, который в нетрезвом состоянии пытался покончить жизнь самоубийством. После оказания помощи врач транспортировал пациента в психиатрическую больницу. Правильно ли он сделал?
2. В стационар кожно-венерологического диспансера был доставлен пациент, злоупотреблявший алкоголем, для обследования по контакту с больным венерическим заболеванием. На 3-ий день пребывания в диспансере у него внезапно возникли зрительные и слуховые галлюцинации, страх, возбуждение. Переживая ситуацию нападения, пытался бежать из стационара. Назовите предположительный диагноз и учреждение, куда должен обратиться врач венеролог.
3. Больной шизофренией в течение длительного времени лечился стационарно, у него были купированы продуктивные психические расстройства. Однако за время болезни раз-

вился 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?

4. Человек, отличавшийся с молодых лет раздражительностью и несдержанностью, в состоянии гнева нанес телесные повреждения соседу. В ходе следствия было выяснено, что он и раньше вступал в драки по незначительному поводу, часто менял места работы из-за конфликтности. Что должен сделать следователь?

Ситуационные задачи:

1. Пациентка предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, невозможность длительно переносить физическое или умственное напряжение, снижение настроения, слезливость. Отмечает, что появились повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, частые головные боли, бессонница, изменение самочувствия на плохую погоду. Обратилась за помощью к участковому терапевту.

Какими будут действия терапевта? О каком расстройстве идет речь?

2. Больной П., 39 лет, страдает хроническим гастродуоденитом. Очередное обострение сопровождалось абдоминальными болями, снижением аппетита, истощением, тошнотой. Наряду с повышенной утомляемостью и снижением работоспособности появились мысли об онкопатологии. Настойчиво просит врачей о проведении дополнительного обследования. В процессе лечения купировался болевой синдром, восстановился прежний вес, уменьшилась выраженность астении. Однако опасения «ракового перерождения» сохраняются. При проявлении страха становится назойливым. При разубеждении соглашается с необоснованностью страха, но заявляет, что сам «прогнать мысли о раке» не может.

Определите тактику врачей соматического профиля относительно больного?

Определите синдром.

3. Гражданин задержан правоохранительными органами по подозрению в совершении преступления и находится в изоляторе временного содержания. На десятый день пребывания у него изменяется психическое состояние. Он становится тревожным, суетливым, к чему-то прислушивается, временами разговаривает сам с собой.

Определите дальнейшие действия сотрудников изолятора. Определите синдром.

4. Больная, 73 года. Была доставлена в соматический стационар по поводу обострения патологии почек. Однако в ходе беседы с врачом, выявлено, что больная не помнит имени и возраста детей, внуков, не может запомнить свою палату, имя врача, не ориентируется в отделении. Не помнит, где работала, когда вышла на пенсию. На вопрос: «Чем занималась сегодня утром?» ответила: «Готовила завтрак, отправила детей в школу, ходила на рынок». Вялая, бездеятельная. Снижение памяти и сообразительности у себя не замечает.

Определите дальнейшие действия врача соматического стационара. Определите синдром.

5. 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.

Определите дальнейшие действия врача пластического хирурга. Укажите синдром.

Тестовый контроль

1. ВЫБЕРИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ, ПРОТИВОРЕЧАЩЕЕ ДЕЙСТВУЮЩЕМУ ЗАКОНУ РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ...»
 - а) диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами
 - б) диагноз психического расстройства может основываться на несогласии

гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями

- в) установление диагноза психического заболевания является исключительным правом врача-психиатра
- г) заключение врача другой специальности (не являющегося психиатром) о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер

2. ГЛАВА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МКБ-10 ПОСТРОЕНА ПО ПРИНЦИПУ

- а) нозологическому
- б) синдромальному
- в) этио-патогенетическому
- г) эклектичному

3. ЭПИЛЕПСИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- а) эндогенных психических расстройств
- б) экзогенно-органических психических расстройств
- в) эндогенно-органических психических расстройств
- г) экзогенных психических расстройств

4. ШИЗОФРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- а) эндогенных психических расстройств
- б) эндогенно-органических психических расстройств
- в) экзогенных психических расстройств
- г) экзогенно-органических психических расстройств

5. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ НА ПРОБЛЕМАХ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ, ПОИСКИ МНИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТ СИНДРОМ

- а) обсессивно-фобический
- б) гебефренический
- в) ипохондрический
- г) депрессивный

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.
3. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.

Дополнительная:

4. Общая психопатология. Курс лекций / А.В. Снежневский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 208 с. – ISBN 978-5-00030-887-5.

Интернет ресурсы:

5. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
6. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
7. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
8. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

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. —»— дисморфофобический
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
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
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
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, психо-сенсорных 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:** истошаемость, 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 Шульце, 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 (общекультуральных, 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.). Возникали 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.
3. Выделение динамических аспектов: а) инициальный период - дебют - манифестация - исход (ремиссия и др.); б) тип течения: непрерывный - шубообразный - периодический (рекуррентный, фазный).
4. Оценка данных имеющихся параклинических, неврологических и соматических исследований.
5. 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).
6. 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). Дифференциаль-

ный 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:

А. Режим, стратегия и назначение терапии.

Б. Социальная помощь: трудоустройство, группа инвалидности, нормализация семейной ситуации и др.

В. 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. ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (НЕВРОЗЫ И РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ). СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА. 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*). Экспериментальные «неврозы» по Павлову, роль типа нервной системы в их появлении (*из курса нормальной физиологии*).

Учебная цель занятия:

Изучение классификации, клиники и основ терапии психогенных заболеваний; изучение основ психотерапии.

Содержание:

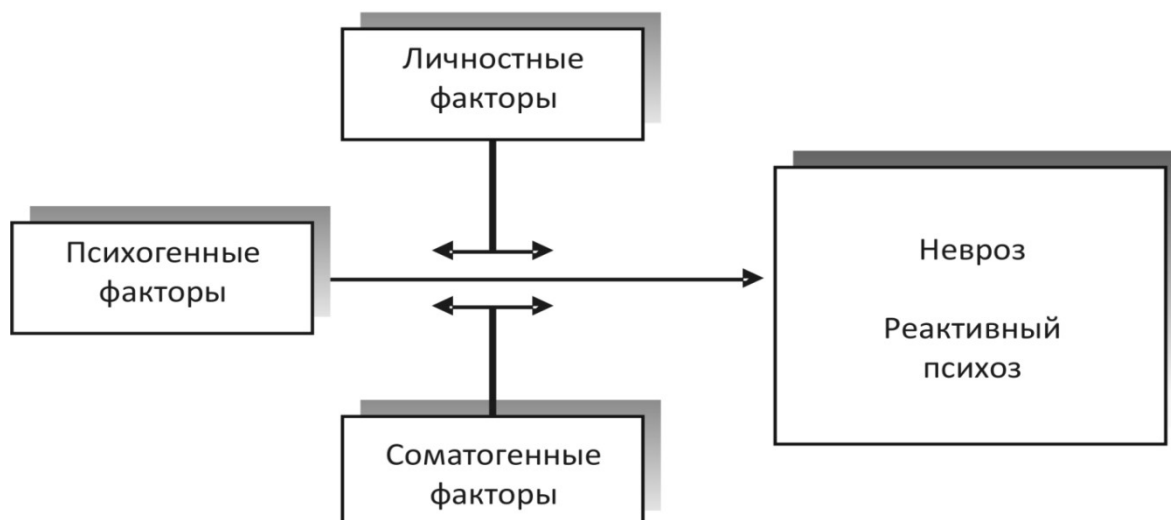
К психогенным заболеваниям (психогениям) относят группу болезненных состояний, причинно связанных с действием психотравмирующих факторов. *Критерии психогенных заболеваний (триада Ясперса):* 1) временная связь с психотравмой; 2) значимое отражение психотравмирующей ситуации в переживаниях больного; 3) 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.

Факторы (т.е. причины и условия) психогений



Неврозы

Невроз – это психогенное заболевание, проявляющееся 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. Obsessivno-fobicheskie 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) obsessivno-kompulsivnye F 42:

- obsessii F42.0,
 - *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 ин-

тенсивности 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 обсессий и/или компульсий, приводящих к выраженному дистрессу или социальной дезадаптации. Основной чертой являются повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные 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 как навязчивые мысли (обсессии), так и навязчивые движения и действия (компульсии) (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» – Сиденгам Т.). 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, изоциренная 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).

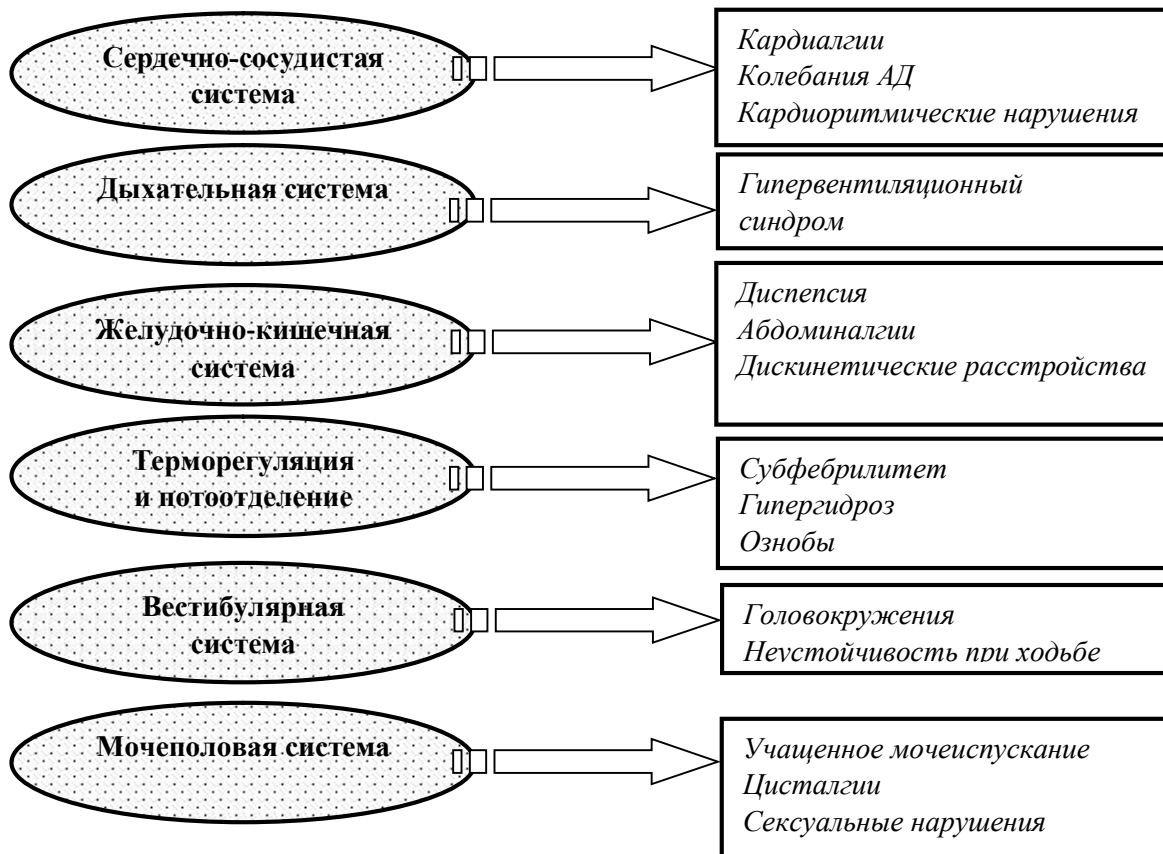
Ипохондрическое и соматизированное расстройства в МКБ-10

Ипохондрическое расстройство (F 45.2)	Соматизированное расстройство (F 45.0)
<p>Постоянная озабоченность возможностью заболевания несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациент чаще просит об обследовании для того, чтобы подтвердить природу предполагаемой болезни. • Озабоченность одним или двумя возможными соматическими заболеваниями, которые постоянно звучат в беседе. • Опасаются лекарств, их побочных эффектов и ищут поддержки и успокоения за счет частых визитов к различным врачам. 	<p>Множественные, повторно возникающие и часто изменяющиеся соматические симптомы (жалобы). Результаты соматических обследований отрицательны.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациент просит о лечении для того, чтобы убрать имеющиеся симптомы. • Акцент в жалобах на самих симптомах и их индивидуальном проявлении. • Вариабельные (различные) предположения о природе заболевания. • Часто избыточное употребление лекарственных препаратов.

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.

Соматоформные симптомы



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

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

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. Суггестивные методы: гипноз классический, Эриксоновский гипноз, самовнушение, аутогенная тренировка и др.
7. Телесно-ориентированная психотерапия.
8. Эмоциоанально-рациональная терапия (Элиса).
9. Когнитивно-бихевиоральная терапия.
10. Другие методы: музыкатерапия, игровая терапия, библиотерапия и др.

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.
- Примитивно-истерические психозы (диссоциативные расстройства):
 - пуэрилизм; псевдодеменция; синдром Ганзера (F 44.80),
 - истерическое сумеречное расстройство (F 44.1 - 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; от-

сутствие 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.

Вопросы для самоподготовки:

1. Дайте определение понятиям «психотравма», «психогенные заболевания».
2. Сформулируйте 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. Соматоформные расстройства.
7. Психотерапия: определение, виды, особенности построения беседы.

