

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра психиатрии, неврологии и нейрохирургии
с курсом медицинской реабилитации

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине -Психиатрия и наркология.

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматологический факультет,
утвержденной 17.04.2024 г.

Методические материалы предназначены для обучения работы студентов
4 курса (8 семестр) Стоматологический факультет
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине -Психиатрия и наркология.

Составители: Букановская Т.И., д.м.н., профессор,
заведующая кафедрой психиатрии,
неврологии и нейрохирургии
с курсом медицинской реабилитации
ФГБОУ ВО СОГМА МЗ РФ



ТЕМА № 1: «Методы исследования в психиатрии.

Патопсихологическая диагностика. Расстройства ощущений и восприятия»

▪ *Патопсихологический метод исследования* включает в себя: а) наблюдение и описание психического статуса больного по внешним признакам в соответствии с основными сторонами психической деятельности; б) беседа с больным, позволяющая выявить ряд психопатологических симптомов (например, бред, расстройства мышления и речи и т.д.); 3) экспериментально-психологический метод, который заключается не только в проведении сложных и трудоемких тестах, используемых медицинскими психологами (например, ММРІ), но и в проведении более простых тестовых заданий, доступных любому врачу – например, попросить больного отсчитывать от 100 по 7 (тест Крепелина), или совершить зеркальные движения рук экспериментатора (проа Хеда) и т.д.

▪ *Основные синдромы психических расстройств.* Все симптомы и синдромы, наблюдаемые в клинике психиатрии, делят на две группы: психопатологические продуктивные симптомы и синдромы, отражающие специфику и остроту болезненного расстройства, и негативные или дефицитарные симптомы и синдромы, отражающие уровень повреждения психических структур и тяжесть конечных состояний. Другой способ классификации психопатологических синдромов – это классификация по степени их тяжести в соответствии с критерием общеклинической тяжести (например, судорожный синдром) или критерием необратимости (например, синдром деменции)

Классификация психопатологических синдромов по А.Г. Иванову-Смоленскому (слева) и по А.В. Снежневскому (справа), основанная по принципу тяжести

Синдромы			Синдромы
Невротические	1	I	Астенические
		II	Аффективные
		III	Невротические
Параноидные	2	IV	Параноидные
Кататонические	3	V	Кататонические
Помрачение сознания	4	VI	Помрачение сознания
Судорожные	5	VII	Парамнезии
		VIII	Судорожные
		IX	Психоорганические

▪ *Ощущение*, как отражение в психике человека отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира, а также свойств процессов, происходящих в организме человека. *Расстройства ощущений*: а) гиперестезия; б) гипестезия; в) анестезия; г) парестезии; д) сенестопатии и сенесталгии.

Гиперестезия – повышенная чувствительность к обычным внешним раздражителям (непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов).

Гипостезия – понижение чувствительности к внешним раздражителям.

ТЕМА № 9: «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ»

▪ *Клиника острой алкогольной интоксикации, степень и стадии опьянения.* Различают 3 стадии алкогольного опьянения:

- 1) Легкое алкогольное опьянение (0,5 – 1,5 ‰ алкоголя в крови). Характеризуется подъемом настроения, благодушием, ощущением комфорта, стремлением к общению. При этом снижается способность концентрации внимания, суждения становятся легковесными, собственные возможности завышаются. Возникающие в этом состоянии неприятности нередко воспринимаются спокойнее и проще. Лица в состоянии легкого алкогольного опьянения часто в стрессовых ситуациях выглядят даже спокойнее трезвых. Снижается объем и качество выполняемой работы, возрастает число ошибок. Нарушается восприятие времени и пространства, поэтому особо опасно алкогольное опьянение при работе на транспорте и с движущимися механизмами. Воспоминания обо всем периоде опьянения сохраняются в полной мере.
- 2) Опьянение средней тяжести (1,5 – 2,5 ‰ алкоголя в крови). В этой стадии алкогольного опьянения часто появляются раздражительность, неудовлетворение, недовольство, злоба. Возможно агрессивное поведение. Легко появляются выходящие из-под контроля переживания (переоценка своих возможностей, обиды и упреки в адрес окружающих лиц). Нарастает нарушение координации движений, постепенно развиваются сонливость и вялость. Опьянение средней тяжести обычно сменяется глубоким сном. При пробуждении ощущаются последствия алкогольной интоксикации: слабость, вялость, разбитость, угнетенное настроение, жажда, снижение или отсутствие аппетита, неприятные ощущения в области сердца. О некоторых событиях, происходивших в период опьянения, может сохраняться не вполне четкое воспоминание.
- 3) Тяжелое алкогольное опьянение (2,5 – 3 ‰ алкоголя в крови). Сопровождается нарушением ориентировки в окружающем, речь замедляется, утрачивается мимика. Отмечаются вестибулярные расстройства: головокружение, тошнота, рвота. С нарастанием опьянения усиливается нарушение сознания, вплоть до развития комы, замедляется дыхание, понижается тонус сердечно-сосудистой системы, развивается обездвиженность, расслабление мышц. Иногда бывают судорожные припадки. В результате паралича дыхательного или сосудодвигательного центра может наступить смерть. В дальнейшем, в течение нескольких дней наблюдается астения, анорексия и расстройства ночного сна. Тяжелое алкогольное опьянение сопровождается полной амнезией.

При увеличении содержания алкоголя в крови до 3 – 5 ‰ развивается тяжелое отравление с возможным летальным исходом, требующее неотложной токсикологической помощи.

Первая помощь при алкогольном отравлении – см. тему № 18 «Ургентные состояния в психиатрии».

▪ *Патологическое алкогольное опьянение* – психотическая форма алкогольной интоксикации, не связанная с дозой принятого спиртного (может развиваться у лиц, не склонных к злоупотреблению спиртного, после приема даже небольшой дозы алкоголя). Выделяют следующие наиболее важные формы патологического опьянения:

- 1) Эпилептоидная форма, которая может протекать с тяжелым расстройством сознания, возбуждением и полной потерей памяти (сумеречное расстройство

сознания). Обычно сопровождается нарушением правильной ориентации во времени, пространстве и даже собственной личности, резким двигательным возбуждением, внезапными приступами страха, гнева, раздражительности или злобы. В некоторых случаях люди с таким видом опьянения могут совершать нападения на так называемых «мнимых врагов», причём их действия не сопровождаются речевой окраской, и носят характер автоматических или даже стереотипических.

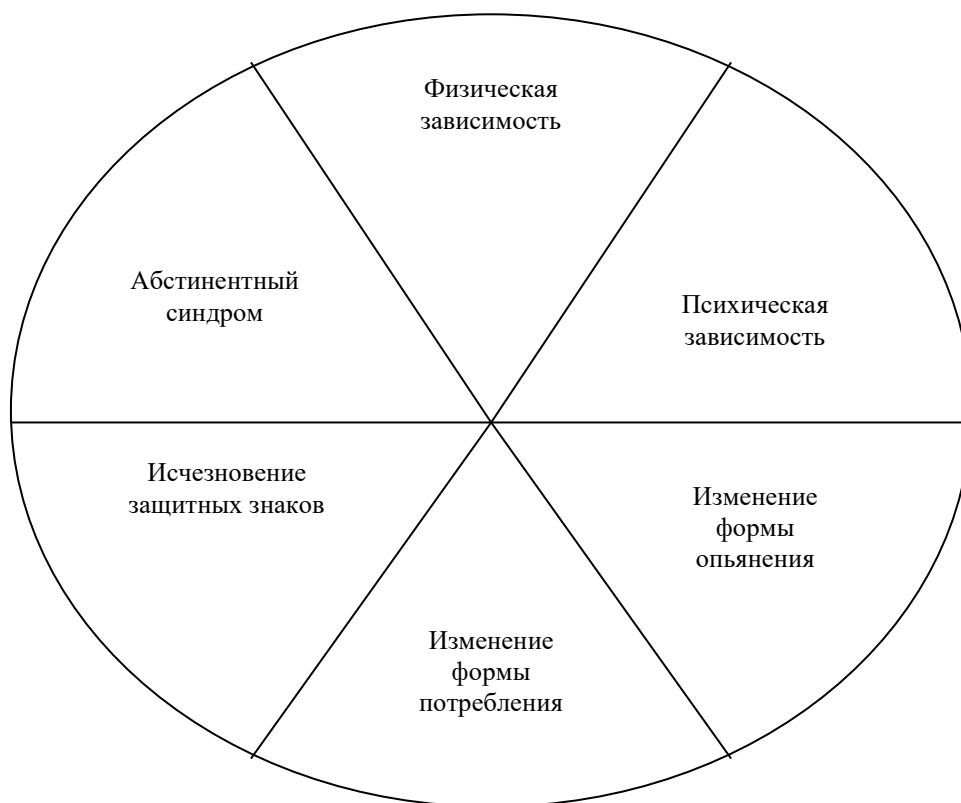
- 2) Параноидная (галлюцинаторная) форма, которая в основном характеризуется психогенными моментами. Обычно сопровождается отрывочной и плохо разборчивой речью, часто агрессивного содержания, а также бредовой интерпретацией происходящего и окружающих. Зачастую, люди с таким расстройством утрачивают контакт с реальностью, и в их поведении преобладает элемент психомоторного возбуждения. В таком состоянии они способны совершать сложные и, порой, опасные действия, которые опасны для них самих и окружающих.
- 3) В некоторых источниках выделяют ещё один вариант патологического опьянения – это так называемая «алкогольная кататония». Она сопровождается стереотипными действиями, движениями, одними и теми же фразами, однотипными эмоциями, во многих случаях проявлениями негативизма (состоянием когда человек делает всё наоборот или вовсе отказывается делать то что его просят). Иногда наблюдаются и другие шизофреноподобные симптомы, но чаще лишь при наличии шизофренического отягощения (то есть у лиц с различными психическими заболеваниями).

