

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЕ

для самостоятельной работы ординаторов

РАЗДЕЛ I

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Владикавказ, 2015 г.

Настоящее пособие составлено в соответствии с учебными образовательными программами «психиатрия, медицинская психиатрия», «психиатрия, наркология» для ординаторов высших медицинских учебных заведений зав. кафедрой психиатрии проф. Букановской Т.И. В пособии отражены методические ориентиры, помогающие ординатору при подготовке к занятиям по психиатрии.

Занятие № 1

План занятия

1. Оценка исходного уровня знаний, необходимых для изучения психиатрии (2 час)
2. Разбор темы № 1 «**Теоретические и организационные основы психиатрии. Организация психиатрической помощи**» (0,5 часа)
3. Контрольные задания для усвоения темы (0,5 часа)
4. Ознакомление со структурой Республиканской психиатрической больницы (1 час)

ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ. Оценивается путем контрольных вопросов и последующих ответов:

1. Что такое психический процесс, психические свойства и психическое состояние?
2. Естественно научная теория регуляции поведения И.М. Сеченова, ее суть.
3. Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности. Понятие рефлекса. Виды рефлексов.
4. Строение нервной системы человека. Строение и функции нейрона. Типы нейронов.
5. Строение головного мозга и функции основных его отделов. Системный принцип деятельности мозга.
6. В чем заключаются основные функции психики?
7. В чем проявляется инстинктивное поведение животных?
8. Что такое индивидуально-изменчивое поведение животных?
9. Определение сознания.
10. Состояния сознания: сознательное, подсознательное и бессознательное.
11. Концепция бессознательного у З. Фрейда.
12. Определение ощущения, его виды.
13. Строение анализатора. Психофизика ощущений
14. Восприятие. Взаимосвязь процессов ощущения и восприятия.
15. Свойства восприятия. Роль установки в процессе восприятия.
16. Функции внимания. Виды внимания.
17. Основные свойства внимания.
18. Общая характеристика процессов памяти.
19. Виды памяти.
20. Виды мышления.
21. Основные мыслительные (логические) операции.
22. Мотивации человека, отношение к потребностям.
23. Определение воли, отношение к мотивам. Борьба мотивов. Строение сложного волевого действия.
24. Определение понятий «эмоции» и «чувства».
25. Классификация эмоций.
Высшие чувства и их характеристика
26. Соотношение понятий: индивид, личность, индивидуальность.
27. Соотношение биологического и социального в личности
28. Движущие факторы психического развития личности.
29. Физиологическая основа темперамента. Типы темперамента и их характеристика.
30. Черты характера. Акцентуации характера.

ТЕМА № 1: «Теоретические и организационные основы психиатрии. Организация психиатрической помощи»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• основные исторические этапы становления психиатрии как отрасли медицины; • структуру психиатрической службы в РФ; • особенности оказания психиатрической помощи, понятие «презумпции психического здоровья»; • основные положения Закона РФ от 2 июля 1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменением от 21 июля 1998г) • основные стороны психической деятельности; • основные факторы психических расстройств и заболеваний	• взаимодействовать с больными с психической патологией в правовых рамках, опираясь на идею презумпции психического здоровья – лицо должно считаться психически здоровым и способным осознавать свои действия и руководить ими, пока не будет доказано обратное; • собрать субъективный и объективный анамнез на больного с психической патологией	• использовать базовые статьи Закона (ст.ст. 4,11, 23,24,26,28,29, 32-35) при взаимодействии с лицами с психическими расстройствами; • способами критической оценки данных анамнеза на больного с психической патологией

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

- *Психиатрия*, как отрасль медицины, находящейся на стыке естественно-научных и гуманитарных дисциплин. Понятие биологической психиатрии, социальной психиатрии и этнопсихиатрии
- *Психиатрическая помощь*, ее специфика. Закон РФ от 2 июля 1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
- *Понятие психического расстройства* включает в себя: а) болезненную психическую реакцию, например, реакцию аффекта; б) болезненное психическое состояние – как кратковременное, преходящее (например, невротическое состояние), так и долговременное, непреходящее (например, психопатия); в) болезненное психическое развитие или психическое заболевание (например, шизофрения)
- *Основные стороны психической деятельности:*
 1. Сознание.
 2. Рецепторная деятельность.
 3. Аффективно-волевая деятельность.
 4. Психомоторика.
 5. Интеллектуальная деятельность.
- *Основные факторы психических расстройств и заболеваний:*
 1. Биологические – генетические, биохимические, иммунологические, морфологические, как эндогенные, так и экзогенные.
 2. Психологические.
 3. Социально-экономические.
 4. Экологические.

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ для усвоения темы № 1 «Теоретические и организационные основы психиатрии. Организация психиатрической помощи»

I. Контрольные вопросы

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

1. Роль С.С. Корсакова, В.Х. Кандинского, П.Б. Ганнушкина, В.М. Бехтерева, И.П. Павлова в развитии отечественной психиатрии.
2. Основные стороны психической деятельности.
3. Основные этиологические факторы психических заболеваний. Значение фактора наследственности.
4. Основные этиологические факторы психических заболеваний. Значение экзогенно-органического фактора.
5. Основные этиологические факторы психических заболеваний. Значение психологического фактора (конституционального).
6. Основные этиологические факторы психических заболеваний. Значение социально-экономического фактора.
7. Основные этиологические факторы психических заболеваний. Значение экологического (культурально-ментального) фактора.
8. Анализ взаимоотношений психически больного и общества. Понятие психической стигматизации.
9. Понятие социальной психиатрии, ее основные задачи.
10. Предмет наркологии, как отрасли психиатрии.