Тестовый контроль

1. ОТКАЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ПРИЗНАТЬ ФАКТ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СКОРЕЕ ВСЕГО, БУДЕТ СЛЕДСТВИЕМ
 - а) бредовых идей
 - б) реакции личности на заболевание
 - в) низкого интеллекта
 - г) депрессии
2. К РЕАКТИВНЫМ ПАРАНОИДАМ ОТНОСЯТ
 - а) бред преследования тугоухих
 - б) расстройство адаптации
 - в) бред Котара
 - г) острую реакцию на стресс
3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ БУДЕТ
 - а) не сообщать диагноз
 - б) сообщить диагноз родственникам
 - в) привлечь для работы с больным психотерапевта
 - г) назначить антидепрессанты
4. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭЙФОРИИ У ТЯЖЕЛОГО СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО
 - а) улучшением состояния
 - б) ухудшением состояния
 - в) полом
 - г) возрастом
5. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, НАЗЫВАЮТСЯ
 - а) соматогенными (симптоматическими) психическими расстройствами
 - б) соматоформными психическими расстройствами
 - в) психосоматическими заболеваниями
 - г) ятрогенными заболеваниями
6. АГОРАФОБИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАВЯЗЧИВЫМ СТРАХОМ
 - а) замкнутых помещений
 - б) гор
 - в) высоты
 - г) открытых пространств
7. ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 - а) множественными, повторно возникающими и часто видоизменяющимися соматическими симптомами
 - б) постоянной озабоченностью возможностью заболеванием несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством

- в) часто избыточным употреблением лекарств
 - г) просьбами пациента о лечении для того, чтобы удалить имеющиеся симптомы
8. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ
- а) навязчивыми
 - б) сверхценными
 - в) навязчивыми и бредовыми
 - г) навязчивыми, сверхценными и бредовыми
9. ТЕРМИН «АЛЕКСИТИМИЯ» ОЗНАЧАЕТ
- а) расстройство способности чтения
 - б) затруднение контактов с окружающими
 - в) расстройство способности к вербализации чувств, переживаний
 - г) замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
10. К ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМУ РАССТРОЙСТВУ МОЖНО ОТНЕСТИ
- а) системную красную волчанку
 - б) ревматоидный артрит
 - в) ипохондрическое расстройство
 - г) посттравматическое стрессовое расстройство

Ситуационные задачи

1. В течение года девушка дружила с молодым человеком. Случайно она узнала, что молодой человек встречается с другой. После разговора и попытки прояснить ситуацию, произошел полный разрыв отношений. С этого времени у девушки сниженное настроение, на душе тоска, стала плаксивой, нарушился сон, высказывает мысли о нежелании жить. Мать вызвала бригаду скорой медицинской помощи (БСМП).

Какими будут действия врача БСМП? О каком расстройстве идет речь?

2. Н., 24 года, был признан виновным в убийстве своих родителей из-за корыстных побуждений; в ходе судебно-психиатрической экспертизы признан способным в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Во время содержания в СИЗО изменился в поведении: не мог вспомнить, где он находится, «забыл» свое имя, ошибался в ответах на простейшие вопросы: не мог отличить правую и левую сторону, становился на четвереньки, на вопросы отвечал невпопад, в поведении появились черты детскости (к конвоирам обращался со словами «дяденьки»).

Определите дальнейшие действия сотрудников изолятора. О каком расстройстве идет речь?

3. Больная В., 54 года. Наследственность не выявлена. Сведений о беременности, родах у матери, раннем развитии нет. ДДУ не посещала. В 12 лет перенесла неврит лицевого нерва. В школу пошла с 7 лет, училась средне, классы не дублировала, закончила 10 классов. Затем - училище, получила специальность машиниста башенного крана. Работала в течение 2-х лет на целлюлозно-бумажном комбинате. Замужем с 20-ти лет. Работала секретарем, продавцом. В течение года не работает. Беременностей – 13, 2 родов, 1 самопроизв., ост. – мед. аборт. Дети взрослые, живут отдельно. С мужем отношения хорошие. Жару, духоту переносит плохо – сердцебиение, тошнота. Обморочное состояние однажды, в 16 лет. Из заболеваний перечисляет длинный перечень, в числе которых грыжа белой линии живота, операция по поводу удаления кисты яичника. После родов дома лечилась с депрессивной симптоматикой. Отмечается метеотропность, склонна к гипотонии. Алкоголь употребляет эпизодически. Наркотики не принимает.

Состояние изменилось через год после незначительного ушиба спины, стали беспокоить «стягивающие» боли в левой половине живота, что-то мешало. Похудела на 10 кг, снизился аппетит, появились опасения, тревога по поводу своего здоровья. Ходила по врачам, обследовалась, но успокоения это не принесло. Постепенно пришло убеждение,

что у нее рак. «Опухоль» стала расти от позвоночника вправо, считала, что никто не говорит ей правду, т. к. боятся. Была осмотрена районным психиатром.

Какими должны быть действия районного врача-психиатра? О каком расстройстве идет речь?

4. Больная, 25 лет, обратилась к врачу-неврологу с жалобами на головную боль, бессонницу, снижение настроения, чувство дискомфорта, непереносимости шума, телепередач, трудную усвояемость прочитанного. Больна 1-2 месяца после неурядиц в семье и на работе. Не смогла работать по специальности экономиста на производстве, до болезни энергичная, решительная, ранее перенесла простудные болезни, больше ничем не болела.

Какими должны быть действия врача-невролога? О каком расстройстве идет речь?

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
3. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

4. Методология обследования больных в клинической психиатрии: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
5. 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.
6. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей / А.Б. Смулевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – 496 с. – ISBN 978-5-00030-778-6.

Интернет ресурсы:

7. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
8. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
9. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
10. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

**9. ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:
ШИЗОФРЕНИЯ. ИСТОРИЯ ВЫДЕЛЕНИЯ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.
КЛИНИКА: СИМПТОМЫ ПЕРВОГО РАНГА, ОСНОВНЫЕ
И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ. ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ И СИНДРОМАЛЬНЫЕ ФОРМЫ.
ЭТАПЫ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ. 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 шизофрении, аффективных, шизоаффективных и инволюционных психозов. Изучение основ биологической терапии и психофармакотерапии (ПФТ).

Содержание:

Вводные демонстрации.

Наблюдения:

1. А., инженер по компьютерам, 22 года, окончил физико-математический факультет университета. С детства спокойный, малословный, «любил точность», в детском и затем школьном коллективе держался особняком, учился в математической школе. С 15-16 лет постепенно «стал меняться», но все же окончил университет и с работой справлялся. После неожиданной смерти отца (3 месяца тому назад) изменился быстро и настолько, что возникли недоразумения и напряженности на работе.

Сам он при расспросе рассказал, что около полутора лет назад появилось «впечатление», что за ним «наблюдает» на работе. По лицам сотрудников он понял, что они «догадались, что кто по знакомству устроил его на работу». Кроме того, в словах людей и в прочитанном он стал видеть «много смыслов». Как говорит сам больной «Это от того, что возникает масса ассоциаций, отчего действительные мысли говорящих или мысли писателя при чтении ускользают и их трудно понять». Называет это явление «вторым смыслом», «Эзоповским языком». Вторые смыслы часто содержали это какое-то особое к нему отношение людей, понятное ему недостаточно и поэтому несколькостораживающее.

Появившимся у него необычным особенностям он вначале как бы не верил и им сопротивлялся; но теперь верит.

В беседе сидит в позе независимости и закрытости, откинувшись на спинку стула, скрестив руки и положив ногу на ногу. Однообразен, говорит медленно, соотнобразжает не сразу. Апатично-спокоен, но «на душе» чувствует не только апатичность, но и напряженность. Согласен, что у него психическое расстройство, болезнь. Он не хотел бы лечить ее в стационаре. Для решения вопроса о месте лечения не согласился довериться совету близкого здорового человека, например, сестры. Даже матери «не доверяет», «не может довериться», т. к. чувствует, что она о нем «может узнать что-то такое...». Однако все же расписку о согласии лечиться в стационаре подписывает. «Со вторым смыслом» каким-то недостаточно ясным образом связывает и замеченные им необычные исполнения его желаний и кратковременные «перевоплощения» в героев просмотренных кинофильмов.

2. М.П., 45 лет, болен с 30 лет, инвалид с 40 лет и 2 года находится в психиатрической больнице, где «ничем не выделяется» и ненастойчиво («формально») просит его выписать. О себе рассказывает: «Я – людская Кара природы. Через душу у меня были

разговоры с Чертом-мыслителем и Чертом-карателем. При этом Черт-каратель управляет мною, заставляет мыслить как государственного деятеля, вызывает нежелание жить и бессонницу. Другие черти импульсировали в голову. Однажды пришел светлый импульс – это от Бога, от Божемы. Я – Кара Всемира, а люди – Всесоли, т. о. есть чистые».

3. Г.О.И., 31 г., находясь в отделении психиатрической больницы, утверждала, что мысли, неизвестно кем вкладываемые ей в голову, «подают специальные запахи в виде отдельных букв».

4. 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 психиатрическую больницу 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 больнице 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 нейролептиком 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».

От лечения антидепрессантами выздоровела полностью. Выписана. Успешно работает на прежнем месте работы.

Шизофрения как хроническое прогрессирующее наследственно детерминированное заболевание, сопровождающееся явлениями малоCONTACTности («асоциальности»), разрывностью мышления, эмоционально-волевыми нарушениями с диссоциацией психических процессов и разнообразными продуктивными расстройствами. Критерии выделения шизофрении Э. Крепелиным как нозологической единицы (раннее слабоумие). Эпидемиология, этиология, теории патогенеза.

Опоры диагностики шизофрении:

1) основные симптомы (симптомы расщепления, внутриспсихического разлада, неадекватностей) характерны, они бывают всегда, но не всегда вначале четко выражены;

- 2) симптомы 1-го ранга К. Шнайдера: разнообразные проявления разлада автоматизации психики (симптомы психического автоматизма), они весьма специфичны, но встречаются далеко не всегда;
- 3) отсутствие понятных внешних причин.

Четыре независимые группы клинических симптомов (дименсии) при шизофрении (NIMH-Consensus, 2006):

1. Позитивные (психотические).
2. Негативные.
3. Когнитивные.
4. Аффективные.

Современное понимание негативных симптомов при шизофрении: 5 доменов (NIMH-Consensus, 2006, на основе психометрических исследований негативной симптоматики):

Домен	Симптом	Дефиниция
Коммуникация	Алогия	Бедность разговорной речи, односложные ответы, мало спонтанной речи
Аффект (эмоциональность)	Аффективное уплощение	Уменьшенный диапазон эмоций (восприятие, переживание и выражение), затрудняется вспомнить (воспроизвести) эмоциональные переживания, хорошие или плохие
Социализация	Асоциальность	Снижение социального влечения и взаимодействия. Например: мало друзей, мало интереса к тому, чтобы проводить время с друзьями
Способность испытывать удовольствие	Ангедония	Сниженная способность испытывать удовольствие. Например: убежден, что прежние интересы и увлечения не приносят удовольствия
Мотивация	Амотивация (безволие)	Снижение желания, мотивации, настойчивости. Например: снижение способности выполнять повседневные задачи; не следит за личной гигиеной

Понятие о шизофреническом «слабоумии» («дефекте»), прогрессивности, ремиссии, «исходе» болезненного процесса.

Симптомы дополнительные при шизофрении. Их диагностически значимые «странные» своеобразия (вследствие влияния «основных» расстройств) и тенденция к хронизации:

- сенестопатии – с признаками необычности;
- галлюцинации – вербальные, общего чувства, псевдогаллюцинации;
- бред – большого масштаба, с борьбой сил Добра и Зла на арене психики больного, идеи овладения;
- дереализация и деперсонализация – бредовые, со сказочно фантастическими признаками;
- психические атаки (раптусы) – вред для собственного психического Я, ощущение исчезновения собственного Я;
- кататонический ступор – с негативизмом, восковой гибкостью;
- навязчивости (навязчивые мысли, воспоминания, переживания, действия) – с признаками отвлеченности, психологической непонятности.

Основные синдромальные формы шизофрении:

- **Параноидная (F 20.0)** – ставится при наличии общих критериев шизофрении с доминированием галлюцинаций и/или бреда.
- **Гебефреническая (гебефреническая) (F 20.1)** ставится при наличии общих критериев шизофрении и одного из следующих признаков, а именно отчетливого и стойкого уплощения или поверхностности аффекта, выраженной неадекватности аффекта, а также отсутствия целенаправленности и собранности поведения, очевидными нарушениями мышления, проявляющимся в бессвязной речи. Галлюцинаторно-бредовые расстрой-

ства или феномены могут присутствовать в легкой форме, но не определяют клиническую картину.

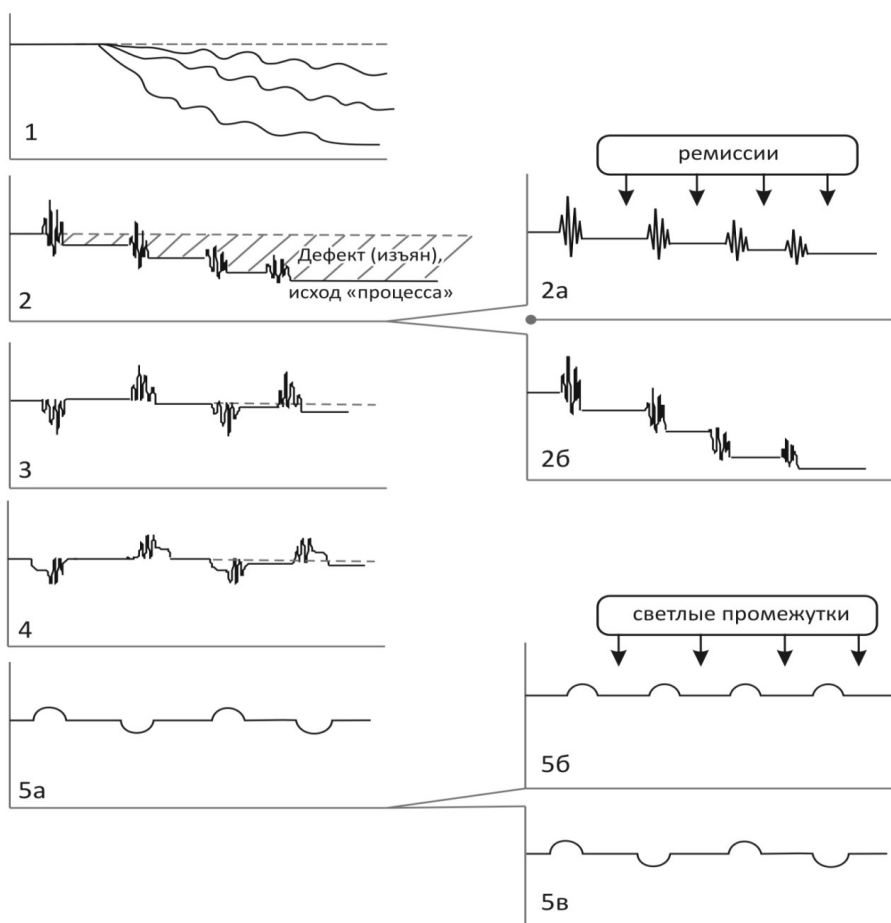
- **Кататоническая (F 20.2)** ставится при наличии общих критериев шизофрении, а также присутствии признаков кататонии на протяжении не менее 2 недель.
- **Недифференцированная форма (F 20.3)** диагностируется, когда состояние соответствует общим критериям шизофрении, но не специфическим критериям отдельных 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.