Все формы патологического алкогольного опьянения заканчиваются также внезапно, как и начинаются, очень глубоким сном с возможной потерей памяти на происходившие события

▪ *Алкоголизм, определение.* Критерии отделения от бытового пьянства. Клинические проявления алкоголизма на разных стадиях течения: пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя и алкогольный синдром зависимости. Понятие большого наркоманического (алкогольного) синдрома.

Большой наркоманический синдром:

- 1) синдром зависимости (верхняя половина круга);
- 2) синдром измененной реактивности организма (нижняя половина круга)



Большой наркоманический синдром или синдром зависимости включает в себя симптомы, собственно отражающие зависимость (1) и симптомы измененной реактивности организма (2).

(1)

- 1) психическое и физическое влечение к алкоголю (наркотическому веществу);
- 2) много времени затрачивается на приобретение наркотических веществ, на употребление и на восстановление нормального функционирования после воздействия вещества;
- 3) неоднократные попытки уменьшить потребление алкоголя (наркотических веществ) или установить над ними контроль;
- 4) абстиненция;
- 5) продолжение употребления алкоголя (наркотических веществ), несмотря на критическую самооценку;

(2)

- 6) исчезновение защитных знаков, например, рвоты при приеме большой дозы спиртного;
- 7) толерантность или потребность увеличивать дозы. Рост толерантности для алкоголя составляет в 8-12 раз выше нормальной переносимости, затем толерантность начинает снижаться;
- 8) изменение формы потребления, которое заключается в систематическом приеме, в случае алкоголизма получивший название «запой»;
- 9) изменение формы опьянения, когда эйфория сменяется на гневливый, тоскливый, апатичный аффект; амнестические и оглушенные формы опьянения (не связанные с высокими дозами спиртного) указывают на развитие энцефалопатии.

Понятие алкогольной деградации личности. Алкогольная болезнь: ремиссии и рецидивы. Купирование алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома – см. тему № 18 «Ургентные состояния в психиатрии».

▪ *Алкогольные (металкогольные) психозы*: алкогольный делирий, галлюциноз, параноид. **Алкогольный делирий** («белая горячка») – наиболее распространенный психоз; возникает преимущественно в вечерние часы (к утру сознание может полностью проясниться). В начале развивается предделириозное состояние (расстройства сна, страх, беспокойство, тремор конечностей, вегетативные проявления: потливость, тахикардия, резкие колебания АД, астения), затем возникают психотические явления (зрительные галлюцинации и галлюцинации устрашающего характера с отрывочными бредовыми идеями, психомоторным возбуждением) на фоне тревожного фона настроения и дезориентировки в месте и времени. Течение – волнообразное, при классическом варианте – до 3-х суток.

Соматические проявления делирия: гипертермия, гипертония, тахикардия, потливость, желтушность склер, болезненность печени, мышечная гипотония, бледность кожных покровов.

Формы алкогольного делирия: классический, редуцированный, атипичный (профессиональный) и мусситирующий (делирий с оглушенностью).

Купирование алкогольного делирия – см. тему № 18 «Ургентные состояния в психиатрии».

Алкогольный галлюциноз – может протекать остро и хронически; характерен наплыв слуховых галлюцинаций при формально ясном сознании; голоса осуждают больного, содержание голосов обычно неприятное; на основании галлюцинаторных расстройств возникают отрывочные бредовые идеи самообвинения, преследования, при этом больные тревожны, возбуждены, склонны к суицидам. Лечение: нейролептики (галоперидол) и седативные (феназепам).

Алкогольный параноид – проявляется в двух вариантах:

- 1) возникают острые бредовые идеи отравления на фоне абстиненции, которые сопровождаются растерянностью, страхом, напряженностью; эпизодически возникают вербальные иллюзии, галлюцинации;
- 2) протекает преимущественно в виде бреда ревности, формирующегося постепенно и медленно; вначале бредовые идеи возникают на фоне алкогольных эксцессов, затем и вне их, при этом больные обращаются за помощью в органы власти, пытаются уличить супругу в измене и т.д.

Лечение: нейролептики, антидепрессанты, витаминотерапия.

Корсаковский психоз – алкогольная энцефалопатия, при которой нарушения памяти и интеллекта сочетаются с периферическим полиневритом; характерна фиксационная амнезия при сохранении памяти на отдаленные события, пробелы памяти замещаются псевдореминесценциями, конфабуляциями; наблюдается вялость, апатия, тревога, боязливость; критического отношения к своему заболеванию нет. Лечение: большие количества витаминов группы В1, В12, инъекции магнезии, ноотропов.

▪ *Определение понятия наркомании*. Вещества, относящиеся к наркотикам (опиоиды, кокаин, каннабиноиды, снотворные, психостимуляторы и пр.).

Опийная наркомания

Наркотики опийной группы – большая группа депрессантов ЦНС, обладающих морфиноподобными эффектами. Это могут быть как и натуральные опиаты (морфин и кодеин), так и синтетические соединения (героин, фентанил).

Последствия острого и хронического применения опиатов

Система	Острые эффекты	Хронические эффекты
---------	----------------	---------------------

ЦНС	Анальгезия Эйфория Седативный эффект (вплоть до комы) Подавление кашлевого эффекта	Синдром зависимости Нейропатия периферическая Миелопатия Снижение тактильной чувствительности Нестабильность настроения
Дыхательная	Угнетение дыхания	Увеличение частоты респираторных заболеваний (туберкулез)
ЖКТ	Снижение перистальтики Пониженная желчная, панкреатическая и кишечная секреция	Запор Нарушение функции печени Тошнота и рвота
Глаза	Миоз	
Почки	Ингибирование рефлекса выделения мочи	Наркотическая нефропатия
Метаболизм		Измененный метаболизм в надпочечниках
Половая	Снижение либидо	Нерегулярные менструации

Медицинские синдромы, связанные с употреблением опиатов

Синдром	Объективные признаки	Субъективные признаки
Острая интоксикация	Сознание ясное, признаки седации, впечатление «дремлющего» Точечные зрачки	Настроение от нормального до эйфории
Острая передозировка	Без сознания Медленное поверхностное дыхание	нет
Синдром отмены: предшественники (3-4 ч после последнего приема)		Чувство тревоги Усиление влечения Действия, направленные на приобретение наркотика
Ранние проявления (8-10 ч после последней дозы наркотика)	Зевота Ринорея Слезотечение Расширенные зрачки	Тревога, нетерпение Действия, направленные на приобретение наркотика
Развившийся синдром (1-2 суток после последнего приема)	Тремор Пилоэрекция Рвота, диарея	Ажитация Мышечная боль Импульсивное поведение

Затяжная абстиненция (до 6 месяцев)	Лихорадка Спазмы мышц Ж/к колики Подъем АД Тахикардия Гипотензия Брадикардия	Головная боль, озноб Раздражительность Бессонница Пассивность Бессонница Отсутствие аппетита Тяга к наркотику
-------------------------------------	--	---

Купирование острой интоксикации опиоидами – см. тему № 18 «Ургентные состояния в психиатрии».