II. Тестовые задания первого уровня

по теме № 1 «Теоретические и организационные основы психиатрии. Организация психиатрической помощи»

Включают 10 тестовых заданий. Примеры тестовых заданий:

№ 1

Что из ниже перечисленного не относится к основным сторонам психической деятельности?

1. Сознание
2. Психомоторика
3. Самочувствие
4. Интеллект

№ 2

Особенностью обслуживания душевнобольных в психиатрических стационарах является все, кроме:

1. Принцип закрытых дверей
2. Обязательное применение мер медицинского стеснения
3. Усиленный надзор и наблюдение за поведением больных
4. Систематические мероприятия по трудотерапии и социальной реабилитации

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп./гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.

2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
4. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс», 2008. - 96 с.

Дополнительная:

5. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
6. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

Занятие № 2

План занятия

1. Разбор темы № 2 «Методы исследования в психиатрии. Патопсихологическая диагностика. Расстройства ощущений и восприятия» (1 час)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 2 (1 час)
3. Разбор темы № 3 «Синдромы расстроенного сознания и пароксизмальные явления» (1 час)
4. Контрольные задания для усвоения темы № 3 (1 час)
5. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором темы)

ТЕМА № 2: «Методы исследования в психиатрии. Патопсихологическая диагностика. Расстройства ощущений и восприятия»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• виды расстройств ощущений; • виды расстройств восприятия; • патофизиологические механизмы галлюцинаций; • феноменологическую разницу между различными видами патологии восприятия	• методами патопсихологической диагностики • распознавать расстройства восприятия; • идентифицировать характер патологии восприятия (галлюцинации, иллюзии и т.п.) • оказать первую помощь при остро возникшем галлюцинозе (назначение психотропных препаратов)	• приемами расспроса больного с расстройствами восприятия; • описанием психического состояния больного с расстройствами восприятия

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

- *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		VII	Парамнезии
	5	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).

Гипестезия – понижение чувствительности к внешним раздражителям.

Анестезия психическая – утрата сенсорной чувствительности, например, онемение или анальгезия конечностей.

Парестезии – называемые иногда также дизестезиями, не обусловленные внешним раздражением телесные ощущения онемения, покалывания, бегания мурашек (формикации), жжения, зуда, болезненного холода.

Сенестопатии – тягостное, неприятное телесное ощущение, локализуемое на поверхности тела или во внутренних органах, лишенное предметности (чем отличается от висцеральных галлюцинаций), возникающее в отсутствие объективного патологического процесса в месте ее локализации.

▪ *Представление* – это «след» восприятия или воспоминание чувственного образа.

Накопившиеся представления играют важную роль в процессе восприятия, собственно узнавание – это есть процесс совпадения нового восприятия с имеющимся в памяти представлением.

▪ *Восприятие*, как чувственное отображение предметов или явлений объективной реальности при их непосредственном воздействии на органы чувств. Восприятие человека – не только чувственный образ, но и осознание выделяющегося из окружения предмета. Восприятие складывается из сенсорного компонента и гностического компонента, иначе, узнавания. Процесс восприятия обязательно включает в себя познавательную деятельность.

Расстройства восприятия: а) галлюцинации; б) иллюзии; в) психосензорные расстройства; д) агнозии.

А. Галлюцинации – восприятия, возникающие без реального объекта (зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, тактильные и висцеральные), но имеющие характер объективной реальности.

Классификация галлюцинаций осуществляется по различным критериям: по критерию проекции, по органам чувств, по содержанию, по условиям возникновения (физиологический критерий), по нозологическому критерию (см. табл.).

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Проекция	Анализатор	Содержание	Условие возникновения	Нозологический критерий
Истинные Ложные (псевдо-галлюцинации) Экстра-кампинные	Слуховые Зрительные Тактильные Обонятельные Висцеральные	Простые: фотопсии, акоазмы, фонемы. Сложные: сценоподобные, комментирующие, императивные	Гипнагогические Рефлекторные Функциональные	Эндогенные, например, галлюцинации при шизофрении Органические, например, алкогольный галлюциноз Психогенные, связанные с психотравмой

Истинные галлюцинации – галлюцинации, при которых галлюцинируемый объект воспринимается как находящийся во внешнем мире.

Псевдогаллюцинации – галлюцинации, при которых галлюцинируемый объект воспринимается как находящийся во внутреннем мире (например, «внутри головы»).

Экстракампинные галлюцинации – истинные и ложные видения сцен, находящихся вне поля зрения (позади себя).

Фотопсии – появление в поле зрения беспредметных образов: движущихся точек, пятен, фигур, чаще светящихся, блестящих.

Акоазмы – элементарная слуховая галлюцинация в форме отдельных звуков: шум, звон, оклики, выстрелы, музыка, стуки и т. п.