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 неврозоподобной или психопатоподобной симптоматикой, а также шизотипическую шизофрению.
2. **Эпизодический тип течения** характеризуется сочетанием синдромов, свойственных непрерывной шизофрении, с достаточно очерченными приступами, которые проявляются продуктивной симптоматикой. Выделяют два подтипа:
 - эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, когда после каждого очередного приступа нарастает дефицитарная симптоматика;
 - эпизодический тип течения со стабильным дефектом (периодическое или рекуррентное течение) - дефицитарная симптоматика нарастает лишь после первого приступа, а в последующем изменений личности нет.

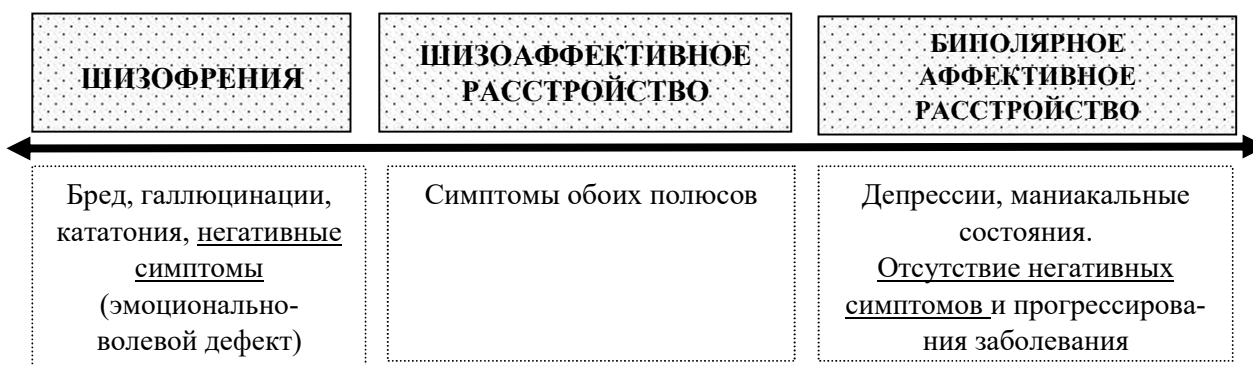
Эпизодический тип течения шизофрении сопряжен с особой синдромальной характеристикой психоза, на этой основе был выделен школой Снежневского («периодическая шизофрения»). Полиморфность симптоматики: бессонница, симптомы соматические, аффективные, параноидные, фантастически-дереализационные и деперсонализационные, 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.

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.

Континуум эндогенных психозов



Лечение. Этапы лечения шизофрении (терапия купирующая, стабилизирующая, противорецидивная, профилактическая). Нейролептики – классификация, выбор нейролептических средств. Осложнения и возможные побочные эффекты нейролептиков. Инсулинокоматозная (ИКТ) и электросудорожная (ЭСТ) терапия. Проблема терапевтической

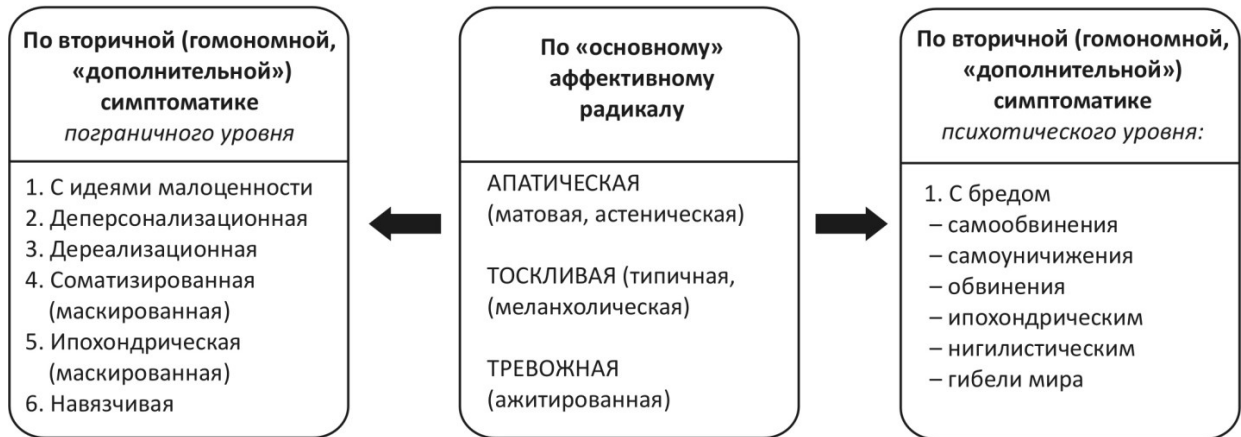
резистентности, поддерживающее и противорецидивное лечение. Подходы к военной, трудовой и судебной экспертизам.

Аффективные расстройства – это группа заболеваний, характеризующихся болезненным изменением настроения в виде депрессивных или маниакальных состояний («эпизодов», «фаз»). Определение аффективных психозов. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника: фазы и светлые промежутки (интермиссии), суточные и сезонные колебания, типы течения.

Маниакальная фаза: триада признаков, виды маний.

Депрессивная фаза. Структура клиники типичных (тоскливых) депрессивных фаз, их вегетативный компонент (триада Протопопова и др.). Атипичные варианты депрессий (депрессивных фаз) по аффективному радикалу, по степени его выраженности, по вторичной (гомомонной) симптоматике.

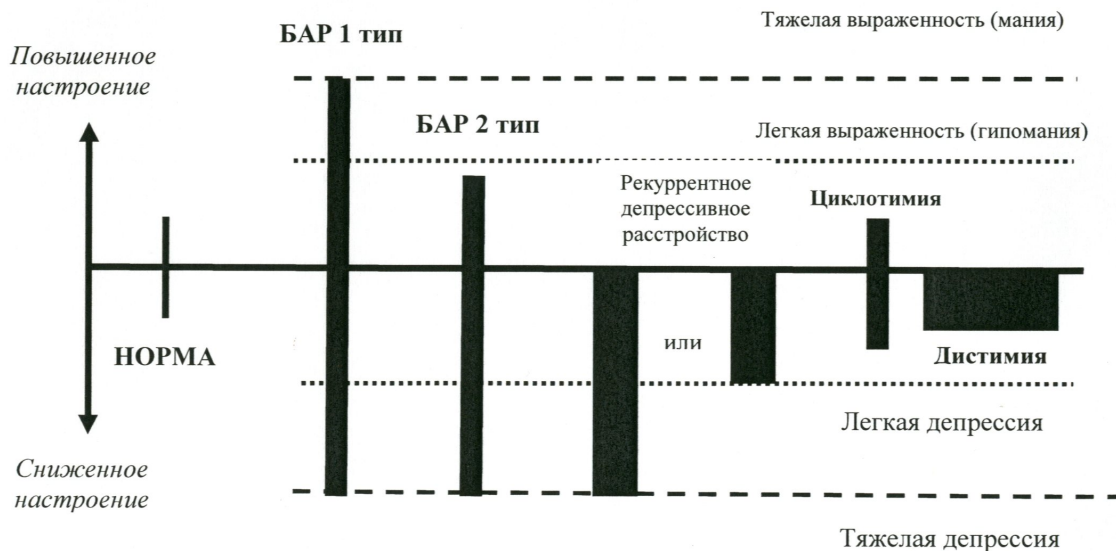
Феноменологическая классификация эндогенных депрессий



Связь непсихотических депрессий (депрессии с навязчивостями, маскированные, слезливые и др.) с легкой тяжестью депрессии, а депрессивного бреда с большой ее тяжестью. Проблема легких, но скрытых (маскированных дополнительной не аффективной симптоматикой) депрессий в общемедицинской практике.

Типы течения (моно- и биполярный) аффективных психозов. Классификация по течению в МКБ-10: маниакальный эпизод, депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство. Циклотимия. Дистимия.

Современная систематика аффективных расстройств



Маниакальный эпизод – аффективное расстройство, характеризующееся приподнятым настроением без связи с реальными обстоятельствами жизни больного и может варьировать от беззаботной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Выделяют *гипоманию*, *манию без психотических симптомов* и *манию с психотическими симптомами*.

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; средней степени; тяжелой степени без психотических симптомов; тяжелой степени 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.

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.

БАР II типа характеризуется преобладающими по степени выраженности и количеству депрессивными фазами и относительно кратковременными гипоманиакальными состояниями.

Циклотимия – это устойчивая нестабильность настроения, включающая ряд периодов депрессии и легкой приподнятости настроения, ни один из которых не является достаточно тяжелым или длительным, чтобы поставить диагноз биполярного аффективного расстройства (БАР) или рекуррентного депрессивного расстройства.

Дистимия – это хроническое депрессивное настроение, продолжающееся по меньшей мере несколько лет, которое 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) как «пограничная форма» между двумя большими эндогенными формами. Критерии по МКБ-10. Клинические формы ШАР: шизодоминантная и аффектдоминантная. Дифференциально-диагностические признаки с шизофренией и аффективными психозами.

Особенности ухода и надзора, предупреждение суицидов.

Уменьшение частоты диагностирования шизофрении по МКБ-10 за счет первых недлительных приступов с полиморфной симптоматикой.

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 чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет. Неврозоподобный и психопатоподобный варианты.

- 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 параною, граничащие с паранойяльным расстройством личности, а также позднюю парафрению и инволюционный параноид.

С другой стороны, периодическая шизофрения «спрятана» в концы 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.

Дифференциальный диагноз эндогенных депрессий с депрессиями реактивными, сосудистыми и органическими.

Принципы и методы терапии аффективных расстройств. Трудовая, судебная и военная экспертиза при аффективных нарушениях.

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. Психотерапия.

Классификация психотропных препаратов:

- 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. 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.
6. Систематика шизофрении по МКБ-10.
7. Типы течения и формы шизофрении.
8. Непрерывно текущая шизофрения
9. Эпизодический тип течения шизофрении, два подтипа.
10. Основные принципы и этапы лечения больных шизофренией.

11. Основные методы в лечении шизофрении.
12. Трудовая, судебно-психиатрическая и военная экспертиза.
13. Определение понятия «аффективные психозы».
14. Эпидемиология аффективных психозов.
15. Этиология и патогенез аффективных психозов.
16. Клинические проявления аффективных психозов. Клинические критерии эндогенных депрессий. Атипичные варианты депрессии.
17. Особенности течения аффективных психозов (понятие фаз, циркулярности, интермиссий).
18. Классификация аффективных психозов по МКБ-10.
19. Основные принципы и методы терапии аффективных психозов.
20. Определение понятия шизоаффективных психозов. Диагностические критерии шизоаффективного расстройства по МКБ-10.
21. Клинические проявления и разновидности течения шизоаффективных психозов.
22. 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)

Тестовый контроль

1. ШИЗОФРЕНИЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ В ВОЗРАСТЕ
 - а) подростковом
 - б) зрелом
 - в) старческом
 - г) любом
2. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
 - а) аура
 - б) абсанс
 - в) амбулаторный автоматизм
 - г) ступор кататонический
3. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ
 - а) Корсаковский
 - б) апатоабулический
 - в) психоорганический
 - г) дисмнестический
4. В НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ СЛУЧАЯХ БРЕДОВОГО ВАРИАНТА ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СМЕНЫ СИНДРОМОВ
 - а) паранойальный синдром - конечное состояние типа дурашливого
 - б) парафренный синдром - параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо
 - в) паранойальный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром

- г) паранойяльный синдром - галлюцинаторно-параноидный синдром - онейроидная кататония
 д) галлюцинаторный синдром - парафренный синдром
5. 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)
6. ДЛЯ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ХАРАКТЕРНО
- а) замедление ассоциативного процесса
 б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
 в) обстоятельность
 г) ускорение ассоциативного процесса
7. ПРИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОМ ВАРИАНТЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ КАНДИНСКОГО С ПРЕОБЛАДАНИЕМ
- а) идеаторных автоматизмов
 б) моторных автоматизмов
 в) сенестопатических автоматизмов
 г) сенестопатических автоматизмов
 д) псевдогаллюцинаций
8. К ФАКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМАМ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ
- а) пониженное настроение
 б) идеи самообвинения
 в) замедленное мышление
 г) двигательная заторможенность
9. НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- а) эмоциональной неустойчивостью
 б) эмоциональным уплощением
 в) дисфорией
 г) слабодушием
 д) гипоманией
10. ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ НА _____ ВОЗРАСТ
- а) юношеский
 б) детский
 в) зрелый
 г) поздний

Дополнить предложения:

1. Психопатоподобное поведение встречается при..... форме шизофрении.
2. Расщепление лежит в основе шизофренического процесса.
3. Юношеская шизофрения течет
4. При шизофрении встречается помрачение сознания.
5. Для шизофренического дефекта характера патология в сфере.
6. Депрессивная фаза при эндогенных аффективных расстройствах (БАР) характеризуется ведущим аффективным радикалом.
7. При аффективных расстройствах (БАР) промежуток между психотическими эпизодами называется

8. В течение аффективных расстройств (БАР) различают и
..... типы.
9. Больной в депрессивном состоянии склонен к совершению попыток.
10. При инволюционной депрессии вместо двигательной заторможенности возникает ...
.....
11. При инволюционном параноиде наблюдается бред или
12. Прогноз для выздоровления при инволюционных функциональных психозах

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 опекунства. 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. При обследовании в соматическом стационаре больной заявляет: «Мозг мой атрофирован, печень совсем распалась на дольки, через позвоночник будто электрический ток проходит и высушивает спинной мозг».