Купирования абстинентного синдрома при опиийной наркомании – см. тему № 18 «Ургентные состояния в психиатрии».

Злоупотребление кокаином

Кокаин и другие родственные ему стимуляторы ЦНС повышают синаптические уровни дофамина, норадреналина и серотонина за счет подавления их обратного захвата. Блокирование обратного захвата нейромедиаторов, вероятно, является причиной острых поведенческих и психологических эффектов кокаина.

Признаки возбуждения адренергической системы при потреблении кокаина

Повышение артериального давления
Тахикардия
Периферическая вазоконстрикция (уменьшение кровотока при операции на слизистых)
Мидриаз
Гипергликемия
Гипертермия
Тахипноэ
Потоотделение
Стимуляция мозговой деятельности
Задержка мочеиспускания и запор
Снижение чувства голода
Повышение основного метаболизма
Усиление электрической активности мозга (альфа-ритм)
Повышение сократимости миокарда

Действие кокаина на функцию мозга

Кокаин вызывает повышение уровня бодрствующего сознания, при этом усиливается способность к сосредоточению и концентрации, активизируются процессы мышления, что обусловлено изменением обмена норадреналина и серотонина. Эйфория, возникающая после приема кокаина обусловлена посредством усиления действия дофамина на nucleus accumbens. В экспериментах на животных показано, что для усиления эффектов кокаина животные постоянно нажимают на рычаг, чтобы получить его инъекцию. Они даже предпочтут кокаин пище и воде и будут продолжать употреблять его при неограниченном доступе до тех пор, пока доза кокаина не достигнет смертельной.

Эффекты воздействия кокаина

Система	Острые эффекты	Хронические эффекты
ЦНС	Эйфория Ощущение прилива энергии Усиление умственной активности Повышение чувственного восприятия (сверхбодрствование) Пониженный аппетит Повышенное беспокойство Снижение потребности во сне Повышенная самоуверенность Бред	Головные боли Судороги Церебральные кровоизлияния Мозговые инсульты Церебральная атрофия Церебральный васкулит Депрессия Паранойя Психоз Самоубийства
Сердечно-сосудистая	Боль за грудиной Инфаркт миокарда Аритмия /внезапная смерть Глубокий венозный тромбоз	Кардиомиопатия Миокардит
Респираторная	Пневмоторакс Пневмоперикардит Отек легких Легочное кровотечение	«Крэковое легкое» Облитерирующий бронхит Обострение астмы
Желудочно-кишечный тракт	Кишечная ишемия Гастродуоденальная перфорация Колит	
Местные эффекты	Язвенный гингивит Кератит Перфорированная носовая перегородка Изменение обоняния Носовое кровотечение	Эрозия зубной эмали Эпителиальные эффекты роговиты Хронический ринит Злокачественная гранулема Зрительная нейропатия Остеолитический синусит

Сомато-неврологические и психические осложнения являются самыми частыми проявлениями злоупотребления кокаином. Большинство случаев инфарктов и инсультов мозга возникают у пациентов в 30-40 летнем возрасте. Причиной этих инсультов является спазм кровеносных сосудов мозга. Около 50 % случаев инсультов возникают в результате субарахноидального кровоизлияния.

Другое осложнение - судорожный синдром; обычно это генерализованные судороги, в большей степени характерные для курильщиков крэка.

Кокаиновый делирий начинается через 24 часа после приема кокаина и характеризуется тактильными и обонятельными галлюцинациями, инкогерентным мышлением, дезориентировкой. Характерны так называемые «кокаиновые жучки», кишащие под кожей (формикации).

Бредовое расстройство проявляется преимущественно в персекуторном бреде. Пациент может сначала испытывать чувство подозрительности и любопытства, что

является источником интереса. На последующих стадиях подозрительность, тревожность и паранойя способны вызвать приступ неистовства и агрессии. Галлюцинации могут возникнуть в течение 1 года после систематического приема кокаина.

Другое частое осложнение – инфаркт миокарда, часто возникает у пациентов в возрасте 30 лет. Причины инфаркта миокарда следующие: спазм коронарных сосудов, что подтверждено ангиографически; повышенная агрегация тромбоцитов, приводящая к тромбозу; ускорение развития атеросклеротических повреждений коронарных артерий; рост потребности миокарда в кислороде вследствие тахикардии.

Другим осложнением являются аритмии – желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, синусовая брадикардия, желудочковая экстрасистолия, асистолия. Смертельные аритмии – наиболее частые причины внезапной смерти при применении кокаина. Причем, внезапная сердечная смерть может быть как у длительно принимающих кокаин, так и у тех, кто его принял впервые. Кокаин приводит к аритмиям в результате замедления проведения импульсов посредством блокады натриевых каналов, блокирования выхода калия и стимулирования α -адренергических нейронов.

Синдром отмены. Первым признаком является развитие депрессии. В первые три дня абстиненции наркоманы испытывают «психическую ломку» - чувство подавленности, депрессию, раздражительность, замешательство, бессонницу. Далее нарастает депрессия с апатией, с симптомами булимии, желанием поспать (летаргия). Затем период «спокойствия» сменяется новым приступом депрессии, тревожности, раздражительности в сочетании с летаргией и скукой. Этот период отказа от приема кокаина может продолжаться до 2 месяцев.

Злоупотребление гашишем

Марихуана или гашиш – это высушенные, размельченные цветы и листья определенных видов конопли. Ее опьяняющие свойства зависят от некоторых компонентов смолы конопли – каннабиолов. Вдыхание дыма является наиболее распространенным способом употребления. Гашиш обладает стимулирующим, седативным и галлюциногенным эффектами. Острая интоксикация сопровождается ослаблением мыслительных процессов, изменением восприятия (вплоть до галлюцинаций и психосензорных расстройств) и нарушением сложных двигательных функций. Марихуана обладает свойствами релаксанта. Ее применение дает чувство благополучия и эйфории. Приятные субъективные эффекты – ощущение удовольствия, свободное беззаботное состояние расслабленности, могут чередоваться короткими периодами возникновения чувства тревоги и замешательства с появлением галлюцинаций, периодами деперсонализации и дереализации, выраженными познавательными и психомоторными нарушениями. В редких случаях развивается токсический психоз, носящий характер шизоформного.

Злоупотребление прочими психоактивными веществами (ПАВ). Токсикомании.

Помимо кокаина, встречается злоупотребление другими веществами с психостимулирующим эффектом – фенамин (амфетамин), эфедрон, первитин и даже кофеин. При этом соматовегетативные и психические проявления при их однократном приеме и при хронической интоксикации бывают сходными с таковыми при приеме кокаина.

Привыкание к приему препаратов седативного действия с формированием синдрома зависимости также широко распространено. Основные группы веществ, вызывающих зависимость – транквилизаторы, барбитураты, ГАМК-ергические средства

(оксибутират натрия, лирика), антидепрессанты (коаксил), антигистаминные средства, кофеин, летучие растворители, М-холинолитические препараты центрального действия (атропин, циклодол), ЛСД и галлюциногены, прочие средства (клофелин, баклофен, тропикамид, кодеинсодержащие препараты и др.).

Никотиновая зависимость

Определение синдрома, психологические и биологические теории никотиновой зависимости. Борьба с курением. Поведенческая психотерапия в борьбе с никотиновой зависимостью.

- *Терапия болезней зависимости.*

Основные принципы лечения состояний зависимости

Ключевой проблемой в области наркологии является сложная, во многих отношениях трудно разрешимая проблема купирования болезненного влечения к потреблению психоактивного вещества. В основном речь идет о купировании психической зависимости, поскольку физическая зависимость проявляется себя только на момент абстиненции и носит временный характер. Лечение синдрома зависимости на этапе физического влечения, обусловленного соматическими расстройствами, сопровождающими синдром отмены, носит интенсивный, но в целом несложный и успешный характер для всех видов зависимости. К сожалению, гораздо сложнее бороться с психическим влечением, которое является причиной повторяющихся рецидивов и служит причиной скептических настроений в отношении принципиальной излечимости состояний зависимости. Психическое или обсессивное влечение выражается в постоянных мыслях об алкоголе или наркотике, подъеме настроения в предвкушении его очередного приема. Даже если пациенту удастся на какое-то время отвлечься от назойливых мыслей в период бодрствования, соответствующие навязчивости на алкогольную или наркотическую тематику могут обнаружить себя в сновидениях.