Сценоподобные (сценические) галлюцинации – комбинированные обманы восприятия в виде сюжетно последовательной и, как сообщают пациенты, естественной смены одного сложного галлюцинаторного эпизода другим. Например, это такие галлюцинаторные зрелища, как казни, парады, демонстрации, сражения.

Комментирующие галлюцинации – галлюцинации, в которых галлюцинаторные образы носят характер комментариев по поводу совершаемых поступков. "Голоса" могут осуждать и защищать больного.

Императивные галлюцинации – вербальные галлюцинации, отличающиеся приказным, повелевающим тоном. Нередко «голоса» приказывают совершать поступки, опасные для больного или окружающих. Часто императивные галлюцинации наблюдаются при суицидальном или гомицидным поведении.

Гипнагогические галлюцинации – зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах.

Рефлекторные галлюцинации – галлюцинации, переживаемые в одном анализаторе при воздействии реального раздражителя на другой анализатор.

Функциональные галлюцинации – галлюцинации, при которых мнимый предмет или явление воспринимается на фоне реально существующего, действующего на тот же анализатор (например, в шорохе листвы, журчании воды человек слышит человеческую речь); данный вид галлюцинаций отличается от истинных как наличием реального раздражителя, действующего на анализатор, в сфере которого возникает галлюцинация, так и от иллюзий, при которых реальный раздражитель вовсе не воспринимается, полностью поглощаемый иллюзорным, тогда как при функциональных галлюцинациях реальный и мнимый объекты сосуществуют. Сюда относится, например, феномен следов («зрительное эхо») – нарушение восприятия, при котором движущиеся объекты видятся как ряд дискретных образов. Оно бывает у здоровых людей, например, при переутомлении.

Психогенные галлюцинации – зрительные или слуховые галлюцинации, которые возникают в связи с психическими травмами, гипнотическим внушением и другими психогенными воздействиями. Содержание галлюцинаторных образов отражает психогению.

Кроме того, отдельно выделяют некоторые формы галлюциноза:

Галлюциноз Бонне – галлюцинации исходят из анализатора, функция которого резко снижена или совсем отсутствует, то есть зрительные галлюцинации у слепых людей, слуховые – у глухих. Описаны Шарлем Бонне у своего деда, у которого на фоне катаракты наблюдались зрительные галлюцинации.

Синдром Экбома – тактильный галлюциноз с бредом одержимости кожными паразитами

Б. Иллюзии – ложное, ошибочное восприятие реальных предметов или явление, при котором восприятие реального объекта сливается с воображаемым образом. Различают:

Иллюзии аффективные – иллюзии, возникающие при тревожно-подавленном настроении или состояниях страха.

Иллюзии вербальные – ложное восприятие содержания реального разговора, при котором в нейтральной, не относящейся к больному речи, он слышит обвинения, угрозы или намеки в свой адрес или адрес своих близких.

Парейдолии – это иллюзорное восприятие самых обычных объектов, когда, например, при рассматривании рисунка обоев или ковра, трещин и пятен на потолке, облаков можно увидеть изменчивые, фантастические пейзажи, лица людей, необычных зверей и т.п.; основой таких иллюзорных образов являются детали действительного рисунка.

В. Психосензорные расстройства – психопатологический симптом, характеризующийся нарушением восприятия размеров, формы, взаимного расположения предметов в пространстве (метаморфопсия) и (или) размеров, массы, формы собственного тела (аутометаморфопсия или расстройство схемы тела). Различают следующие виды нарушений:

Метаморфопсия – искажение величины или формы воспринимаемых больным предметов, которые могут казаться увеличенными в размерах – *макропсия*, уменьшенными – *микрoпсия*, искаженными в своей форме – *дисмегалопсия*, невероятно удаленными или, напротив, приближенными к больному – *поррoпсия*.

Расстройство «схемы тела» – искаженное восприятие собственного тела и его частей; относятся различные виды неузнавания частей тела, их состояния и положения.

Дереализация – чувство измененности, нереальности окружающего, когда внешний мир воспринимается как чуждый, искусственный, изменённый, иногда отдалённо, неотчётливо, как будто во сне; время кажется слишком быстро текущим или остановившимся; часто сопровождается чувством тоски, страха, растерянности.

Деперсонализация – чувство нереальности и призрачности окружающего вплоть до утраты чувства действительности и реальности существования окружающих предметов, людей и всего мира; нередко в сочетании с деперсонализацией.

Д. Агнозии – нарушение различных видов восприятия (зрительного, слухового, тактильного) при сохранении чувствительности и сознания. Агнозии связаны с поражением вторичных (проекционно-ассоциационных) отделов коры головного мозга, ответственных за анализ и синтез информации, что ведёт к нарушению процесса распознавания и узнавания предметов.