Какими должны быть действия врача соматического стационара? О каком синдроме идет речь? Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Больной молчит, не садится на стул после приглашения, лицо невыразительное, взгляд неподвижный. При попытке посадить его, оказывает активное сопротивление. При попытке накормить больного, стискивает зубы.

О каком синдроме идет речь? Относится ли описанная выше симптоматика к неотложным состояниям в психиатрии?

3. Больной дома пытался нанести ножевое ранение соседу. При этом был злобен, напряжен, заявлял, 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. В ходе следствия было установлено, что больной в течение последних 10 лет страдает шизофренией. *Что должен сделать следователь? Определите синдром у больного.*

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, причуд-

ливо изгибается и хлопает себя ладонями по груди, плюет на соседа. Все это больной проделывает 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. 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 больного с определением режима, диеты, медикаментозного лечения с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний.

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.
3. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.

Дополнительная:

4. Методология обследования больных в клинической психиатрии: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
5. Шмуклер А.Б. Шизофрения / А.Б. Шмуклер. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 176 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-6429-8.
6. Снежневский А.В. Шизофрения (цикл лекций 1964 г.) / А.В. Снежневский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022.

Интернет ресурсы:

7. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
8. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
9. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
10. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

10. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ЛЕЧЕНИЕ. 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:

Вводные демонстрации.

1. *Наблюдение: С целью перевода больного из стомклиники в психиатрический стационар, на консультацию был приглашен психиатр. Больной, со слов лечащего врача, после операции ведет себя «неадекватно»: малословен, загружен, выдернул с вены систему; ночью присмотреть за ним некому, а был случай, что больной выпрыгнул в окно. Ранее, дней 10 назад, больной получил в опьянении ЧМТ с потерей сознания и повреждением челюсти и зубов. Поздняя госпитализация объяснялась тем, что больной из дальнего села и поздно был направлен в данный стационар. Ему произведена операция с наложением проволочной шины и турунды; имелись необильные гнойные выделения. Психиатр больному представился, и в беседе больной отвечал правильно, но замедленно. Других особенностей выявлено не было. Систему он выдернул потому, что задремал и «неудачно повернулся».*

В поисках неврологических причин (коль психиатрических не было) исследовался неврологический статус. При этом, когда для исследования стопных рефлексов больной снял туго облегающие стопу шерстяные носки, в области голеностопного сустава обнажилась большая теплая припухлость с засохшими корочками в середине ее. Интоксикационная природа заторможенности стала понятной, и вопрос о переводе в психиатрический стационар отпал. Психиатр не стал делать своих назначений, но посетовал на то, что больных с психическими расстройствами врачи боятся расспрашивать об этих нарушениях и что от расспроса была бы большая польза, несмотря даже на забвения психиатрических знаний.

2. *Больная Б., 42 г. Диагноз: Гриппозный психоз с делириозным синдромом. На 7-ой день заболевания гриппом на фоне повышенной температуры стала тревожной; «чувствовала», что из ушей и головы вытекает вода. Она также видела, как отовсюду «лилась вода и заливала квартиру» (1). В страхе металась, собирала и складывала вещи на шкаф и кровать. При этом побила пятилетнего сына, который, не понимая ее действий, не слушался и «лез в воду». Доставленная в больницу, не ориентировалась в месте и времени (2).*

3. *Из письма к психиатру от близкого знакомого, учителя, 28 лет.*

Около 9-ти часов я почувствовал, как будто тело, вернее кожа на теле, немного охлаждается: будто ты находишься в прохладной воде или как от дуновения небольшого ветерка. Как говорят ученики, зашел я в класс каким-то не таким, вроде выпившим; сел за стол, открыл журнал. Затем поднялся и, опершись руками о стол, хотел что-то ска-

зять, но вдруг развернулся на 90°, простонал «га-га-га» и упал лицом вниз. Девчонки от испуга выбежали из класса, но на помощь прибежала лаборантка, взрослая женщина и, чтобы я при судорогах не разбил лицо, подложила свои руки. Затем меня подняли и отвели к директору в кабинет. Директор и прочие пытались изучать меня – давали тетрадку и я начинал что-то писать. Вызвали скорую помощь и меня отвезли к неврологу. На вопросы я ей отвечал правильно. Но ничего сам этого не помню. Затем отвезли к сестре, я сам сказал ее адрес. Дома был ее муж и собирался на работу. Через некоторое время я один поехал домой. И это плохо помню. Где-то позднее за мной (ко мне) приехала сестра. И когда мы с ней переезжали от меня, в троллейбусе со мной случился еще приступ. Опять, как сказала сестра, я кричал «га-га-га», затем начались небольшие судороги. Врач прописала мне исследоваться и узнать характеристики моей болезни. Завтра пойду к неврологу и буду добиваться этого. Может быть, на обследование лечь в больницу, но это тоже трудно, наверное, сделать. Может быть, обследоваться в психиатрической больнице? В общем, посоветуй мне, я буду согласен на любое предприятие...

4. Журналистка, 42 года, замужем. Имеет сына-подростка. В прошлом, особенно в подростковом возрасте, «бродяжничала» и ссорилась с родителями настолько ожесточенно, что доставлялась ими в психиатрическую больницу, где была «трудной» больной. Диагностировалась психопатия возбудимого типа. С повзрослением, однако, состояние компенсировалось и психиатрической помощи не требовалось. На настоящий момент, в 42 года, на приеме у врача-психиатра «оформила» вместе с ним свои жалобы:

1. Внезапные отключения на 1-5 минут, в том числе в лежачем положении: падаю, разбиваюсь. Перед этим кратковременная несобранность с желанием собраться, «за что-нибудь ухватиться», но пациентка отметила, что не может это сделать.
2. Периоды сильной тоски на 0,5-1,5 часа.
3. «Необычные сильные переживания» внезапные и кратковременные, похожие на сновидения; помнит их очень смутно.
4. В характере – «ужасная любовь к порядку» на столе, в квартире и т. д. Память на зло не выражена. Выражена «навязчивая фиксация на вечных вопросах».
5. Ощущает себя «подростком».

В ВКБ – тенденция к психологизации описанных психопатологических феноменов. Интересуется возможностью лечиться у психотерапевта или невролога.

5. Ш.В.И., 27 лет. Наследственность неотягощена, закончил 11 классов, работал на обогатительной фабрике слесарем, служил в армии, женат.

В 20 лет перенес травму черепа без потери сознания, в больнице не лечился.

В 27 лет перенес на ногах грипп, а через два месяца среди полного здоровья вдруг ощутил резкую боль в поджелудочной области, одышку, появилось ощущение, что остановилось сердце. Такое состояние продолжалось 15-20 минут, затем прошло и Ш.В.И. вновь почувствовал себя здоровым. Через 12 дней этот «приступ» повторился, в утяжеленной форме: он стал ощущать резкую боль в области груди, частое сердцебиение, потливость, повысилось АД до 160/90 мм рт. ст. Длилось это состояние несколько минут и также прошло. С этого времени похожие состояния стали повторяться. Обследовался и лечился в районной больнице, но улучшений не было. Более того, в больнице на фоне высоты описанных явлений были судороги, и свои эти состояния он помнит смутно.

После выписки из районной больницы сформировался следующий стереотип приступов: сначала возникают острая боль в грудной клетке, чувство сдавления, сильное сердцебиение, страх, учащенное мочеиспускание и потливость, а на высоте этих состояний на несколько секунд теряется сознание. Такие состояния были и в ванной комнате и на улице. По миновании приступов из-за потливости приходилось менять рубашку.

Перед поступлением в ПНД приступы участились, почему и обратился к психиатрам. За время пребывания в стационаре наблюдалось несколько таких приступов.

Соматически – без особенностей. Консультирован специалистами: функция щитовидной железы без патологии; при осмотре глазного дна: артерии сужены, вены из-

виты, единственный симптом *Salus I*; при рентгеноскопии: органы грудной клетки и кишечника в норме; рентгенография черепа в норме.

Получал лечение: седуксен, тизерцин, бензонал, финлепсин, дегидратационную терапию.

Эпилепсия

Пароксизмальность возникновения и стереотипность симптоматики – как наиболее характерные (относительно специфичные) особенности клиники эпилепсии. Сравнение понятий «пароксизм», «припадок», «приступ». Пароксизмальные расстройства в общей медицине. Распространенность эпилепсии в населении (около 0,5-1%), недостаточная выявляемость легких ее форм. Значимость достижений в реабилитации больных в настоящее время.

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, изредка 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 брутальными 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».

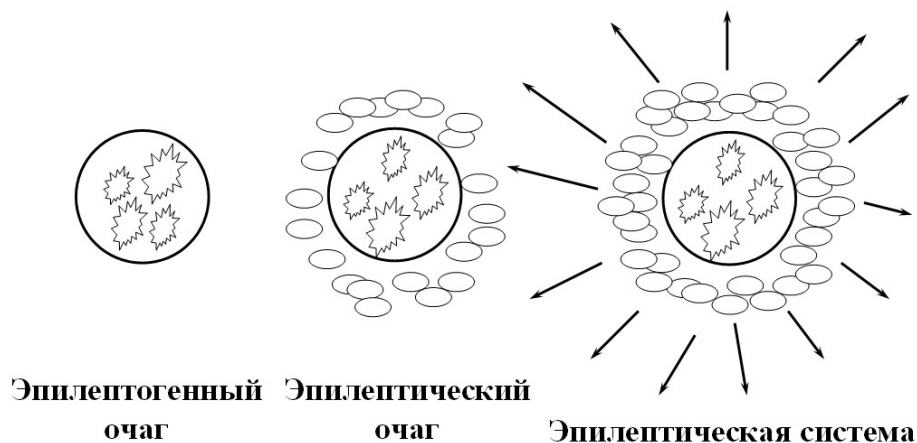
Отсутствие фатальности изменений личности и социальная успешность больных с незначительными личностными изменениями.

Признаки благоприятного прогноза при эпилепсии: мономорфность симптомов, отсутствие или слабая выраженность постприпадочных явлений, поздний возраст начала болезни.

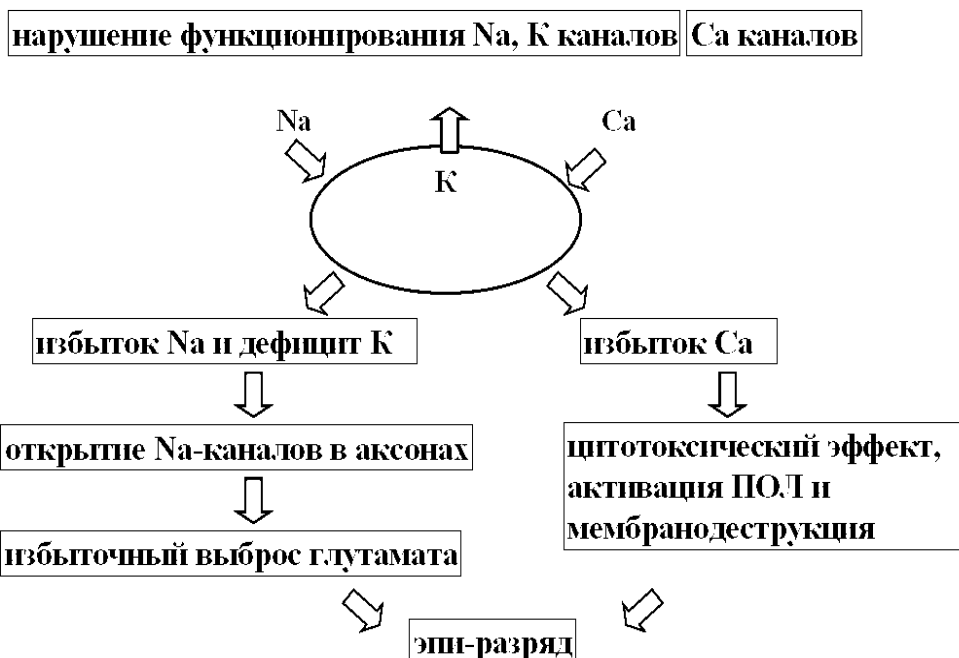
Патогенетические механизмы: эпилептогенный очаг → эпилептический очаг (роль нейромедиаторных нарушений и дисбаланса микроэлементов) → эпилептическая система → эпилептизация головного мозга.

Электроэнцефалографические (ЭЭГ) корреляты эпилепсии. «Нагрузочные» пробы при ЭЭГ-исследовании: гипервентиляция, фотостимуляция, депривация сна.