Различают следующие мотивационные установки первичного влечения:

1. Позитивная или гедонистическая мотивация.
2. Негативная или защитная мотивация.
3. Нейтральная, например, мотив гиперактивации поведения или мотив улучшения интеллектуальной и физической работоспособности.

Понимание мотивационных механизмов является необходимым в терапии состояний зависимости. Решающим фактором в борьбе с зависимостью является психологический подход и психотерапия, как индивидуальная, так и групповая. Группы самопомощи («анонимные алкоголики») и их роль в лечении алкоголизма. Социальные факторы, способствующие распространению алкоголизма и наркомании. Роль семьи, общественных и медицинских организаций в профилактике алкоголизма и наркоманий.

Контрольные вопросы

«Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ»

для контроля теоретических знаний и практических умений
(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Этапы простого алкогольного опьянения по степени утяжеления. Диагностика алкогольного опьянения.
2. Патологическое опьянение. Определение, судебно-психиатрическая оценка.

3. Ступени вовлечения в пьянство. Какие клинические симптомы мы должны наблюдать, чтобы констатировать у больного алкогольную зависимость (алкоголизм)?
4. Хронический алкоголизм (определение, стадии развития, отличия от бытового пьянства). Течение и прогноз.
5. Алкогольный абстинентный синдром, основная симптоматика.
6. Алкогольные психозы. Систематика. Условия возникновения. Прогноз.
7. Алкогольный делирий (начало, характер течения, типичные психотические, соматические и неврологические проявления, осложнения, прогноз, купирование).
8. Алкогольный галлюциноз (острый и хронические), алкогольный параноид – клиника, основные отличия от белой горячки.
9. Опиная наркомания (скорость развития, клинические признаки опьянения, клинические признаки абстиненции, купирование абстиненции).
10. Алкогольный делирий, основная симптоматика, осложнения. Тяжелые формы делирия.
11. Алкогольный галлюциноз, дифференциальная диагностика с другими видами галлюцинаторных состояний и с алкогольным делирием.
12. Корсаковский психоз. Основные проявления. Условия возникновения. Терапия. Прогноз.
13. Алкогольное слабоумие.
14. Наркомании (определение, основные критерии диагноза, вещества, относимые к наркотикам). Профилактика и терапия.
15. Синдром опиной зависимости, синдром отнятия, основная клиническая симптоматика.
16. Кокаиновая наркомания (клиника опьянения, типичные осложнения в состоянии интоксикации, клиника абстиненции).
17. Гашишизм (клиника опьянения, наличие личностной предрасположенности, отдаленные психические последствия).
18. Токсикомании. Химические вещества и лекарственные средства, вызывающие зависимость. Методы профилактики и терапии.
19. Злоупотребление транквилизаторами – условия возникновения, профилактика.
20. Основные принципы терапии алкоголизма. Задачи лечения на различных этапах. Конкретные терапевтические методы.
21. Алкогольный абстинентный (похмельный) синдром. Основная клиническая симптоматика.
22. Клиника опиного опьянения, диагностика.

ТЕМА № 10: «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства»

- *Определение шизофрении, эпидемиология, возрастной критерий.* Содержание класса F 2 МКБ-10.

Эпидемиология. Около 1 % общей популяции в цивилизованных обществах страдает шизофренией. Приблизительно 25-50 % всех пациентов психиатрических больниц составляют больные шизофренией.

Возраст. Шизофрения – болезнь молодых. Чаще всего этой болезнью заболевают между периодом созревания и зрелым возрастом, т.е. приблизительно между 15 и 30 годами жизни.

- *История формирования представлений о шизофрении и современное состояние вопроса.*

Выделение шизофрении как самостоятельного психического заболевания исторически связано с созданием нозологической классификации психозов и переходом от симптоматологического к нозологическому периоду развития психиатрии. Создание нозологической классификации психозов связано с именем известного немецкого психиатра Э. Крепелина (1896), который разграничил два эндогенных заболевания – раннее слабоумие (dementia praecox) и маниакально-депрессивный психоз (периодический психоз) на основании принципиальных различий в их течении и прогнозе. Крепелин объединил в понятие «раннее слабоумие» собственно раннее слабоумие, описанное Morel (1852), гебефрению Hecker (1871), кататонию Kahlbaum (1890), хронические бредовые психозы Magnan (1891). Концепция Крепелина получила всеобщее одобрение, однако, два ее положения, а именно раннее начало болезни и ослабляющий ее характер, позднее подверглись критике.

Значительный вклад в понимание эндогенных психозов внес Е. Блейлер (1911, 1930). Анализируя полиморфную симптоматику шизофрении, Блейлер пытался отделить первичное расстройство или основное расстройство, каким он считал расстройства мышления (ассоциативное расщепление) от вторичных симптомов (галлюцинации, бредовые идеи и т.п.).

На сегодня в группу шизофрении объединяются заболевания, схожие по этиопатогенетическому фактору (эндогенность) и по специфической клинической симптоматике (шизоформность).

- *Этиология и патогенез.* Предрасполагающие факторы и признаки дизонтогенеза. Среди **биологических гипотез** шизофрении на первый план выступает **генетическая гипотеза**, объясняющая наличие дизонтогенеза.

Средовые факторы риска – экзогенно-биологические факторы (акушерские осложнения, вирусные инфекции) и факторы психосоциальные. В исследовании S.W. Levis было установлено, что у больных шизофренией значительно чаще встречаются акушерские осложнения, чем у других психически больных, тем более чем у здоровых. Как полагают авторы, наследственная отягощенность и перинатальные осложнения определяют формирование заболевания. Проблема взаимодействия перинатальных и генетических факторов тесно связана с проблемой сезонности рождения больных шизофренией. Связь частоты заболевания шизофренией с сезоном рождения (в конце зимы - начале весны) объясняют влиянием сезонного дефицита питательных веществ в организме матери на формирование головного мозга ребенка, сезонностью в усилении действия ряда тропных к ЦНС вирусов.

Развитие **аутоинтоксикационных теорий** связано с обнаружением в организме больных шизофренией разнообразных (белковых, низкомолекулярных) физиологически активных токсических субстанций. К примеру, установлено, что у больных шизофренией значительно повышен в крови уровень фракции «средних молекул».

Среди **биохимических гипотез** можно выделить следующие:
катехоламиновые гипотезы, рассматривающие роль дисфункции обмена норадреналина

и дофамина в нейробиологических процессах; **индоламинавая гипотеза**, постулирующая участие серотонина и его метаболитов в механизмах психической деятельности. Но наиболее убедительной в последнее время считается **дофаминовая гипотеза** психозов. Анатомически дофаминовая система состоит из ряда подсистем: нигростриальная система, мезолимбическая, имезокортикальная система. В стриатуме больных шизофренией посмертно обнаруживают увеличение дофаминовых рецепторов более, чем на 100 %. Исследования СМЖ отмечают возможность снижения активности дофамина у больных шизофренией, особенно у больных с дефицитарной симптоматикой.

Интерес к **морфологии шизофрении** появился вместе с появлением компьютерной томографии. В настоящее время установлено, что такие структурные изменения мозга, как увеличение ширины передних рогов и центральных отделов боковых желудочков мозга, являются маркерами предрасположенности к шизофреническим психозам.

Психодинамическая модель, постулирующая в качестве причинного фактора глубокое нарушение интерперсональных взаимоотношений в основе которых, согласно фрейдизму, лежит подсознательный интерпсихический конфликт, возникший в раннем детстве. Психологические теории шизофрении: психоаналитическая, когнитивная, экзистенциальная, стресса. Личность больного шизофренией и его внутренний мир.

Социальная модель. Субъективные переживания больного шизофренией, связанные с фактором стигматизации и отделения от общества..