I. Контрольные вопросы

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

1. Клиническая (синдромальная) классификация психических расстройств по степени тяжести.
2. Патопсихологический метод исследования.
3. Экспериментально-психологические методы исследования.
4. Методы параклинического обследования в психиатрии (ЭЭГ, ЭхЭЭГ, РЭГ, КТ, МРТ).
5. Методы исследования восприятия (наблюдение, провокационные пробы).
6. Расстройства восприятия. Основные виды галлюцинаций, понятие психогенных галлюцинаций.
7. Иллюзии, определение и классификация.
8. Психосензорные расстройства, определение, основные виды.
9. Расстройства ощущения (гипостезии, гиперстезии, парестезии, сенестопатии).
10. Синдром дереализации.
11. Синдром деперсонализации.
12. Клинический образ больного со зрительным галлюцинозом устрашающего характера (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
13. Клинический образ больного со зрительными галлюцинациями фантастического сценopodobного характера (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
14. Клинический образ больного с вербальными слуховыми обманами угрожающего содержания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
15. Клинический образ больного с вербальными слуховыми обманами комментирующего содержания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
16. Клинический образ больного с императивным галлюцинозом (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
17. Клинический образ больного с тактильным галлюцинозом (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
18. Клинический образ больного с психосензорными расстройствами типа микро- или макropsии или дисмегалопсии (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).

19. Клинический образ больного с «нарушением схемы тела» (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
20. Характер описания восприятия внешнего мира больным при наличии у него синдрома дереализации.
21. Характер описания больным своего состояния при наличии у него синдрома деперсонализации.

Дополнительно для педиатров:

22. Аффективные иллюзии у детей, их значение.
23. Отличительные особенности галлюцинаторных явлений в детском возрасте.

II. Тестовые задания по теме № 2 «Расстройства ощущений и восприятия»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

Простейшим психическим процессом отражения отдельных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторы органов чувств является:

1. Ощущение
2. Восприятие
3. Представление
4. Ассоциация

№ 2

Галлюцинацией является одно из следующих определений:

1. Галлюцинация – это расстройство восприятия
2. Галлюцинация – это восприятие без объекта
3. Галлюцинация – это обман зрения
4. Галлюцинация – это мираж

Примеры тестовых заданий второго уровня:

№ 1

Больной подавлен, жалуется, что звуки воспринимаются глухо, как бы издалека, пища кажется безвкусной («как трава»). В данном случае речь идет об одном из следующих расстройств:

1. Парестезия
2. Гипестезия
3. Сенестопатия
4. Парейдолии

№ 2

Психогенной галлюцинацией является одно из следующих определений:

1. Психогенные галлюцинации – это галлюцинации, связанные с наличием в психике человека особо значимых представлений
2. Психогенные галлюцинации – это галлюцинации, возникающие при психозе
3. Психогенные галлюцинации – это галлюцинации, отличимые от классических галлюцинаторных переживаний
4. Психогенные галлюцинации – это галлюцинации, тесно связанные с аффективной патологией

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп.//гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
4. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс», 2008. - 96 с.

Дополнительная:

5. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
6. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

ТЕМА № 3 «Синдромы расстроенного сознания и пароксизмальные явления»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• критерии ясного сознания; • степени снижения уровня бодрствующего сознания; • синдромы помраченного сознания; • феноменологическую разницу между вигильным сознанием и само-сознанием; • основные типы припадков и другие пароксизмальные явления	• определить степень снижения уровня бодрствующего сознания • дифференцировать различные виды помраченного сознания; • дифференцировать различные виды припадков и других пароксизмов • оказать первую помощь больным с неясным сознанием • оказать первую помощь при припадках	• методом определения ясности сознания; • описанием степени снижения уровня сознания, описанием психического состояния при различных видах помраченного сознания; • методом оказания первой помощи при большом эпилептическом припадке, при панической атаке и других психовегетативных кризах.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Критерии ясного сознания* (по К. Ясперсу). Признаки снижения уровня бодрствующего сознания: отрешенность, дезориентировка, расстройства мышления, расстройства памяти (амнезии).

Материальный субстрат сознания – подкорковые структуры головного мозга (ретикулярная формация, восходящие и нисходящие пути).

Синдромы снижения уровня сознания: обнубиляция, сомноленция, оглушение, сопор, кома.

Обнубиляция – лёгкая степень оглушения (см. ниже). Такой больной напоминает человека в состоянии лёгкого опьянения. У него несколько рассеяно внимание, он не может сразу собраться, чтобы правильно ответить, затруднено и замедленно восприятие событий, поэтому кажется, что он отвечает невпопад. Настроение бывает несколько повышено.

Сомноленция – расстройство сознания, при котором человек утрачивает способность к восприятию речи. Больной сонлив, апатичен, заторможен, вследствие чего он не отчетливо понимает происходящее вокруг.

Оглушение – синдром нарушенного сознания, характеризующийся значительным повышением порога восприятия всех внешних раздражителей и сонливостью, а также замедленным образованием ассоциаций, затруднением их течения. Ориентировка в окружающем пространстве неполная или отсутствует. Вопросы воспринимаются с трудом, ответы на них односложные и неточные. По выходе из состояния оглушения часто наблюдается амнезия. При неблагоприятном течении – переход в сопор и кому.

Сопор – глубокое угнетение сознания с утратой произвольной и сохранностью рефлекторной деятельности. Больной не реагирует на окружающую обстановку, не выполняет никаких заданий, не отвечает на вопросы. Из сопорозного состояния больного удается вывести с большим трудом, применяя грубые болевые воздействия (щипки, уколы и др.), при этом у больного появляются некоторые двигательные реакции или мимические движения. При обследовании обнаруживается мышечная гипотония, угнетение глубоких рефлексов, реакция зрачков на свет может быть вялой, но роговичные рефлексы

сохранены. Глотание не нарушено. При углублении этого прекоматозного состояния сознание полностью утрачивается, развивается кома.