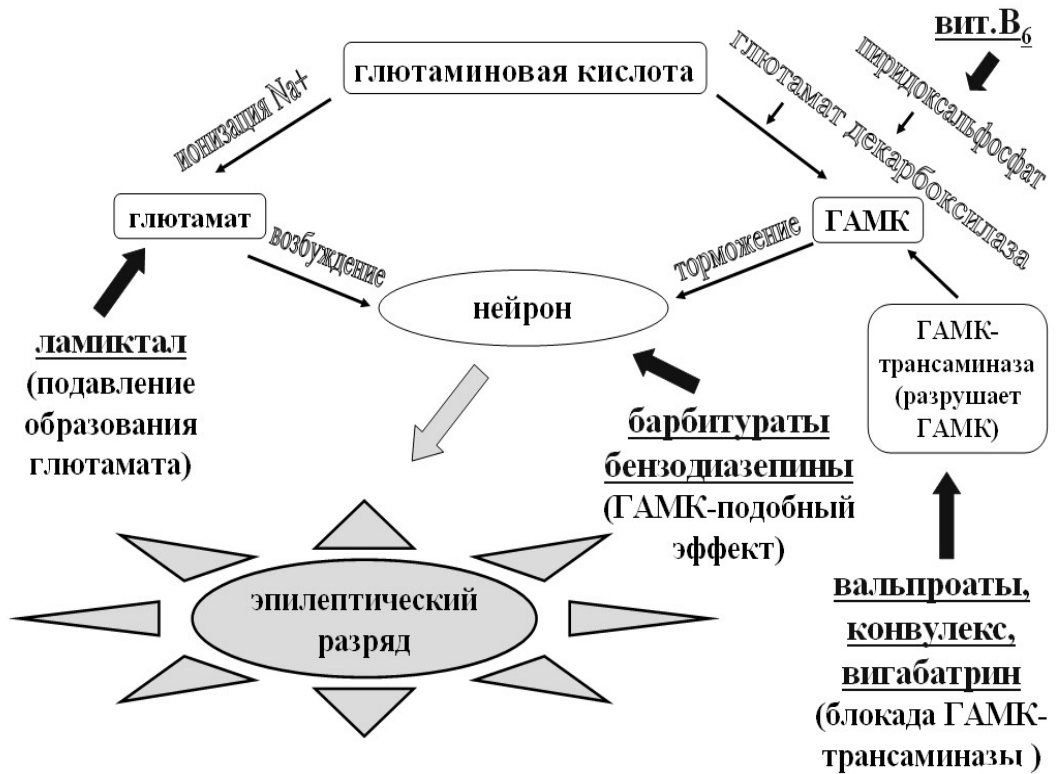
Нейрофизиологические стадии эпилептогенеза



Механизмы нейронной разрядки при эпилепсии



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

Три наиболее специфических принципа лечения эпилепсии: непрерывность, длительность, комплексность (противосудорожные, дегидратационные, ноотропные, сосудистые препараты, витаминотерапия).

Принципы терапии противосудорожными средствами: выбор препарата («как ключ к замку»), постепенное наращивание суточной дозы до высшей, суточное распределение доз, преимущественная монотерапия, эквивалентность доз при замене препаратов.

Эпилептический статус как ургентное состояние. Его распознавание, методы, купирования.

Симптоматические психозы

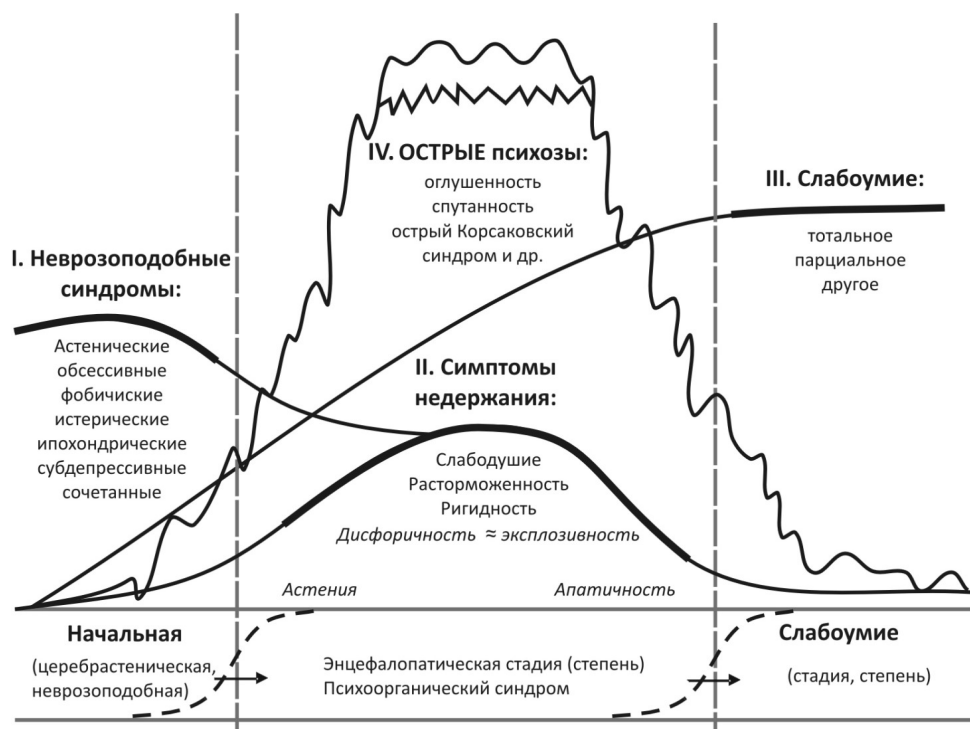
Понятие о дихотомии «экзогенное - эндогенное расстройство» и постепенность перехода между этими полюсами. Наиболее отчетливые экзогенные синдромы (*неспецифические «реакции» по Бонгофферу*): делириозные, сумеречные и аментивные помрачения сознания, острые галлюцинозы, Корсаковский и астенический синдромы, эпилептиформные пароксизмы.

Принципиальное отличие экзогенных симптоматических расстройств (интоксикационных, соматических, при общих инфекциях) от экзогенных органических (инфекционных мозговых, некоторых интоксикационных с повреждением мозга). Близость дихотомий «экзогенное - органическое» и «продуктивное - негативное» в синдромах.

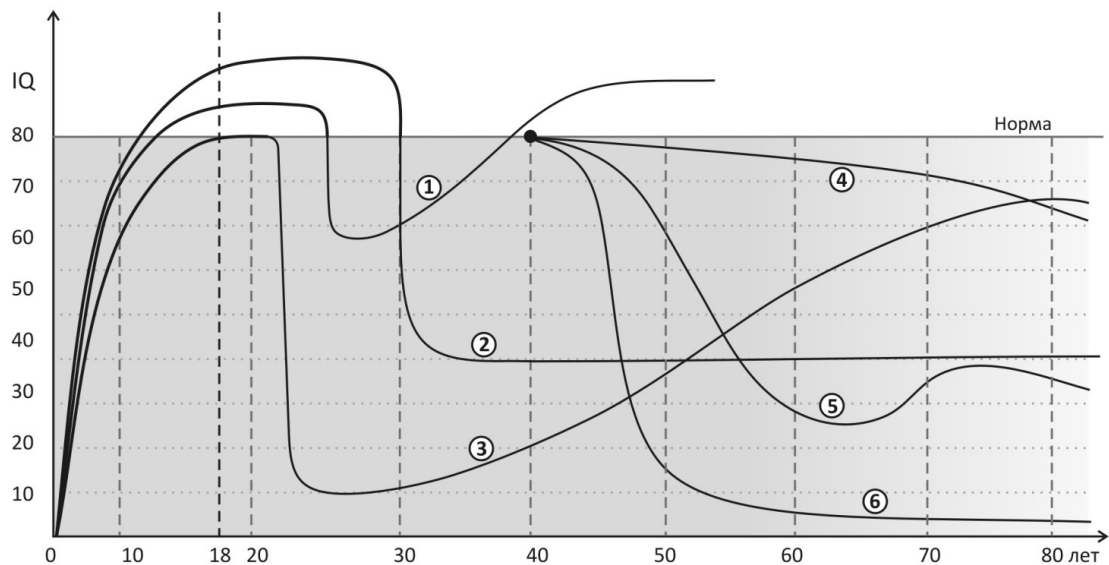
Общие компоненты патогенеза симптоматических расстройств и их тесная связь с «вредностью»; общие закономерности смены синдромов (в соответствии с «кругами» Снежневского) в диапазоне: неврозоподобные - помрачения сознания. Практическое отсутствие синдромов (и симптомов) специфичных для вредности, но не редкость симптомов «характерных» («предпочтительных»).

Различия предпочтительности синдромов при симптоматических расстройствах острых и хронических; роль интенсивности вредности: интоксикации, гипоксии, интероцепции, личностной реакции.

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИНАМИКИ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА



ВАРИАНТЫ ДИНАМИКИ СЛАБОУМИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ



- ①②③ - варианты динамики слабоумия при острых мозговых вредностях: черепно-мозговая травма, инсульт, и др.
 ③④⑤⑥ - варианты при хронических вредностях: злокачественный атеросклероз, старческие психозы, и др.

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, не критичность);
- 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, се-нестопатии;
- 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 злости 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 гнирическими 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: неврозоподобные 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 неврозоподобной 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.
3. Изменения личности при эпилепсии.
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.
11. Купирование эпилептического статуса.
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

Вопросы для контроля знаний:

1. Почему симптоматические психические расстройства имеют такое название?
2. Психические расстройства при энцефалитах и менингитах являются: 1) симптоматическими; 2) органическими; 3) могут быть тем и другим?
3. Можно ли по психическим симптоматическим расстройствам диагностировать саму болезнь?
4. Перечислите основные виды эпилептических пароксизмов.
5. Какие из пароксизмальных расстройств особенно опасны для больного, какие – для окружающих?
6. В чем своеобразие эпилептического слабоумия в отличие от органического? От шизофренического?
7. Какие из пароксизмов представляют наибольшую диагностическую проблему для врачей-терапевтов и хирургов?
8. Являются ли частые повторные большие припадки с прояснением сознания в межприступный период эпилептическим статусом?
9. Является ли последующая амнезия типичной для сумеречного состояния?
10. Всегда ли при эпилепсии наступают изменения личности и слабоумие?
11. Всегда ли при эпилепсии бывают судорожные припадки?
12. Каков набор возможных психопатологических синдромов в остром периоде черепно-мозговой травмы?
13. Может ли быть делириозный синдром при ЧМТ?
14. Каковы факторы неуспешной реабилитации при травмах черепа?
15. Чем выражается принцип комплексности при лечении последствий ЧМТ?

Задачи:

На опознание симптома (синдрома).

1. Больной разговаривал с врачом и внезапно замолчал. Взгляд стал отрешенным, пациент не реагировал на вопросы, обращенные к нему, и на происходящее вокруг. Через несколько секунд это состояние прошло, больной продолжал беседу.
2. Больная, как обычно, отправилась на работу. Вечером обнаружила себя гуляющей по загородному лесопарку. Каким образом оказалась в парке, и как прошел день, не помнит.
3. У больного 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 больного 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 встал ночью, собрал свои вещи и убрал их в ванную. Открыл дверь в коридор, попрощался с родственниками, на их вопросы при этом не отвечал. Затем вернулся в комнату и лег спать. Утром не помнит о своих действиях.
6. Больной был избит хулиганами. Через 30 минут после травмы пришел в сознание, жаловался на головную боль и головокружение, отмечалась повторная рвота. Спустя неделю состояние улучшилось, однако беспокоят головные боли и головокружение, особенно при чтении. Не выносит даже тихого разговора больных в палате, свет кажется очень ярким.

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 больному? О каком расстройстве идет речь? Что это за состояние?

3. Больная как обычно отправилась на работу. Вечером обнаружила себя гуляющей по загородному лесопарку. Каким образом оказалась в парке, и как прошел день, не помнит.

Консультация какого специалиста необходима больной для постановки диагноза и назначения лечения? Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной? О каком расстройстве идет речь? Что это за состояние?

4. Больной А., 16 лет. Наследственность неотягощена. 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 _____ РАССТРОЙСТВ
 - а) эндогенных психических
 - б) экзогенно-органических психических
 - в) эндогенно-органических психических
 - г) экзогенных психических
2. К ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПРИСТУПАМ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСЯТ
 - а) джексоновские припадки
 - б) адверсивные припадки
 - в) вегетативно-висцеральные приступы
 - г) абсансы
3. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ХАРАКТЕРНО
 - а) вязкость, обстоятельность мышления
 - б) резонерство и разноплановость суждений
 - в) разорванность мышления
 - г) ускорение темпа мышления

4. ПРИСТУПЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ЧУЖДЫХ, НАСИЛЬСТВЕННЫХ МЫСЛЕЙ, НАЗЫВАЮТ _____ ПРИСТУПАМИ
 - а) дисмнестическими
 - б) идеаторными
 - в) эмоционально-аффективными
 - г) иллюзорными
5. ПРИСТУПЫ ЭПИЛЕПСИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ МЕТАМОРФОПСИЙ, СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К _____ ПРИСТУПАМ
 - а) дисмнестическим
 - б) идеаторным
 - в) эмоционально-аффективным
 - г) иллюзорным
6. ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПРИСТУПЫ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСЯТ К
 - а) простым парциальным приступам
 - б) сложным парциальным приступам
 - в) парциальным приступам с вторичной генерализацией
 - г) генерализованным приступам
7. АБСАНСЫ ОТНОСЯТ К
 - а) генерализованным приступам
 - б) простым парциальным приступам
 - в) сложным парциальным приступам
 - г) парциальным приступам с вторичной генерализацией
8. СИНДРОМ, ДЛЯ КОТОРОГО 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
10. ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ
 - а) хлорпромазин
 - б) диазепам
 - в) вальпроевая кислота
 - г) карбамазепин

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
3. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

4. Котов А.С. Эпилепсия. Руководство для врачей / А.С. Котов, К.В. Фирсов. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2021. – 348 с. – ISBN 978-5-9986-0440-9.
5. Липатова Л.В. Эпилепсия. Этиология, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы терапии. Эпилептический статус : учебное пособие для клинических ординаторов / Л.В. Липатова, Т.М. Алексеева, С.М. Малышев. – Санкт-Петербург : Фолиант, 2019. – 56 с. – ISBN 978-5-93929-299-3.
6. Методология обследования больных в клинической психиатрии: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
7. 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.