▪ *Клиническая симптоматология шизофрении.* Несмотря на все многообразие симптоматики шизофрении, можно сказать, что в целом клиническая картина содержит три фундаментальных аспекта:

- дискордантность (несоответствие или разлад по Блейлеру), нарушение психэстетической пропорции (шизотипическая конституция)
- делирантность (наличие продуктивной психопатологической симптоматики)
- аутистичность

Патопсихологическое исследование при шизофрении имеет целью выявление специфической для шизофрении психопатологической симптоматики. Основные клинические проявления шизофрении:

- Нарушения операциональной, динамической и мотивационной стороны мышления при шизофрении:

Особенности шизофренического мышления:

- Аутизм.
- Символика.
- Резонерство.
- Амбивалентность - способность к абстрактному мышлению в сочетании с примитивностью, ходульностью высказываний.
- Агглютинация (сгущение) понятий.
- Замещение понятий и представлений. К примеру, больной заявляет, что он «слышал», как директор «показал ему язык».
- Соскальзывание мысли (мимоговорение).
- Задержка мысли, «шперрунг».
- Застой в мыслях - стереотипные представления.
- Наплыв мыслей, ментизм.
- Неравномерность нарушения мыслительных процессов – относительная сохранность некоторых видов мыслительной деятельности, например, конструктивной, счетной, при нарушении других.
- Формально-логическая, операциональная сохранность мыслительных процессов.

- Относительная сохранность ранее полученных знаний при ослаблении влияния прошлого опыта на актуальную деятельность.
 - Нарушения восприятия при шизофрении: нарушение актуализации прошлого опыта, изменение мотивационной основы восприятия, вплоть до галлюцинаторных явлений.
 - Нарушения эмоциональной сферы – снижение силы аффектов и их неадекватность, амбивалентность.
 - Нарушения побуждений и воли:

Расстройства поведения и активности, волевые нарушения

- 1) Снижение активности, снижение стимулов к деятельности (отсутствие внутренней и внешней мотивации) вплоть до абулии.
- 2) Негативизм.
- 3) Волевая амбивалентность (по Блейлеру, негативизм к собственным влечениям), амбитендентность.
- 4) Импульсивность.
- 5) Нарушения психомоторики: кататонические нарушения, стереотипии, эхопраксии, гебефрения, манерность.

Все нарушения двигательной сферы проходят под знаком **абулии** и нерешительности или **амбитендентности**. Система тенденций постоянно колеблется между осуществлением и приостановлением поступков. Другой термин для обозначения неспособности идти прямо к цели, действовать просто – **атараксия**.

- Нарушение речи больного шизофренией:
 1. Нарушения вербального поведения, т.е. разговорной речи, как способа коммуникации: мутизм; вербигерации, монологи, вербальная импульсивность, т.е. все те состояния, когда больные много и подолгу говорят, «но так ничего и не скажут» (Блейлер); синдром Ганзера или ответы наобум, невпазд;
 2. Изменения материальной вербальной системы: изменения интонации и тембра - шепот, гнусавость, хрипота, мямление, необычные ударения, изменения ритма, неожиданные синкопы; шумы-паразиты - вздохи, прищелкивание языком, сопение, откашливание; нарушение артикуляции - заикание, дислалии; фонетико-лингвистические нарушения, кроющиеся в семантической подмене языка по принципу «инакомыслие – инакоговорение».
 3. Изменения смысла слов или **неологизмы**. Больные шизофренией постоянно стремятся изменить смысл слов, либо употребляя существующее слово в другом смысле, либо создавая новое слово из фонетической модели другого слова («малярина» вместо «скарлатина», «эрон» вместо «самолет»).
- **Негативные симптомы шизофрении.** Симптомы когнитивного снижения и с имптомы эмоционального-волевого снижения. Понятие шизофренического дефекта. Виды шизофренического дефекта: апатико-абулический и псевдоорганический.

▪ **Основные клинические формы шизофрении:** параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая. Течение шизофрении: начало заболевания (острое, подострое, постепенное), типы течения (непрерывный, приступообразно-прогредиентный – шубообразный, рекуррентный – периодический), признаки благоприятного прогноза (острое начало, яркость продуктивной симптоматики, хороший терапевтический ответ, комплайнс) и неблагоприятного прогноза при шизофрении (постепенное начало, преобладание в клинической картине негативных симптомов, бедность продуктивной симптоматики, низкий комплайнс).

Непрерывно текущая шизофрения - основная, наиболее полно отражающая особенности шизофрении в исторически сложившемся представлении об этой болезни. На всех проявлениях болезни лежит печать инертности, поступательного развития в отличие от приступообразности (фазности), свойственной периодической шизофрении.

Степень прогрессивности процесса может быть различной - от чрезвычайно вялого, близкого к «латентному», медленного течения с нерезкими изменениями личности до грубо прогрессивных форм, при которых через 1-2 года после манифестации болезни следует катастрофический распад личности.

Злокачественно текущая шизофрения. Эта форма возникает исключительно в детском и юношеском возрасте (13-18 лет). Различают **простую и гебефреническую формы**. Основные признаки: 1) раннее начало болезни; 2) начало болезни с негативных симптомов, предшествующих появлению продуктивной симптоматики; 3) быстрота течения и наступления исхода; 4) полиморфизм продуктивной симптоматики при отсутствии ее синдромальной завершенности; 5) высокая резистентность к терапии; 6) тяжесть конечных состояний.

▪ **Шизотипическое расстройство.** Понятие малопрогрессивной или **вялотекущей шизофрении**. В связи с малой прогрессивностью клиническая картина болезни характеризуется синдромами, свидетельствующими о неглубоком расстройстве деятельности психики - невротоподобными состояниями, наличием сверхценных, паранойяльных идей. Развитие этих синдромов обычно растянуто на многие годы. При начале в юношеском возрасте клиническая картина складывается в основном из признаков искажения, утрирования психических свойств, характерных для «переходного» возраста – аффективные нарушения, психопатоподобные проявления, явления деперсонализации. Развитию психических нарушений предшествует инициальный период - типа астении с колебаниями настроения, раздражительностью, некоторой отгороженностью, рефлексией. Чаще всего возникает **невротоподобная форма с навязчивостями**, которые отличаются от соответствующего невроза наличием моносимптома (монофобия). Через несколько лет этот симптом становится чрезвычайно инертным, к нему присоединяются однообразные стереотипные ритуалы. Обращает внимание быстрое потускнение аффективной окраски фобии, крайне слабо выраженный компонент борьбы с навязчивостями и близость этих явлений к явлениям психического автоматизма и ипохондрическому бреду. Стремление к выполнению ритуальных действий начинает доминировать, приобретая сверхценный характер. Больные крайне враждебно относятся к попыткам близких помешать выполнению ритуалов. Особенностью шизофренических астенических нарушений является легкое возникновение нарушений мышления при незначительном умственном напряжении, при отсутствии жалоб на утомляемость, слабость. Сознание болезни сохранено, часто болезненно заострено.

▪ **Шизоаффективное расстройство** – заболевание, протекающее остро, рекуррентно (циркулярно), при котором выражены как аффективные (маниакальные, депрессивные), так и шизофренические симптомы (циркулярной шизофрении)

▪ **Бредовые расстройства.** Психиатры всегда различали Delirium – состояние бреда и Delusion – бредовые идеи или Wahn. Бредовая идея – это тема, опыт, это первичное расстройство, сводимое к заблуждению. Бред «первичен» только в том значении, когда хотят сказать, что он фундаментален, но никогда в смысле причинности.

Бредовое состояние характеризуется:

- а) разрывом с действительностью;
- б) беспорядочностью психической жизни (бессвязность и автоматизм);
- в) часто имеет место парциальное расстройство сознания.

История выделения паранойи, как самостоятельной формы и параноидной шизофрении

19 век	Мономании	Хронические бредовые формы
--------	-----------	----------------------------

		Маньяна
Крепелин Э.	Паранойя	Параноидная форма раннего слабоумия Парафрения
Блейлер Е.	Бред толкования Бред воображения (частично)	Параноидная шизофрения
МКБ-10	Бредовые расстройства	Параноидная шизофрения

Основные формы параноидной шизофрении

1. «Фантазиофрения» – абсурдные идеи, идеи величия, галлюцинации, выраженные нарушения мышления.
2. «Конфабуляторная форма» – фантастические выдумки, идеи величия, экстатические состояния.
3. «Хронический галлюцинаторный психоз» (вербальный).
4. «Соматопсихоз» – ипохондрический бред, кинестезические и вербальные галлюцинации.
5. «Автопсихоз» или бред воздействия.

▪ *Вопросы психотерапии и реабилитации* при шизофрении. Проблема стигматизации. Семья больного шизофренией.

▪ *Трудовая, военная и судебная экспертиза* при шизофрении.