Кома – тяжёлое патологическое состояние, характеризующееся прогрессирующим угнетением функций ЦНС с полной утратой сознания, нарушением реакции на внешние раздражители, нарастающими расстройствами дыхания, кровообращения и других функций жизнеобеспечения организма. В узком смысле понятие «кома» означает наиболее значительную степень угнетения ЦНС (за которой следует уже смерть мозга), характеризующуюся не только полным отсутствием сознания, но также арефлексией и расстройствами регуляции жизненно важных функций организма. По тяжести выделяют три степени комы: умеренная кома - неразбудимость, неоткрывание глаз, некоординированные движения без локализации болевых ощущений; глубокая кома - неразбудимость, отсутствие защитных движений на боль; запредельная кома - мышечная атония, критические нарушения жизненно важных функций. Степень нарушения сознания оценивается по шкале комы Глазго.

▪ *Синдромы помраченного сознания:* делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания (психотическое, амбулаторные автоматизмы, трансы, фуга), аменция.

Делирий – синдром нарушения (помрачения) сознания, характеризующийся нарушениями ориентировки в месте и времени, искаженным отражением действительности, зрительными галлюцинациями, бредом, двигательным возбуждением, частичной амнезией на период психоза. Делирий возникает чаще всего при некоторых острых инфекционных заболеваниях, алкогольных, наркотических и иных интоксикациях, после травм, при сосудистом поражении мозга.

Онейроид – особый вид качественного нарушения сознания с наличием развёрнутых картин фантастических сновидных и псевдогаллюцинаторных переживаний, переплетающихся с реальностью. Дезориентировка во времени и пространстве (иногда и в собственной личности) при онейроиде – двойная, больной временами правильно осознаёт реальность и одновременно является участником переживаемой псевдогаллюцинаторной ситуации.

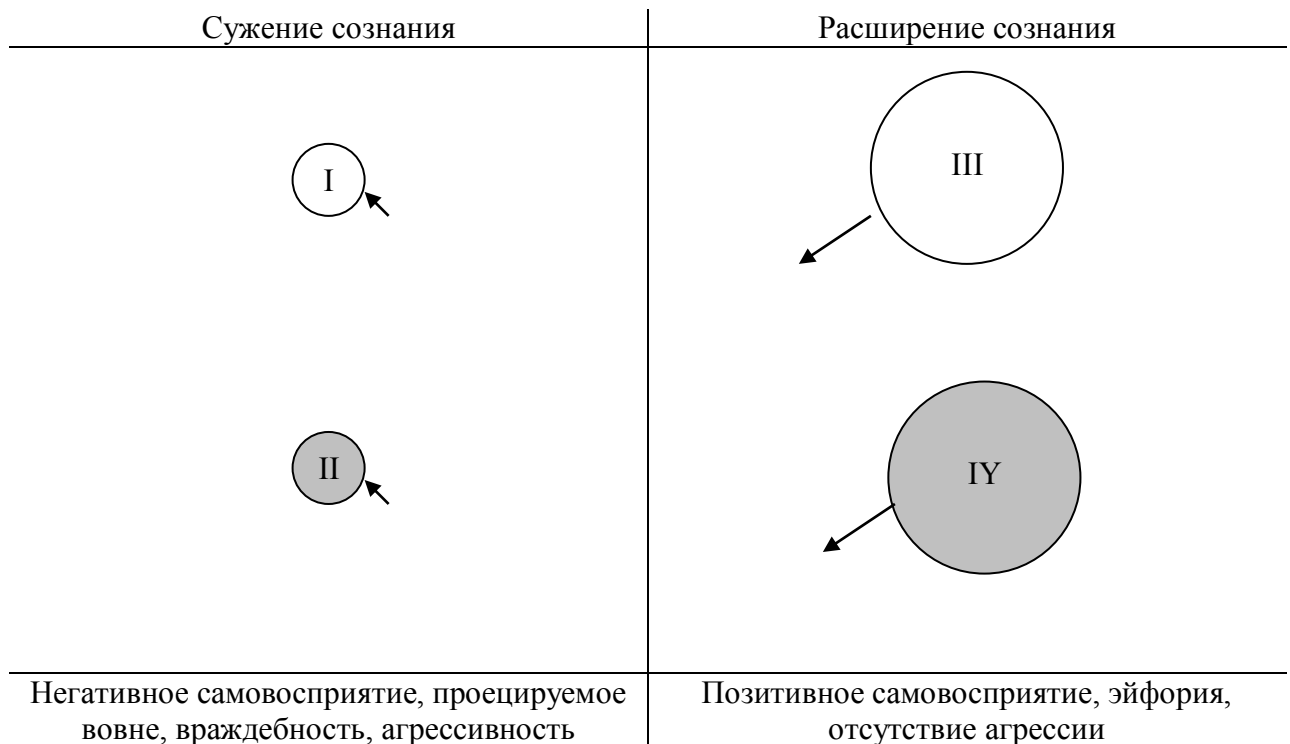
Сумеречное помрачение сознания – вид нарушения сознания, возникающий внезапно и проявляющийся дезориентировкой в окружающем с сохранностью привычных автоматизированных действий. Сопровождается речедвигательным возбуждением, аффектом страха, тоски, злобы, острым бредом преследования и внезапным наплывом галлюцинаций устрашающего содержания. Возникающие при этом бредовые идеи определяют поведение больного. Весьма часты агрессивные разрушительные действия, направленные как на людей, так и на неодушевлённые предметы. Характерна полная амнезия на период психоза. Встречается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, и черепно-мозговых травмах.