Интернет ресурсы:

8. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
9. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
10. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
11. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

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 синдромокинеза; 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, прогрессиентность, трудная курабельность.

Болезнь Альцгеймера (БА) – наиболее распространенная форма первичных дегенеративных деменций позднего возраста, которая характеризуется постепенным малозаметным началом в пресенильном или старческом возрасте, неуклонным прогрессированием расстройств 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».

Льютические расстройства

Нейросифилис: сифилис мозга и прогрессивный паралич.

а) *Сифилис мозга.* Преимущественное поражение оболочек и сосудов головного мозга (паренхима – реже).

Стадии болезни:

1. Сифилитическая невралгия.
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 внутримозговые: 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, гипомания, 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 хорее Гентингтона.

Задания для усвоения темы

Ситуационные задачи:

1. У больного с 40-летнего возраста стало наблюдаться периодическое повышение АД, с 60 лет у него появились несвойственные ему ранее раздражительность, слабодушие, утомляемость и нарушение сна. Со временем эти жалобы усилились, заострились присущие ранее черты характера: стал скупым, угрюмым, раздражительным и эгоистичным. Затем стал высказывать мысли, что против него что-то замышляют, хотят причинить вред, что за ним следят. Прислушивался, говорил о «неясных голосах за окном», просил защитить от преследователей. Иногда дезориентирован в окружающих лицах, месте и времени. В страхе убегает от врача, но тут же становится спокойным, упорядоченным: знает, что находится в больнице, обращается к врачу и поддерживает беседу. При обследовании обнаружено высокое АД, гипертрофия левого желудочка, повышенное содержание холестерина в крови. В неврологическом статусе обращают на себя внимание асимметрия лица, наличие патологических аксиальных рефлексов. В процессе лечения психотропными и седативными препаратами у больного через 2 недели исчезли слуховые обманы восприятия, бредовые идеи и страхи, полностью восстановилась ориентировка. Однако пациент остается вялым, раздражительным, плаксивым, плохо переносит шум, отмечена повышенная утомляемость. Его беспокоят головные боли, головокружение, шум в ушах, снижение памяти. Почти не помнит своих переживаний.

О каком расстройстве идет речь? Определите синдром у больного.

2. Наследственность больного психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался нормально. Психическое состояние изменилось в возрасте 60 лет. Стала снижаться память, забывал, зачем вышел из дома, оставлял вещи в транспорте. Не мог смотреть кинофильмы – при просмотре сентиментальных сцен неудержимо лил слезы. Появилась постоянная тревога за родных. Плохо спит ночью и днем не испытывает сонливости. В больнице, обнаружил чрезмерную фиксированность на собственном здоровье: заявил, что скоро умрет; со слезами говорил, что слабеет с каждым днем. Эгоцентричен, капризен, требует к себе повышенного внимания. Жалуется на бессердечное отношение, невнимание родственников и персонала. Легко переходит от слез к веселому настроению. Обстоятелен. Постоянно возвращается к теме своего здоровья. Память снижена, особенно на события недавнего прошлого. Лучше помнит события молодости и зрелых лет. При соматическом осмотре обращает на себя внимание то, что больной выглядит старше своих лет, кожные покровы дряблые, морщинистые, периферические сосуды плотные на ощупь и извитые. Границы сердца расширены влево, тоны глухие. Содержание холестерина в крови повышено.

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
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
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
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
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
10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ
 - а) КТ
 - б) ЭЭГ
 - в) УЗИ головного мозга
 - г) исследование ликвора

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия : учебник / Н.Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5738-2.
3. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

4. Методология обследования больных в клинической психиатрии: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
5. 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.
6. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А.Б. Смулевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. – 202 с. – ISBN 5-98322-534-0 (в пер.).

Интернет ресурсы:

7. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
8. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
9. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
10. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

12. ОСНОВЫ АДДИКТОЛОГИИ. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Исходный уровень: Расстройства 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:

... 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, бытового 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.

Опьянение: алкогольное, наркотическое и токсикоманическое. 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);
- исчезновение защитных знаков неприятия или передозировки (рвоты, чихания, зуда, аллергических симптомов и др.);
- изменение толерантной дозы;
- 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.

Алкогольное опьянение простое (степени тяжести); атипичное (= измененные формы простого алкогольного опьянения) – эксплозивный вариант, дисфорический вариант, истерический вариант, депрессивный вариант, сомнолентный вариант; 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 без признаков алкоголизма. *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 компуль-

сивным, 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. «Кодирование» в наркологии. Психотерапия алкогольной и наркотической зависимости. Взаимодействие с родственниками: их психокоррекция. Терапевтические объединения больных (анонимные алкоголики – АА) и родственников.

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: абортивный (легкий) – классический делирий – тяжелопротекающий 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).

СХЕМА КЛИНИКИ АЛКОГОЛИЗМА (АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ)

I. Наркоманический синдром

Симптомы и их группы		Динамика	Пред-алкоголизм	Стадии		
				I	II	III
Измен. реактивности	1. Повышение в 3-4 раза – снижение толерантности			+	+	-
	2. Утрата рвотного рефлекса при передозировках			±	+	+
	3. Палимпцесты	+	+	+	+	+
	4. Амнезии алкогольные	-	+	++	+++	
	5. Измененные формы опьянения	+	+	++	++	
	6. Псевдозапои	-	-	+		
	7. Истинные запои	-	-			+
	8. Абстиненция (в организменном аспекте)	-			+	++
Зависимость – психическая – физическая	1. Влечение обсессивное	-	-	+	+	+
	компульсивное	-	-	-	+	++
	а) Дискомфорт психический и - желательность выпивки, сосредоточенность на ней - обсессивное влечение	+		+	+	+
	б) Запаздывание насыщения и - симптом опережения круга - затруднения остановиться - утрата количественного контроля	+				
		+				
		+				
			+	+	++	++
	в) Условно-рефлекторный симптом предвкушения и - затруднения в отказе от выпивки - утрата ситуационного контроля	+				
			±	+	++	
	2. Абстиненция (как страдание, облегчаемое алкоголем)		постинтоксикация		+	++

II. Осложнения – последствия

Психические	1. Астения и гипосексуальность вне опьянения		+	+	++
	2. Изменения характера – темперамента		+	+	++
	3. Снижение уровня личности: памяти, сужение круга интересов и др.			±	+
	4. Нравственно-этическое снижение. Психологическая защита.		+	+	++ +
	5. Психозы острые			+	
	6. Психозы затяжные		-	+	++
Соматические и неврологические	1. Кардиомиопатии, гепатиты, бронхиты, панкреатиты и др.			+	++
	2. Анорексия, агрипния		-	+	+
	3. Невриты, полиневриты		±	+	
	4. Энцефалопатия алкогольная			+	++
Социальные	1. Деадаптация социальная		±	+	++

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.

Патогенетическая терапия алкогольного делирия и острой энцефалопатии Гайе-Вернике

Компоненты Комплексности	Стадии	Абортивный делирий	Собственно (типичный) делирий	Тяжелопротекающий делирий	
				Стадия отека мозга	Гипертермическая 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 осложнениями 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. Аддикции, определение, классификация.
2. Виды нехимических аддикций.
3. Синдромология в наркологии.
4. Этиология, патогенез зависимостей.
5. Алкогольное опьянение, виды, клиническая картина, вопросы экспертизы.
6. Классификация алкоголизма.
7. Клиника алкогольной зависимости.
8. Особенности диагностики 1 стадии алкогольной зависимости.
9. Возрастные и гендерные особенности формирования алкоголизма.
10. Место острых алкогольных психозов в МКБ-10, эпидемиология.
11. Классификация, клиника и диагностика алкогольного делирия.
12. Классификация, клиника и диагностика алкогольного галлюциноза.
13. Другие виды острых алкогольных психозов.
14. Этиология, патогенез алкоголизма и алкогольных психозов.
15. Общая симптоматика алкогольных энцефалопатий.
16. Классификация, клиника и диагностика Корсаковского психоза.
17. Классификация, клиника и диагностика энцефалопатии Гайе-Вернике.
18. Лечение алкоголизма и алкогольных психозов.
19. 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.

Выставите предварительный диагноз. Укажите основные симптомы и синдромы.

2. Больной, 43 года, 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 удлинненными телами и обилием ножек, кошки, собаки. Они пытались наброситься на него, хватали 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.

Выставите 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 здороваются 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
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
3. **ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ОТ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**
 - а) выраженность галлюцинаций
 - б) длительность психоза
 - в) помрачение сознания
 - г) выраженность бредовых расстройств

4. СОДЕРЖАНИЕ БРЕДА ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАРАНОИДА ОБЫЧНО ПРЕДСТАВЛЕНО
- а) бредом Котара
 - б) бредом преследования
 - в) бредом ревности
 - г) «кухонным бредом»
5. УКАЖИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, НАЗНАЧЕНИЕ КОТОРОГО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ
- а) галоперидол
 - б) амитриптилин
 - в) диазепам
 - г) хлорпромазин

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

3. Методология обследования больных в клинической психиатрии: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
4. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, С.Е. Гольгина. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2018. – 47 с.
5. Сахаров А.В. Наркология : учебное пособие / А.В. Сахаров. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2018. – 135 с.

Интернет ресурсы:

6. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
7. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
8. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
9. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

13. НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ЛЕЧЕНИЕ

Исходный уровень: Расстройства 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:

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 наказания 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. Критерии наркоманий.
2. Место наркоманий и токсикоманий в МКБ-10, эпидемиология.
3. Диагностические критерии наркоманий, классификация.
4. Классификация, клиника и диагностика опийной наркомании.
5. Этиология и патогенез наркоманий и токсикоманий.
6. Механизмы формирования зависимостей, причины аддикций.

7. Классификация наркоманий и токсикоманий.
8. Передозировка опиатами, первая помощь.
9. Опийная наркомания, клиника, диагностика.
10. Классификация, клиника и диагностика гашишной наркомании.
11. Классификация, клиника и диагностика кокаиновой наркомании.
12. Классификация, клиника и диагностика других наркоманий.
13. 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.

Ситуационные задачи:

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 госнаркоконтроля, 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
2. ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НАРКОМАНИЙ ПРИВОДИТ К НАИБОЛЕЕ ГРУБОМУ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМУ ДЕФЕКТУ
 - а) опийная

- б) гашишная
 - в) кокаиновая
 - г) барбитуровая
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
4. ЗУД КОЖИ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ
- а) гашишем
 - б) опиатами
 - в) барбитуратами
 - г) эфедроном
5. К ЗАЩИТНЫМ РЕАКЦИЯМ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ ОТНОСЯТ
- а) рези в глазах
 - б) слюнотечение
 - в) зуд кожи лица
 - г) тошноту, рвоту

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, 2016. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Психиатрия и наркология : учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-1167-4.

Дополнительная:

3. Методология обследования больных в клинической психиатрии: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, Л.Т. Морозов. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – 56 с.
4. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / А.В. Сахаров, О.А. Тимкина, С.Е. Гольгина. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2018. – 47 с.
5. Сахаров А.В. Наркология : учебное пособие / А.В. Сахаров. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2018. – 135 с.

Интернет ресурсы:

6. BookUp : электронно-библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://www.books-up.ru/>.
7. ВЭБС ЧГМА : электронный каталог // Читинская государственная медицинская академия : официальный сайт. – URL: <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.
8. Консультант врача : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <http://rosmedlib.ru>.
9. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2021. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.

ФОРМЫ УИРС ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Примерная тематика рефератов, курсовых работ, контрольных вопросов:

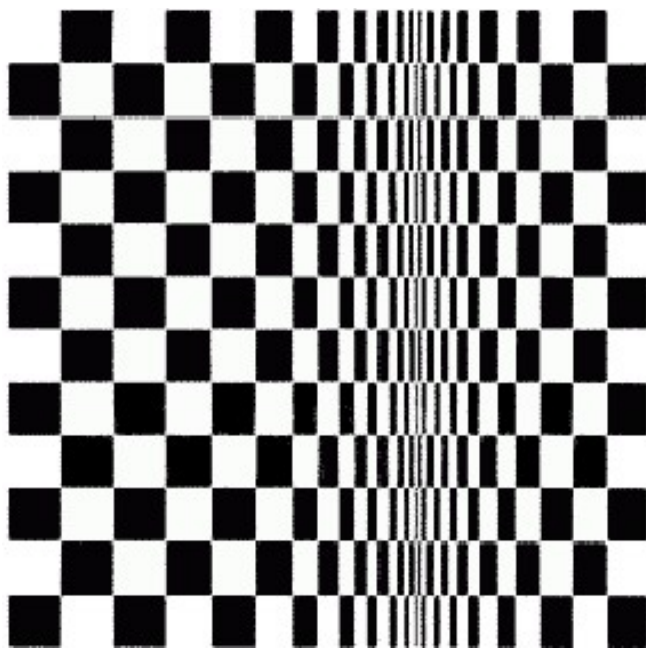
- психиатрические проблемы сексуальной патологии;
- вопросы семейного права в практике работы психиатрических учреждений;
- этические проблемы взаимоотношений врача и пациента. Этические проблемы в психиатрии: проблемы патернализма-автономии, недобровольности и насилия; этические проблемы психиатрического диагноза. Биоэтика; принципы биоэтики.
- психические расстройства при сахарном диабете;
- психические расстройства при тиреотоксикозе;
- психотерапия, ее место в лечении психических заболеваний, ее связь с другого рода лечением;
- консультирование семейное, консультирование семейных и супружеских пар, консультирование и его принципы в детской и подростковой психиатрии;
- предмет работы медицинского психолога в соматической и психиатрической клинике, этические принципы;
- психосенсорные расстройства во время наркоза;
- измененные состояния сознания у рожениц.