І. Контрольные вопросы

по теме № 13 «**Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства**»
для контроля теоретических знаний и практических умений
(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Шизофрения (определение, основные закономерности течения, принципы дифференциальной диагностики). Симптоматика начального периода.
2. Шизофрения. Основные клинические (синдромальные) формы. Связь между ведущей симптоматикой и прогнозом.
3. Шизофрения. Основные типы течения. Признаки, свидетельствующие о благоприятном и неблагоприятном прогнозе при шизофрении.
4. Что относится к продуктивной симптоматике при шизофрении?
5. Что относится к негативной симптоматике при шизофрении?
6. Юношеская злокачественная шизофрения (основные варианты, типичная симптоматика, прогноз).
7. Параноидная шизофрения.
8. Особенности бредовых психозов, возникающих в пожилом возрасте (инволюционный параноид).
9. Кататонная шизофрения.
10. Понятие шизоаффективного расстройства.
11. Вялотекущая шизофрения (шизотипическое расстройство), типичная симптоматика.
12. Понятие шизофренического дефекта, его клиническая характеристика. Виды дефекта: апатико-абулический и псевдоорганический.
13. Основные проявления шизофренических расстройств мышления: аутизм, резонерство, символизм.
14. Основные проявления шизофренических расстройств мышления: ментизм, шперрунг, агглютинации, «соскальзывание», стереотипии.
15. Основные проявления шизофренических расстройств мышления: схизис, амбивалентность, паралогичность, разноплановость.

16. Основные проявления эмоциональных нарушений при шизофрении (эмоциональная неадекватность, холодность, гипоэкспрессия, парамимии, чувственный схизис, эмоциональная извращенность, чувственное снижение).
17. Речевые расстройства: а) связанные с расстройствами мышления; б) связанные с расстройствами коммуникативных функций; в) нарушение семантической составляющей речи; г) нарушение материальной структуры речи.
18. Методы терапии шизофрении, тактика врача при острых приступах шизофрении и при хроническом непрерывном течении.
19. Понятие стигматизации больных шизофренией, пути ее преодоления.
20. Реабилитация и реадaptация больных шизофренией. Роль семьи и общества.

ТЕМА № 11: «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»

- *Определение психопатий* (критерии П.Б. Ганнушкина), непротессуальный характер расстройств. Распространенность психопатий составляет, в зависимости от типа личностного расстройства, от 7 до 10 %, по отдельным а вторам – до 15 %, что дает основанием рассматривать данную патологию как социальное значимое явление. По П.Б. Ганнушкину, психопатии – это патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, это аномалии характера, которые, «определяют весь психический облик индивида, накладывая отпечаток на весь его душевный склад свой властный отпечаток... в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям... мешают приспособиться к окружающей среде».
- *Отличительная характеристика психопатий от неврозов*. Анализ поступков психопата обнаруживает у него постоянное наличие одного или нескольких свойств или радикалов, которые характеризуются количественным усилением или недоразвитием. Радикалы представляют собой характерные «стороны» личности психопата - возбудимость, зависимость, астения и др. Проявления этих радикалов тянутся красной нитью через всю жизнь человека и являются стабильными.

Предпосылкой к возникновению невроза служит то, что человек реагирует на психотравмирующее воздействие извне не однозначно, а противоречиво, т.к. различные стороны его психики отвечают на это воздействие по-разному. Так возникают различно направленные аффективные установки. Если эти противодействующие тенденции по своей силе и значению для данного человека приблизительно равны, а компромисс между ними невозможен, возникает конфликт.

Основные отличительные признаки психопатий и неврозов

<i>Психопатии</i>	Неврозы
Аномалия	Функциональное нарушение
Чаще врожденный генезис	Приобретенный генезис
Постоянный психопатический радикал	Различные невротические реакции
Избирательное формирование среды	Избегание стрессовых ситуаций
Наличие сверхценных идей и даже бреда	Отсутствие сверхценных и бредовых идей

- *Систематика психопатий*: врожденные и приобретенные, ядерные и краевые, возбудимые (эксплозивные, паранойяльные, экспансивные шизоиды), тормозимые (астенические, психастеники, сензитивные шизоиды, дистимические), эмоционально-неустойчивые (истерические, циклотимические), неустойчивые (асоциальные).
Содержание класса F 6 МКБ-10.

Психопатии

Ядерные (конституциональные, врожденные)	Нажитые (приобретенные)	
	Краевые	Экзогенно-органические
	Патохарактерологическое развитие Психогенное (реактивное) развитие	

Патохарактерологическое развитие – в отличие от психопатий, является результатом неправильного воспитания в семье, длительного воздействия неблагоприятных социальных и психотравмирующих факторов, причем психогенный фактор является основным.

Психогенное развитие личности – возникает под влиянием психической травмы или в длительной психотравмирующей ситуации, часто завершает собой развитие ПТСР.

Типы неправильного воспитания и культивируемые ими варианты личностного расстройства

Тип воспитания	Личностное расстройство
- «Кумир семьи» - вседозволенность, сверхзабота, формирование позиции «над всеми»	- Нарцисстический тип, истерический тип
- Гиперопека – сверхзабота, подавление инициативы и самостоятельности, «защита от мира»	- Зависимый тип
- «Золушка» - сверхконтроль, пресечение любых гедонистических мотивов, принуждение, раннее формирование самостоятельности	- Зависимый тип, благоприятный прогноз
- Гипоопека – безнадзорность, отсутствие контроля и заботы, предоставление ребенку самому решать свои проблемы, либо в плане вседозволенности (антисоциальный тип), либо в плане самостоятельности (шизоидный тип)	- Антисоциальный, шизоидный тип
- «Ежовые рукавицы» + гиперопека – сверхконтроль, доминирование, формирование позиции «подо всеми», жестокие наказания, но с последующим прощением, заботой и опекой	- Зависимый тип, неблагоприятный прогноз
- «Ежовые рукавицы» + гипоопека – отсутствие заботы и опеки, предоставление ребенку самому решать свои проблемы, нерегулярный контроль с последующим неадекватным, импульсивным и жестоким наказанием.	- Обсессивно-компульсивное личностное расстройство. Эмоционально-нейустойчивое личностное расстройство, импульсивный тип.

Классификация личностных расстройств в соответствии с МКБ-10

I. Специфические расстройства личности:

1. Параноидное расстройство личности
2. Шизоидное расстройство личности
3. Диссоциальное расстройство
4. Эмоциональное неустойчивое расстройство: импульсивный и пограничный типы
5. Истерическое расстройство
6. Ананкастическое расстройство
7. Тревожное расстройство личности
8. Зависимое расстройство личности

II. Расстройства привычек и влечений:

1. Патологическая склонность к азартным играм
2. Пиромания
3. Клептомания
4. Прочие

III. Расстройства половой идентификации

Транссексуализм

IV. Расстройства сексуального предпочтения

1. Фетишизм
2. Эксгибиционизм
3. Педофилия
4. Садомазохизм
5. Прочие

▪ Клиническая характеристика отдельных видов психопатий

Параноидное расстройство личности

Диагностические критерии

- Безосновательные подозрения, что окружающие используют, обманывают больного или причиняют ему вред / Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам
- Озабоченность сомнениями в лояльности или надежности друзей или коллег
- Нежелание больного доверять другим из-за необоснованности страха, что информация будет использована против него / Переживание своей повышенной значимости
- Поиски скрытого смысла или угроз в высказываниях окружающих или событиях / Подозрительность и общая тенденция к искажению фактов
- Устойчивое недоброжелательное отношение к окружающим, неспособность прощать обиды или неуважение / Тенденция постоянно быть недовольным кем-то, неумение прощать
- Ложное убеждение пациента, что кто-то угрожает его репутации, и реакция на это в виде злобы или агрессии / Воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности
- Необоснованные периодические сомнения в неверности супруга / Идеи неверности супруга

Шизоидное расстройство личности

Диагностические критерии

- Нежелание иметь близкие отношения с окружающими и отсутствие радости от таких отношений, включая отношения с членами семьи
- Выбор только индивидуальной деятельности
- Сниженный интерес или его отсутствие к сексуальным отношениям

- Ограниченный круг деятельности или полное отсутствие интереса к какой-либо деятельности
- Отсутствие близких друзей или приятелей
- Равнодушие к похвале или критике
- Эмоциональная холодность, обособленность, отчужденность

Диссоциальное расстройство личности (МКБ-10) или антисоциальное расстройство (DSM-IV)