Амбулаторный автоматизм – непсихотический вариант сумеречного помрачения сознания (без бреда, галлюцинаций или выраженных аффективных расстройств), проявляющееся длительным непроизвольным блужданием с упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией. К амбулаторным автоматизмам относятся и так называемые **фуги**, когда больные, находясь в состоянии помраченного сознания, бросаются бежать; бегство продолжается некоторое время, а затем больные приходят в себя. При состояниях амбулаторного автоматизма известны случаи длительных миграций (**трансы**), однако чаще эти блуждания бывают сравнительно непродолжительными и выражаются в том, что больные проезжают нужную им остановку, проходят мимо своего дома и т. д. Амбулаторный автоматизм, возникающие в период ночного сна, обозначается как **сомнабулизм (снохождение)**. В данном случае сумеречное расстройство сознания наступает во время сна и чаще возникает у детей и подростков. Больные, без внешней необходимости, встают ночью, совершают какие-то организованные действия и через несколько минут, иногда часов, возвращаются обратно в постель или же засыпают в каком-то другом месте.

Аменция – тяжёлая форма помрачения сознания; характерны глубокая дезориентировка, нарушение синтеза восприятий, бессвязность в речи (спутанность мышления).

Галлюцинации немногочисленны, отрывочные, могут наблюдаться отрывочные бредовые идеи. Состояние аменции полностью амнезируется. В зависимости от преобладающих проявлений различают три формы аменции: кататоноподобную, галлюцинаторно-параноидную и инкогерентную. Чаще наблюдается при органическом поражении мозга.

- *Самосознание* как парциальное сознание, вторичное по отношению к вигильному (бодрствующему) сознанию. Вопрос о материальном субстрате самосознания остается открытым. В случае патологии по отношению к вигильному сознанию говорят о снижении уровня ясности сознания (борствования), по отношению к самосознанию – о сужении сознания (поля осознания) (см. схему).



I – сужение сознания при сохранении уровня бодрствования (состояние аффекта, бредовые состояния);

II – сужение сознания при снижении уровня бодрствования (помрачение сознания, например, сумеречное расстройство сознания, делирий);

III – расширение сознания при сохранении уровня бодрствования или даже при сверхбодрствовании (инсайт, «озарения»);

IV – расширение сознания при снижении уровня бодрствования (трансовые и экстатические состояния, в том числе связанные с употреблением наркотических веществ).

Факторы, влияющие на уровень бодрствования – органические (в том числе интоксикационные).

Факторы, влияющие на самосознание – психофизиологические, в основном эмоциональные. Эмоции, способствующие сужению сознания, – гнев, страх, горе, стыд. Эмоции, способствующие расширению сознания – удивление, интерес, чувство вины.

- *Пароксизмальные явления.*

Припадки. Припадки эпилептические: генерализованные (grand mal, абсансы, petit mal) и парциальные (особые состояния сознания, психосенсорные припадки, явления déjà vu и jamais vu, приступы дереализации и деперсонализации).

**Международная классификация эпилептических припадков
в соответствии с ILAE (INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY)**

- I. 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. Парциальные припадки с вторичной генерализацией (могут быть генерализованными тонико-клоническими, тоническими, клоническими).
 1. простые парциальные припадки (А), переходящие в сложные, а затем в генерализованные
 2. сложные парциальные припадки (Б), переходящие в генерализованные
 3. простые парциальные припадки, переходящие в сложные, а затем в генерализованные
- II. 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
3. Миоклонические припадки (единичные или множественные миоклонические судороги)
 4. Клонические припадки
 5. Тонические припадки
 6. Тонико-клонические припадки
- III. 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, плеательные движения)
- IV. Эпилептический статус – продолжительные припадки или припадки, повторяющиеся настолько часто, что между ними больной не приходит в сознание.

▪ *Пароксизмальные явления*, не относимые к эпилепсии – истерические припадки, пароксизмы страха (панические атаки), психовегетативные кризы.

Истерические припадки – приступ «большой истерии», напоминающее целое представление, спектакль. Вначале развивается «эпилептоидный припадок», судороги, возможна «истерическая дуга», когда больной выгибается дугой, опираясь на затылок и пятки. Эта фаза переходит в фазу больших движений и клоунизма. Совершаются крупные размашистые движения, больные могут биться головой, руками, ногами. Затем может развиваться акт «страстных поз», когда лицо больного, его поза, движения выражают гнев, ужас, экстаз. Далее больной может начать плакать или смеяться, что-то шептать, прислушиваться, видеть «картины», что-то воспроизводить руками и т. д. Припадки длятся от часа до нескольких часов, в зависимости от аудитории и ее заинтересованности.