ПРИЛОЖЕНИЯ

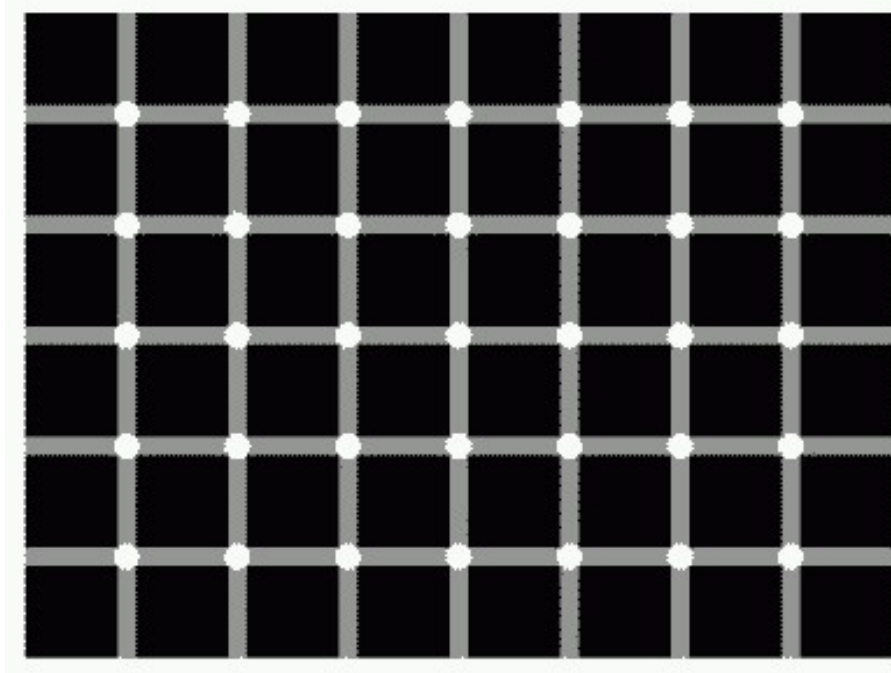
Приложение 1

Зрительные иллюзии

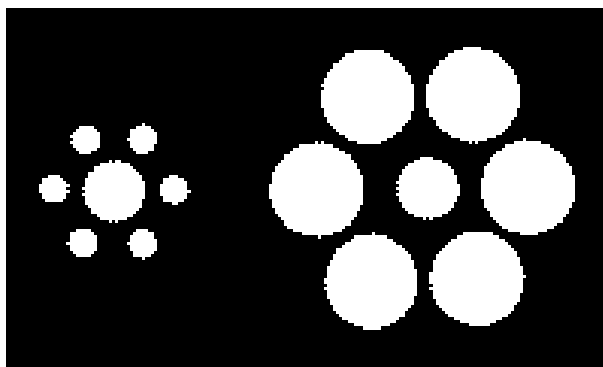
А) Иллюзии движения (возникает иллюзия движения квадратов)



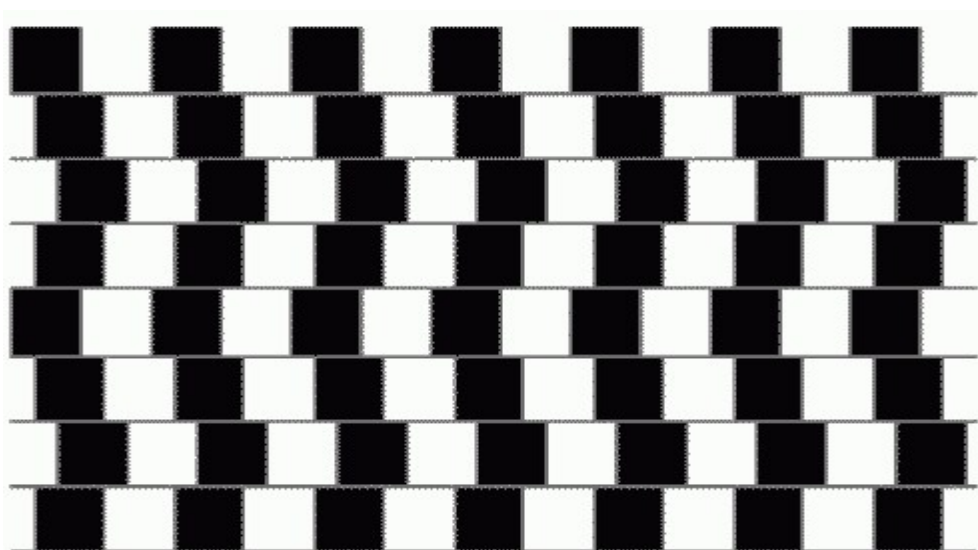
Б) Иллюзии контраста (иллюзия мерцающей решетки – белые круги кажутся мигающими)



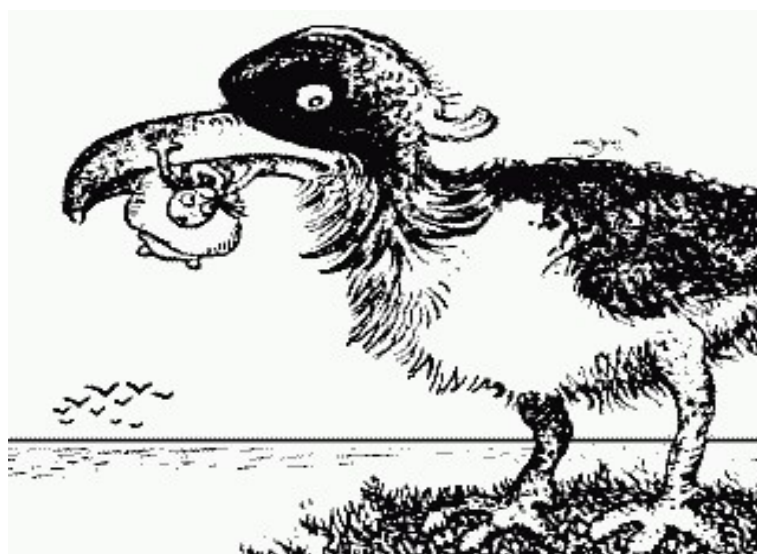
В) Иллюзии восприятия размера (какой круг больше – который окружен маленькими кругами или большими?)



Г) Иллюзии искажения (все горизонтальные линии параллельны)



Д) Перевернутые картинки (посмотрите на картинку, а затем переверните ее – что вы видите?)



Тест «Ведущая репрезентативная система»

Инструкция: прочитайте утверждение и из четырех предложенных вариантов выберите один, наиболее для Вас подходящий. Найдите в бланке (который представлен ниже) букву (А, В, К, Д), соответствующую выбранному Вами варианту ответа. Получившиеся буквы записывайте на отдельный листок.

Та репрезентативная система (обозначения буквой), которая наберет наибольшую сумму, будет являться ведущей.

1. Важные решения

- I - это дело чувств;
- II - важные решения зависят от моего настроения;
- III - важные решения зависят от моей точки зрения;
- IV - важные решения - это дело логики и ума.

2. На меня скорее окажет влияние тот:

- I - у кого приятный голос;
- II - кто хорошо выглядит;
- III - кто говорит разумные мысли;
- IV - кто оставляет у меня хорошее чувство.

3. Если я хочу узнать, как вы поживаете:

- I - я посмотрю на вашу внешность;
- II - я проверю, что вы чувствуете;
- III - я прислушиваюсь к звукам вашего голоса;
- IV - я обращаю внимание на то, что вы говорите.

4. Для меня легко:

- I - модулировать полноту звуков в стереосистеме;
- II - сделать выводы по поводу значимых проблем в интересующем меня вопросе;
- III - выбрать суперкомфортабельную мебель;
- IV - найти богатые комбинации красок.

5. I - мне очень легко понять смысл новых фактов и данных;

- II - мои уши всегда настроены на окружающие звуки;
- III - я хорошо чувствую одежду, облегающую мое тело;
- IV - когда я смотрю на комнату, я описываю ее в ярких красках.

6. Если люди хотят узнать, как я поживаю:

- I - им следует узнать о моих чувствах;
- II - им следует посмотреть, как я одет;
- III - им следует послушать, что я говорю;
- IV - им следует прислушаться к интонациям моего голоса.

7. Я предпочитаю:

- I - услышать факты, о которых вы знаете;
- II - увидеть картины, которые вы нарисовали;
- III - узнать о ваших чувствах;
- IV - послушать интонацию вашего голоса.

8. I - Когда я вижу что-то, я верю этому;

- II - когда я слышу факты, я верю им;
- III - я верю себе, когда чувствую что-то;
- IV - в зависимости от того, что я слышу, я верю этому или нет.

9. I - Обычно я хорошо чувствую настроения своей семьи;

- II - я могу нарисовать лица, одежду, маленькие видимые детали, касающиеся моей семьи;
- III - я знаю, что именно думают члены моей семьи по поводу наиболее важных вопросов;
- IV - я хорошо различаю интонацию голосов членов моей семьи.

10. I - Я учусь понимать какие-то новые факты;
 II - я учусь делать какие-то вещи;
 III - я учусь слушать новое;
 IV - я учусь видеть новые возможности.
11. Когда я думаю о принятии важного решения, я, скорее:
 I - определяю, что важные решения принимаются с помощью чувств;
 II - в зависимости от моего настроения;
 III - приму те, которые я вижу наиболее отчетливо
 IV - приму их с помощью логики и разума.
12. I - Мне легко вспомнить, как звучит голос моего друга;
 II - мне легко вспомнить, как выглядит мой друг;
 III - хорошая мысль – вспомнить, о чем говорил мой друг;
 IV - мне легко вспомнить, как я чувствую настроение и переживания своего друга.

Обработка результатов

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ												
I	К	А	В	А	Д	К	Д	В	К	Д	К	А
II	А	В	К	Д	А	В	В	Д	В	К	А	В
III	В	Д	А	К	К	Д	К	К	Д	А	В	Д
IV	Д	К	Д	В	В	А	А	А	А	В	Д	К

А – аудиальная репрезентативная система;

В – визуальная репрезентативная система;

К – кинестетическая репрезентативная система;

Д – «думающий, анализирующий, логический, компьютерный тип».

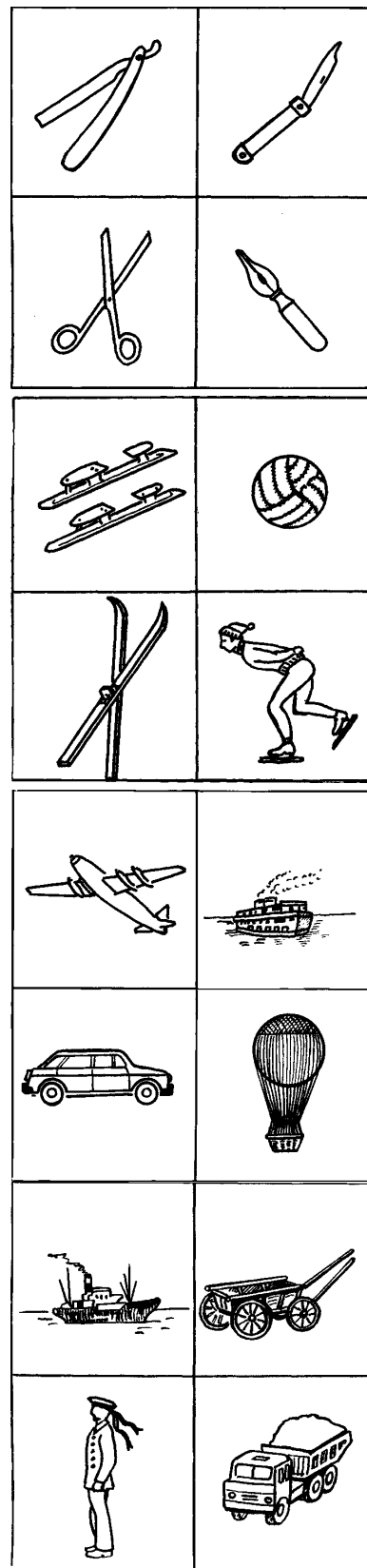
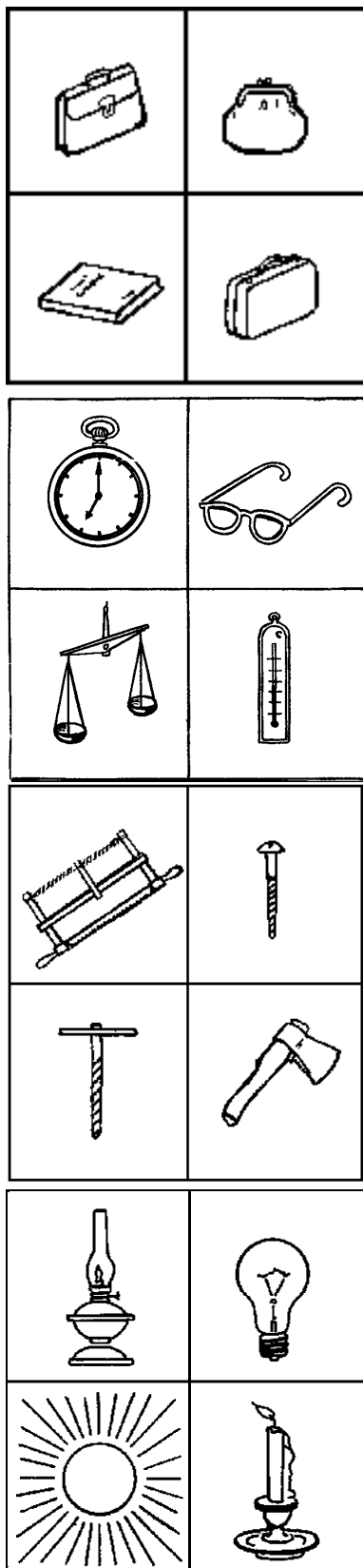
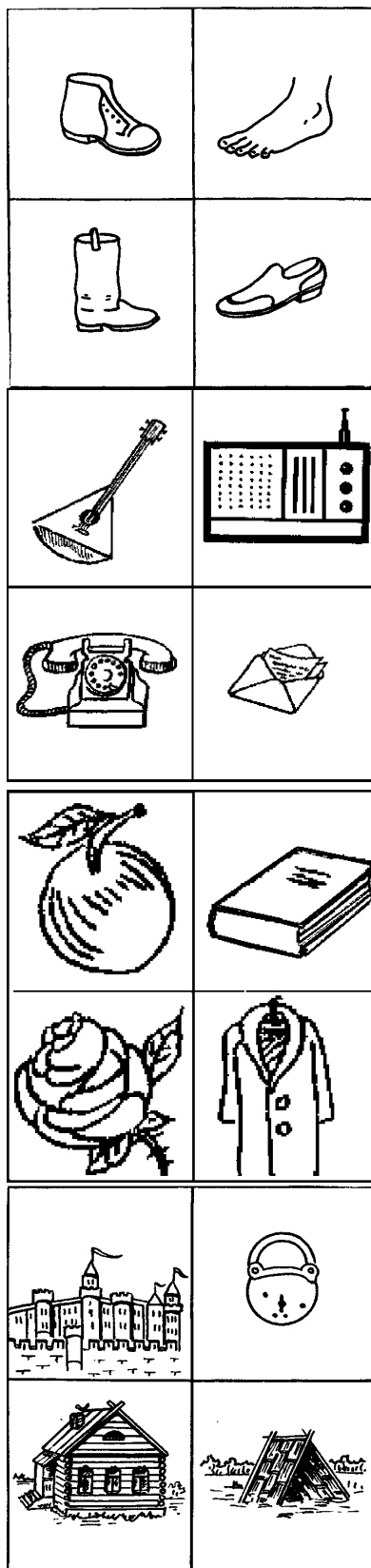
Человек с преобладанием **зрительного восприятия (визуал или визуалист)**, формируя мысль, как бы перебирает и просматривает в памяти картинки. Его взгляд при этом расфокусирован на пятно на расстоянии около 60 см от носа. Если вы станете прямо на это место, можете помешать такому человеку думать: он будет пребывать в растерянности и даже может рассердиться. В речи людей визуалов преобладают слова: «видеть», «ясно», «красочный», «я вижу, что вы имеете в виду» и т. п. Темп речи у них выше, чем у людей с аудиальной и кинестетической репрезентативными системами.