Диагностические критерии

- Неспособность соблюдать принятые в обществе нормы поведения и вести себя в соответствии с законом
- Склонность ко лжи, частые и повторные обманы, стремление получить личную выгоду или удовольствие с игнорированием интересов окружающих
- Импульсивность в поступках и неспособность к планированию
- Раздражительность и агрессивность
- Безрассудное игнорирование даже личной безопасности
- Безответственное отношение к своим обязанностям, нарушение финансовых обязательств
- Неспособность к сочувствию

Эмоционально неустойчивое личностное расстройство. Импульсивный (эксплозивный) тип

Диагностические критерии

- Главным радикалом является необыкновенно сильная эмоциональная возбудимость и периодически возникающие дисфории
- Напряженное состояние инстинктивной сферы, достигающее аномалии влечений
- Вместе с тем вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность всей психики
- Полярность проявления аффективных реакций («с крестом в руках и камнем за пазухой»)

Самыми ранними проявлениями этого типа в детском возрасте являются двигательное беспокойство, крикливость, легкая возбудимость, беспокойный сон со вздрагиваниями, подергиваниями. Отмечается определенная императивность в удовлетворении потребностей (к примеру, при несвоевременном кормлении – приступы плача «до синевы», «закатывания»). Повышенная возбудимость детей сочетается с пугливостью. Уже в ясельном возрасте эти дети считаются трудными, «невыносимыми». Характерно наличие такой симптоматики, как сногворение, устрашающие сны, вегетативная лабильность.

У детей рано могут обнаружиться садистические наклонности – такие дети могут мучить животных, избивать младших. В детской компании они претендуют на роль властелина, устанавливающего свои правила игры и взаимоотношений, диктующего всем и все, но всегда в свою пользу. Если кто-то вмешивается в заведенный ими порядок, они дают аффективные разряды, в которых выступает безудержная ярость. Такой подросток в ярости способен наотмашь по лицу ударить престарелую бабушку, столкнуть с лестницы показавшего ему язык малыша.

Часто наблюдаются расстройства влечений – садомазохизм, дромомания, дипсомания, пиромания, клептомания. Из увлечений преобладают азартные игры. Возможна компенсация в отдельных видах спорта – бокс, борьба.

Истерическое расстройство личности

Диагностические критерии

- Ощущение дискомфорта в ситуациях, когда пациент не является объектом внимания

- Отношения с окружающими часто характеризуются неуместным проявлением сексуального обаяния во внешности или поведении (в психодинамике имеет значение фиксация на раннем генитальном уровне развития, поэтому всегда присутствует страх перед сексуальностью, несмотря на склонность к обобщению).
 - Лабильность и поверхностность эмоциональных переживаний
 - Постоянное использование своей внешности для привлечения к себе внимания
 - Чрезмерно выразительный, но недостаточно точный стиль речи (фразы типа «Это было замечательно!», или «Я посмотрел великолепный спектакль!», «Я познакомилась с необычайным человеком!»).
 - Самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций
 - Внушаемость, подверженность влиянию людей или обстоятельств
 - Понимание межличностных отношений как более интимных, чем в действительности
- Первые личностные отклонения появляются в возрасте 2-3 лет. Отмечаются впечатлительность, подвижность, склонность к подражанию, обидчивость, капризность. Такие дети не выносят, когда при них хвалят других ребят, когда другим уделяется большее внимание. Они охотно перед публикой читают стихи, танцуют, поют. Успехи в учебе во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим. С детского возраста используются следующие способы психологической защиты – регрессия, идентификация, соматизация, диссоциация, отрицание. С раннего детского возраста во взаимоотношениях с другими используется эмоциональный шантаж. Сверхэмоциональность, преувеличенность реакций быстро истощает окружающих, старающихся установить барьер между собой и истериками. Наличие такого барьера приводит к поиску новых знакомых, новых зрителей.

Зависимое расстройство личности

Диагностические критерии

- Трудности с принятием решений в повседневной жизни без помощи или убеждения со стороны
- Стремление перекладывать на других свою ответственность в большинстве жизненных основных сфер
- Трудности в начинании новых дел
- Чрезмерное стремление к заботе и поддержке со стороны окружающих
- Ощущение дискомфорта и беспомощности в одиночестве из-за преувеличенного страха перед неспособностью позаботиться о себе
- В случае утраты близких отношений немедленно возникающая потребность найти новую тесную связь как источник заботы и поддержки

Психастеническое расстройство личности (ананкастная психопатия)

Диагностические критерии

- Прямолинейность, негибкость, упрямство
- Вязкость, заторможенность из-за наличия постоянных сомнений
- Чрезмерная добросовестность в сочетании с нерешительностью, много внимания уделяется второстепенным деталям
- Склонность к накопительству, коллекционированию, бережливость
- Гипертрофированное понятие о нравственности, почти до фанатизма
- Легкость наступления декомпенсации на фоне стрессовых ситуаций, декомпенсация часто в форме невроза навязчивых состояний

▪ *Понятие компенсации и декомпенсации.* Декомпенсация психопатии характеризуется явным обострением, обнажением всех основных патологических свойств личности, временным или длительным нарушением имевшейся прежде социальной адаптации. Как

правило, декомпенсация становится следствием внешних психотравмирующих воздействий на психопатическую личность.

▪ *Психологические методы изучения особенностей личности* – используется тестирование (тест Леонгарда, Кеттелла, ММРІ и др.).

▪ *Реабилитация и реадaptация. Экспертиза* (трудовая, судебно-психиатрическая, военная).

I. Контрольные вопросы

по теме № 16 «**Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте**»
для контроля теоретических знаний и практических умений
(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Этапы развития личности в онтогенезе.
2. Понятие темперамента, виды.
3. Психопатии, основные характеристики, отличия от неврозов.
4. Характерные особенности патологической личности шизоидного круга (физическая конституция, темперамент, отношение к социуму, Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).
5. Характерные особенности патологической личности параноидного круга (физическая конституция, темперамент, отношение к социуму, Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).
6. Характерные особенности патологической личности возбудимого (эпилептоидного) круга (физическая конституция, темперамент, отношение к социуму, Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).
7. Характерные особенности патологической личности истерического круга (физическая конституция, темперамент, отношение к социуму, Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).
8. Характерные особенности патологической диссоциальной (антисоциальной) личности (физическая конституция, темперамент, отношение к социуму, Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).
9. Характерные особенности пассивно-зависимой и астенической личности (физическая конституция, темперамент, жалобы и соматоневрологические проявления, отношение к социуму, Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).
10. Характерные особенности психастенической личности (физическая конституция, темперамент, жалобы и соматоневрологические проявления, отношение к социуму, Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).

▪ *Определение. Распространенность. Этиология и патогенез, предрасполагающие факторы.* Эпилепсия является хроническим неврологическим заболеванием, для которого характерны повторяющиеся пароксизмы – как припадки, так и их психических эквиваленты (чаще всего, нарушение сознания). Пароксизмы являются результатом избыточных электрических разрядов в группе клеток мозга (очаг эпилептической активности). Другой патогенетический фактор – конституциональная или приобретенная повышенная нейрональная возбудимость, порог активности которой зависит от внешних факторов (избыток углекислоты, фотостимуляция, психогении и пр.).

Факторы, способствующие возникновению эпилепсии

1. Врожденное или приобретенное поражение головного мозга – травмы, нейроинфекции, пре-, пери- и постнатальная патология и др.
2. Конституциональные особенности личности.
3. Образ жизни больного (алкоголизация)

▪ *Систематика эпилепсии.* Классификация эпилептических состояний: эпилептические (судорожные) реакции (эпизодические припадки), эпилептические (судорожные) синдромы и эпилептическая болезнь. Последняя делится на: генуинную, криптогенную и симптоматическую. Рассматривая клинику эпилепсии, опираются на классификацию припадков и на классификацию психических расстройств.

Международная классификация эпилептических припадков (ILAE, 1981)

1. Парциальные (фокальные, локальные) припадки
 1. Простые парциальные припадки, протекающие без нарушения сознания
 1. Моторные припадки
 1. фокальные моторные без марша
 2. фокальные моторные с маршем (джексоновские)
 3. адверсивные
 4. постуральные
 5. фонаторные (вокализация или остановка речи)
 2. Соматосенсорные припадки или припадки со специальными сенсорными симптомами (простые галлюцинации, например, вспышки пламени, звон)
 1. соматосенсорные
 2. зрительные
 3. слуховые
 4. обонятельные
 5. вкусовые
 6. с головокружением
 3. Припадки с вегетативно-висцеральными проявлениями (сопровождаются эпигастральными ощущениями, потливостью, покраснением лица, сужением и расширением зрачков)
 4. Припадки с нарушением психических функций (изменения высшей нервной деятельности); редко бывают без нарушения сознания, чаще проявляются как сложные парциальные припадки
 1. дисфазические
 2. дисмнестические (например, ощущение «уже виденного»)
 3. с нарушением мышления (например, мечтательное состояние, нарушение чувства времени)
 4. аффективные (страх, злоба, и др.)
 5. иллюзорные (например, макропсия)
 6. сложные галлюцинаторные (например, музыка, сцены, и др.)