Паническая атака – представляет собой необъяснимый, мучительный для больного, приступ тяжелой тревоги, сопровождаемый страхом, в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами. Отечественные врачи долгое время использовали и используют сейчас термины «вегетативный криз», «симптоадреналовый криз», «кардионевроз», «ВСД (вегетососудистая дистония) с кризовым течением», «НЦД – нейроциркуляторная дистония», отражающие представления о нарушениях вегетативной нервной системы в зависимости от ведущего симптома.

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ для усвоения темы № 3 «Синдромы расстроенного сознания и пароксизмальные явления»

I. Контрольные вопросы

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

1. Бодрствующее или витальное сознание, определение. Нейрофизиологический субстрат бодрствующего сознания.
2. Критерии ясного сознания.
3. «Количественное снижение» сознания. Оглушение и кома.
4. Отличие обморочного состояния от абсанса.
5. Понятие пролонгированной комы (вегетативный статус, апаллический синдром, акинетический мутизм), этапы обратного развития, прогноз.

6. «Качественное изменение» сознания. Основные формы помраченного сознания. Клиническая симптоматика делириозного помрачения сознания, закономерности течения.
7. Основные формы помраченного сознания. Клиническая симптоматика сумеречного помрачения сознания, закономерности течения.
8. Основные формы помраченного сознания. Клиническая симптоматика онейроидного помрачения сознания.
9. Понятие патологического опьянения.
10. Истерическое расстройство сознания, диагностика.
11. Понятие парциального сознания. Самосознание.
12. Понятие судорожной реакции, судорожного синдрома и эпилептической болезни.
13. Классификация припадков (большие, малые, фокальные).
14. Амбулаторный автоматизм и сомнабулизм, трансовые состояния.
15. Истерические судорожные припадки, диагностика.
16. Как выглядит пациент в оглушенном состоянии сознания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения)?
17. Как выглядит пациент в сомнолентном или трансовом состоянии сознания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения)?
18. Клинический образ больного, находящегося в делириозном состоянии сознания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
19. Клинический образ больного, находящегося в сумеречном состоянии сознания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
20. Клинический образ больного, находящегося в онейроидном состоянии сознания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
21. Клинический образ больного, находящегося в аментивном состоянии сознания (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
22. Как выглядит пациент в состоянии патологического опьянения (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения)?

II. Тестовые задания по теме № 3 «Синдромы расстроенного сознания и пароксизмальные явления»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

При каком виде помрачения сознания отмечается двойная ориентировка в месте, времени, собственной личности?

1. Делирий
2. Онейроид

3. Сумеречное расстройство сознания
4. Аменция

№ 2

Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Кататонических включений
2. Помрачения сознания
3. Наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
4. Двигательным возбуждением

Примеры тестовых заданий второго уровня:

№ 1

При нарушениях сознания какой вид ориентировки говорит о большей тяжести состояния?

1. В месте
2. Во времени
3. В собственной личности
4. В окружающем

№ 2

Какой из перечисленных видов помрачения сознания наиболее характерен для острых интоксикаций?

1. Делирий
2. Онейроид
3. Аменция
4. Сумеречное помрачение сознания

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп./гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
4. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс», 2008. - 96 с.

Дополнительная:

5. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. – М.: Медицина, 1984.
6. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
7. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
8. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. – М.: Практика, 1997.

Занятие № 3

План занятия

1. Разбор темы № 4 «**Расстройства мышления и речи. Бредовые состояния. Навязчивые явления**» (2 часа)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 4 (2 часа)
3. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором темы)

ТЕМА № 4: «Расстройства мышления и речи. Бредовые состояния. Навязчивые явления»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• нарушение динамической стороны мышления (ускорение и замедление мышления) • нарушение мотивационной составляющей процесса мышления • расстройства ассоциативного процесса • виды нарушений речи • расстройства суждений и умозаключения, бредовые состояния • навязчивые явления	• диагностировать следующие расстройства: 1) галлюцинаторно-параноидные состояния; 2) ускорение и замедление темпа мышления; 3) расстройства ассоциативного процесса; 4) расстройства речи	• способами адекватной оценки расстройств мышления и речи; • способами адекватной формулировки диагностического описания расстройств мышления и речи • способом разграничения невротических навязчивостей (обсессивно-компульсивных явлений) от бредовых идей и кататонии.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Определение мышления.* Основная задача мышления состоит в раскрытии отношений, связей между предметами и явлениями окружающего мира. Мыслить человек начинает тогда, когда у него появляется потребность что-то понять и познать.

Основные операции мышления: сравнение, анализ, синтез, абстракция. Умственная способность (IQ), в основном, определяется по уровню развития данных операций, в особенности по уровню развития абстрактного мышления.

Этапы мыслительного процесса: формирование понятий, суждений, способность давать умозаключения (индуктивные и дедуктивные, силлогизмы), последовательность мышления (в соответствии с правилами Аристотелевой логики, конкретно, с законом тождества – каждая последующая мысль или высказывание должна быть тождественна предыдущей). Этапы мыслительного процесса отражают не только интеллектуальный уровень развития, но и так называемую мотивационно-динамичную составляющую мышления.

Качество или склад мышления определяют специфичность мышления, свойственную некоторым патологическим состояниям – резонерство, патологическая обстоятельность, символизм.

▪ *Патология мышления*: а) нарушение динамической стороны мышления; б) нарушение мотивационной стороны мышления; в) расстройства ассоциативного процесса; г) виды нарушений речи; д) расстройства суждений и умозаключений.