Человек **со слуховой репрезентативной системой (аудиал или аудиалист)** больше доверяет той информации, которую слышит. Ему трудно сделать выбор; внутренний голос постоянно ведет дискуссию, не зная, чему отдать предпочтение. Глаза человека в это время смотрят вправо или влево, двигаясь по средней линии, или идут вниз и вправо (право, если вы смотрите на собеседника). В речи людей-аудиалов преобладают слова: «я слушаю вас», «давайте обсудим», «какой тон», «интонация», «критика» и т. п.

Люди **с чувственной репрезентативной системой (кинестетик или кинестет)** прежде чем сказать, прислушиваются к своим чувствам и их глаза при этом непроизвольно смотрят вниз влево (для наблюдающего). В речи преобладают слова: «касаться», «трогать», «ощутимый», «болезненный», «тяжелый», «я чувствую проблему», «тяжко на душе» и т. п.

К классической триаде людей добавляют и еще один тип – **«рассудочных людей» или «компьютеров»** - это те, которые реагируют не на свои ощущения, а на обозначения, наименования, слова, «ярлыки», которыми обозначают все свои ощущения и образы. Их движения глаз трудно уловить, они предпочитают пользоваться словами: «надо разобраться», «надо это четко обозначить», «надо систематизировать», «давайте проанализируем» и т. п.

Исключение 4-го лишнего



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
5. В жизни у меня было больше успехов, чем неудач.	Да
6. Эмоциональные люди мне нравятся больше, чем деятельные.	Нет
8. Даже в обычной работе я стараюсь усовершенствовать некоторые ее элементы.	Да
7. Поглощенный мыслями об успехе, я могу забыть о мерах предосторожности.	Да
8. Мои родители считали меня ленивым ребенком.	Нет
9. Думаю, что в моих неудачах повинны скорее обстоятельства, чем я сам.	Нет
10. Мои родители слишком строго контролировали меня.	Нет
11. Терпения во мне больше, чем способностей.	Нет
12. Лень, а не сомнения в успехе вынуждает меня часто отказываться от своих намерений.	Нет
13. Думаю, что я уверенный в себе человек.	Да
14. Ради успеха, я могу рискнуть, если даже шансы не в мою пользу.	Да
15. Я не усердный человек.	Нет
16. Когда все идет гладко, моя энергия усиливается.	Да
17. Если бы я был журналистом, я писал бы скорее об оригинальных изобретениях людей, чем о происшествиях.	Да
18. Мои близкие обычно не разделяют моих планов.	Нет
19. Уровень моих требований к жизни выше, чем у моих товарищей.	Да
20. 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
1.	Организованный, собранный
2.	Удовлетворенность здоровьем
3.	Удовлетворенность характером
4.	Удовлетворенность счастьем
5.	Удовлетворенность судьбой
6.	Застенчивый, стеснительный
7.	Истощаемый, невыносливый
8.	Раздражительный, капризный
9.	Обидчивый, чувствительный
10.	Склонность к самообвинению
11.	Тревожный, беспокойный
12.	Сомневающийся, колеблющийся
13.	Неустойчивость настроения
14.	Стремление выделиться, быть в центре внимания
15.	Возбудимый, горячий, вспыльчивый
16.	Раздражительный
17.	Жизнерадостный, оптимист
18.	Оперативный, перестраивающийся
19.	Целеустремленный
20.	Упрямый, настырный, настойчив.
21.	Память на зло (неотходчивый)
22.	Крутой, требовательный к другим
23.	Уживчивый
24.	Требовательный к себе, обязательный
25.	Склонный к излишним (навязчивым) переживаниям
26.	Расточительный
27.	Чувство долга
28.	С планами на будущее
29.	Любитель выпить
30.	Бережливый

Оценка				
↓↓	↓	N	↑	↑↑
0-30	30-40	40-70	70-80	>80
0-40	40-50	50-90	90-99	>99
0-30	30-40	40-80	80-90	>90
0-30	30-40	40-80	80-99	>99
0-40	40-50	50-89	89-99	>99
0-10	10-20	20-60	60-70	>70
0	0	0-30	30-60	>60
0	0	0-30	30-70	>70
0-1	1-10	10-60	60-80	>80
0	0-10	10-50	50-70	>70
0	0-10	10-50	50-80	>80
0-1	1-10	10-50	50-70	>70
0-1	1-10	10-50	50-70	>70
0	0-10	10-50	50-70	>70
0-10	10-20	20-60	60-80	>80
0-1	1-10	10-50	50-70	>70
0-20	20-40	40-79	79-90	>90
0-20	20-30	30-70	70-80	>80
0-20	20-40	40-79	79-90	>90
0-20	20-40	40-80	80-90	>90
0-20	20-20	20-50	50-80	>80
0-1	1-10	10-50	50-70	>70
0-20	20-50	50-80	80-90	>90
0-20	20-40	40-70	70-80	>80
0	0	0-40	40-60	>60
0	0	0-45	45-70	>70
0-60	60-85	>85	>85	>85
0-15	15-40	>40	>40	>40
0	0	0-30	30-60	>60
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 правоту (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 «жестокие 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 выберете 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) по 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 темы	Тестовые задания (ТЗ)	Ситуационные задачи (СЗ)
1.	а, в, б, г, г, в, г, б, а, д	<p>1. Экспериментально-психологические методики на исследование мышления: «4-й лишний», обобщение, последовательность событий, классификация предметов, трактовка пословиц, установление закономерностей, проведение аналогий, пиктограмма.</p> <p>2. Консультация врача-невролога.</p> <p>3. Проведение МРТ головного мозга.</p>
2.	г, в, а, в, в	<p>1. Экспериментально-психологические методики на исследование мышления. У пациента описана эмоциональная тупость, сформирован апато-абулический дефект личности.</p> <p>2. Консультация врача-психиатра. Маскированная (ларвированная) депрессия с вегетативными и соматическими симптомами.</p> <p>3. Перевод больной в психиатрический стационар. Ажитированная депрессия.</p> <p>4. Консультация врача-невролога, проведение ЭЭГ. Дисфория.</p>
3.	в, б, б, б, в, в, б, а, в, г	<p>1. Галлюцинаторно-параноидный синдром. Следователь должен направить гражданина на прохождение судебно-психиатрической экспертизы.</p> <p>2. Параноидный синдром. Показана консультация врача-психиатра.</p>
4.	б, б, а, а, б	<p>1. Кататонический синдром. БСМП необходимо доставить пациентку в психиатрическую больницу.</p> <p>2. Депрессивный ступор. Перевод больной в психиатрическую больницу.</p> <p>3. Пациентке необходимо исключить травматическое повреждение головного мозга, доставив ее в соматический стационар. Синдром выключения сознания – оглушение (сомнолентность).</p> <p>4. С целью исключения острой неврологической патологии показано проведение компьютерной томографии (КТ) головного мозга. Легкая степень оглушения (обнубиляция).</p>
5.	б, а, а, б, в, б, а, г, б, д	<p>1. Параноидное расстройство личности. Главному врачу следует успокоить пациентку, рационально, в доступной для нее форме попытаться объяснить об отсутствии у нее проблем с прикусом.</p> <p>2. Шизоидное расстройство личности. БСМП необходимо доставить пациента в соматический стационар для исключения острой соматической патологии (в т. ч. хирургической) патологии.</p> <p>3. Истерическое расстройство личности. Необходимо провести тщательное обследование, исключая соматическую патологию.</p>

		4. Обсессивно-компульсивное расстройство личности. Необходимо направить пациента на консультацию к врачу-психиатру.
6.	а, г, б, г, а, б, в, б, б, в	1. Маскированная (ларвированная) депрессия с вегетативными и соматическими симптомами (эндогенная депрессия). Действия врачей соматического профиля верны. Тактика врача-психиатра, в целом, верная. Предпочтительно назначение антидепрессантов из группы СИОЗС, психотерапевтическое воздействие. 2. а, е – анозогнозия; б, д – гипозногнозия; в – симуляция; г – диссимуляция.
7.	б, г, в, а, в	1. Астенический синдром. Врач-терапевт может посоветовать больной обратиться за консультацией к врачу-психиатру. 2. Консультация врача-психиатра. Невротический (фобический, навязчивый) ипохондрический синдром. 3. Сотрудники изолятора должны вызвать бригаду скорой медицинской помощи с целью проведения психиатрического освидетельствования и решение вопроса о необходимости транспортировки пациента в стационар. Галлюцинаторный синдром. 4. С целью исключения острой неврологической патологии показана консультация врача-невролога, проведение компьютерной томографии (КТ) головного мозга. В случае исключения острой неврологической патологии, рекомендовать консультацию врача-психиатра. Амнестический (Корсаковский) синдром. 5. Консультация врача-психиатра. Дистормоманический синдром.
8.	б, а, в, б, а, г, б, г, в, б	1. Невротическая депрессия. БСМП необходимо доставить пациентку в психиатрическую больницу. 2. Диссоциативное расстройство. Пуэрилизм. Сотрудникам изолятора необходимо вызвать БСМП для транспортировки пациента в психиатрический стационар. 3. Ипохондрическое расстройство. БСМП необходимо доставить пациентку в психиатрическую больницу. 4. Неврастения. Врачу-неврологу необходимо корректно и в доступной для больной форме объяснить, что имеющееся у нее расстройство, вероятно, имеет психологическую природу, и ей показана консультация врача-психотерапевта.
9.	а, г, б, в, г, б, д, б, б, в	1. Параноидный синдром. Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года. Параноидный синдром. Необходима консультация врача-психиатра. 2. Кататонический синдром. Отказ от приема пищи

		<p>относится к неотложным состояниям в психиатрии.</p> <p>3. Галлюцинаторно-параноидный синдром. Следователь должен направить гражданина на проведение судебно-психиатрической экспертизы.</p> <p>4. Шизофрения кататоническая, непрерывный тип течения. Кататонический синдром (кататоническое возбуждение, импульсивный тип) относится к неотложным состояниям в психиатрии в виду выраженных агрессивных тенденций больного, представляющих опасность для других лиц.</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 (карбамзепин до 1200 мг в сутки; вальпроевая кислота до 900 мг в сутки; соли лития до 2400 мг в сутки).</p>
10.	в, г, а, б, г, а, а, б, б, б	<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> <p>3. Сумеречное помрачение сознания, простая форма, трансамбулаторный автоматизм. Необходима консультация врача невролога-эпилептолога, проведение электроэнцефалографического (ЭЭГ) обследования головного мозга с целью исключения пароксизмальных расстройств в рамках эпилепсии.</p> <p>4. Соматогенный делирий.</p>
11.	а, а, г, б, в, г, а, а, а, а	<p>1. Психоорганический синдром, астенический вариант.</p> <p>2. Психоорганический синдром.</p>
12.	в, б, в, б, в	<p>1. Острый алкогольный галлюциноз.</p> <p>2. Алкогольный делирий.</p> <p>3. Амнестический (Корсаковский) синдром.</p>
13.	б, г, г, б, г	<p>1. Синдром зависимости от каннабиноидов II стадия. Синдром отмены неосложненный. Синдром интоксикации, большой наркоманический синдром (измененной реактивности, психической, физической зависимости).</p>