2. Сложные парциальные припадки (с нарушением сознания, могут иногда начинаться с простой симптоматики).
 1. Простой парциальный припадок с последующим нарушением сознания
 1. начинается с простого парциального припадка с последующим нарушением сознания
 2. с автоматизмами
 2. Начинается с нарушения сознания
 1. только с нарушения сознания
 2. с двигательными автоматизмами
3. Парциальные припадки с вторичной генерализацией (могут быть генерализованными тонико-клоническими, тоническими, клоническими).
 1. Простые парциальные припадки, переходящие в сложные, а затем в генерализованные
 2. Сложные парциальные припадки, переходящие в генерализованные
 3. Простые парциальные припадки, переходящие в сложные, а затем в генерализованные
2. Генерализованные припадки (судорожные и бессудорожные)
 1. Абсансы
 1. Типичные абсансы
 1. только с нарушением сознания
 2. со слабо выраженным клоническим компонентом
 3. с атоническим компонентом
 4. с тоническим компонентом
 5. с автоматизмами
 6. с вегетативным компонентом
 2. Атипичные абсансы
 1. изменения тонуса более выражены, чем при типичных абсансах
 2. начало и (или) прекращение припадков происходит не внезапно, а постепенно
 2. Миоклонические припадки (единичные или множественные миоклонические судороги)
 3. Клонические припадки
 4. Тонические припадки
 5. Тонико-клонические припадки
3. Неклассифицированные эпилептические припадки (припадки, которые нельзя включить ни в одну из вышеописанных групп из-за отсутствия необходимой информации, а также некоторые неонатальные припадки, например, ритмические движения глаз, жевательные, плевательные движения)
4. Приложение. Повторные эпилептические припадки зависят от различных факторов:
 1. случайные припадки, наступающие неожиданно и без видимой причины;
 2. циклические припадки, повторяющиеся через определённые интервалы (например, в связи с менструальным циклом, циклом сон-бодрствование);
 3. приступы спровоцированные несенсорными (усталость, алкоголь, эмоции и т. п.) и сенсорными (иногда их относят к рефлекторным припадкам) факторами;
 4. эпилептический статус – продолжительные припадки или припадки, повторяющиеся настолько часто, что между ними больной не приходит в сознание; различают эпилептический статус фокальных и генерализованных

припадков; очень локализованные моторные припадки обозначают термином «постоянная парциальная эпилепсия».

Классификация психических расстройств при эпилепсии

- I. Психические нарушения в продроме припадка
 1. Предвестники в виде аффективных нарушений (колебания настроения, тревога, страх, дисфория), астенических симптомов (утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности)
 2. Ауры (соматосенсорная, зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая, психическая)
- II. Психические нарушения как компонент приступа
 1. Синдромы изменения сознания
 - а) выключение сознания (кома) - при генерализованных припадках и вторично-генерализованных
 - б) особые состояния сознания - при простых парциальных припадках
 - в) сумеречное помрачение сознания - при сложных парциальных припадках
 2. Психические симптомы (нарушения высших корковых функций): дисмнестические, дисфазические, идеаторные, аффективные, иллюзорные, галлюцинаторные
- III. Постприступные психические нарушения
 1. Синдромы изменения сознания (сопор, оглушение, делирий, онейроид, сумерки)
 2. Афазия, олигофазия
 3. Амнезия
 4. Вегетативные, неврологические, соматические нарушения
 5. Дисфория
- IV. Психические нарушения в межприступном периоде
 1. Изменения личности (специфические)
 2. Психоорганический синдром
 3. Функциональные (диссоциативные) расстройства
 4. Психические нарушения, связанные с побочным влиянием антиэпилептических препаратов (когнитивные расстройства)
 5. Эпилептические психозы (параноиды, полиморфные шизофреноподобные)

Особенности изменений личности при эпилепсии

1. Характерологические:
 - эгоцентризм
 - педантизм
 - пунктуальность
 - злопамятность
 - мстительность
 - гиперсоциальность
 - привязанность
 - инфантилизм
 - сочетание грубости и угодливости
2. Формальные расстройства мышления
 - брадифрения (тугоподвижность, замедленность)
 - обстоятельность
 - склонность к детализации
 - конкретно-описательное мышление
 - персеверация
3. Перманентные эмоциональные расстройства
 - вязкость аффекта
 - импульсивность
 - эксплозивность

- дефензивность (мягкость, угодливость, ранимость)
- 4. Снижение памяти и интеллекта
 - легкие когнитивные нарушения
 - деменция (эпилептическое, эгоцентрическое, концентрическое слабоумие)
- 5. Изменение сферы влечений и темперамента
 - повышенный инстинкт самосохранения
 - повышение влечений (замедленный темп психических процессов)
 - преобладание хмурого, угрюмого настроения
- *Электро-физиологические и другие методы диагностики.*
- *Принципы лечения:* длительность, непрерывность, индивидуальность.
 - Основные группы противосудорожных средств – барбитураты, бензодиазепины, карбамазепин, вальпроаты, новые АЭ-средства (топирамат, ламотриджин).
 - Осложнения противосудорожной терапии. При изучении традиционных АЭП установлено, что фенobarбитал приводит чаще к выраженным когнитивным нарушениям, чем другие препараты. При этом возникает психомоторная заторможенность, снижается способность к концентрации внимания, усвоению нового материала, нарушается память и уменьшается показатель IQ. Фенитоин (дифенин), карбамазепин и вальпроаты также приводят к сходным побочным эффектам, хотя их выраженность гораздо меньше, чем в случае применения фенobarбитала. Сравнительно мало известно о поведенческой токсичности новых АЭП, в частности, таких препаратов, как фелбамат, ламотриджин, габапентин, тиагабин, вигабатрин и топирамат. Установлено, что АЭП новой генерации, в целом, не оказывают отрицательного влияния на протекание познавательных процессов.
- Значение диеты и режима для терапии и профилактики.
- Купирование эпилептических психозов, дисфорий, сумеречных состояний.
- *Трудовая, военная и судебная экспертиза при эпилепсии.*

I. Контрольные вопросы

по теме № 17 «**Эпилепсия**» для контроля теоретических знаний и практических умений
(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Большой судорожный припадок. Клиническая характеристика. Заболевания при которых он встречается. Отличия от истерического припадка.
2. Эпилептическая болезнь; определение, клиника, течение, дифференциальная диагностика, прогноз. Понятие эпилептогенной ткани и эпилептического очага. Пути распространения возбуждения в ЦНС.
3. Генуинная и симптоматическая эпилепсия. Клинические особенности генуинной эпилепсии (предпочтительный возраст начала болезни, курабельность, тяжесть припадков, наличие неврологической симптоматики, прогноз).
4. Клинические особенности симптоматической эпилепсии (предпочтительный возраст начала болезни, курабельность, тяжесть припадков, наличие неврологической симптоматики, прогноз).
5. Парциальная эпилепсия, виды парциальных пароксизмов.
6. Аура, определение, виды аур.
7. ЭЭГ- и КТ-диагностика эпилепсии.
8. Эпилепсия. Продуктивные симптомы и синдромы, характерные для клиники эпилепсии.
9. Эпилепсия, специфические изменения личности.
10. Клиника эпилептического слабоумия.
11. Психические эквиваленты эпилептических припадков: сумеречный психоз.

12. Психические эквиваленты эпилептических припадков: дисфорическое состояние.
13. Недифференцируемые пароксизмы: снохождение, сомнолокия
14. Трансовые и особые состояния сознания.
15. Эпилептические психозы: острые и хронические.
16. Первая помощь при эпилептическом припадке.
17. Лечение эпилепсии (методические принципы, основные группы противосудорожных препаратов, диета, режим).
18. Осложнения при приеме противосудорожных препаратов.
19. Трудовые рекомендации и реабилитация больных эпилепсией
20. Эпилептический статус, определение. Заболевания, при которых он может наблюдаться.