А. Нарушение динамической стороны мышления – скачка идей, ригидность мышления, ускорение и замедление мышления, патологическая обстоятельность (вязкость), олигофазия.

Скачка идей – наплыв мыслей, связанный с ускорением ассоциативного процесса, наиболее ярко выраженным в таком патологическом состоянии, как **ментизм**.

Ригидность мышления – инертность, негибкость мышления, когда трудно или невозможно переключиться на новый способ решения задачи.

Замедление (заторможенность) мышления – замедление темпа течения мыслительных процессов, уменьшением количества идей. Сами больные говорят о чувстве затруднения мышления, об ощущении своей интеллектуальной несостоятельности, жалуются, что у них «мало мыслей».

Обрыв мысли, или шперрунг – проявляется внезапной остановкой речи прежде, чем мысль завершена. После паузы, которая может продолжаться несколько секунд, реже минут, больной не может вспомнить, что говорил или хотел сказать.

Патологическая обстоятельность (вязкость) мышления – высокая детализация мышления и речи, при которой теряется основной смысл сказанного. Такие больные неспособны отделить главное от второстепенного, мысли и сведения излагаются не в логической, а пространственно-временной последовательности, начинаясь издалека и сопровождаясь повторами, остановками, и настолько медленным рассказом, что больные часто забывают, что именно они пытаются сказать.

Олигофазия – крайнее обеднение запаса слов.

Б) нарушение мотивационной стороны мышления – разноплановость, резонерство, эгоцентрическое мышление, аффективно обусловленное мышление

Разноплановость мышления – нарушение мышления, заключающаяся в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях.

Резонерство – склонность к «бесплодному мудрствованию», тенденция к многоречивым рассуждениям (например, испытуемый сравнивает птицу и самолет: «Сходство - крылья. Потому что рожденный ползать - летать не может. Человек тоже летает у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает, он дышит...» и т.д.).

Эгоцентрическое мышление – свойственно детям, как норма. У взрослых основные признаки эгоцентрического мышления таковы: 1) индивид убежден в том, что и другие люди представляют себе значение какого-либо явления точно так же, как и он сам; 2) индивид склонен приписывать окружающим те же мотивы поведения, какими руководствуется он сам; 3) понимание происходящего основано на принципе непосредственной очевидности, слабость абстрагирования; 4) неспособность индивида адекватно принимать точку зрения других людей, тенденция индивида приписывать окружающим собственные чувства, мысли и желания (проекция).

Аффективно «заряженное» (кататимное) мышление – мышление, протекающее преимущественно под влиянием аффектов, характеризующееся тем, что отдельные звенья мыслительного процесса соединяются не по объективным и логическим закономерностям, а по общей для них эмоциональной окраске.

В) Расстройства ассоциативного процесса: речевые стереотипии (персеверации и вербигерации), резонерство и метафизическая интоксикация, разорванность и бессвязность мышления (инкогерентность). Аутистическое, символическое и паралогическое мышление, феномен соскальзывания, неологизмы.

Персеверации – «застревание» в сознании человека одной какой-нибудь мысли или одного несложного представления и неоднократное и монотонное их повторение в ответ, например, на вопросы, которые не имеют к первоначальным совсем никакого отношения.

Вербигерации – беспрестанное стереотипное повторение одних и тех же слов или целых фраз и оборотов (**стереотипия речи**); при этом иногда совершенно бессмысленный набор слов или даже отдельных слогов повторяется с внешним сохранением характера осмысленной речи. Нередко удается установить, что бессмысленные выражения вербигерирующих больных являются извращением или нелепым сокращением первоначально имевшей смысл фразы.

Разорванность мышления – для обозначения этого типа расстройств мышления пользуются также термином «**бессвязность**», однако понятие бессвязности применяется в отношении расстройств мышления другого генеза – говорят о бессвязности маниакальной, аментивной (**инкогеренция мышления**). Термин «разорванность» используется для обозначения специфического обозначения процесса расщепления мышления при шизофрении, традиционно принятый в психиатрии со времен Е. Краепелина. Клинически она проявляется в неправильном, необычно-парадоксальном сочетании представлений. Отдельные понятия вне всякой логической связи нанизываются друг на друга, мысли текут вразброд. Разорванность мышления отражается в речи, поэтому говорят и о речевой разорванности. Разорванная речь лишена содержания, хотя вследствие сохранения грамматических связей между отдельными элементами фраз кажется внешне упорядоченной. Грамматический строй речи нарушается в тех случаях, когда разорванность достигает крайней степени выраженности.

Паралогичное мышление – при паралогическом мышлении факты и суждения консолидируются не на единой логической основе, а нанизываются друг на друга с особой предвзятостью. Факты, противоречащие изначальному ложному суждению или не согласующиеся с ним, не принимаются во внимание. Паралогичное мышление внешне напоминает софистические рассуждения.

Аутистическое мышление – преобладание в мышлении переживаний и идей, касающихся внутренней жизни, с активным уходом от решения проблем внешнего мира. Более тяжелые случаи полностью сводятся к грезам, в которых как бы проходит вся жизнь больных. По Е. Блейдеру, аутизм больных шизофрений напоминает мир сновидений наяву, со своими архаическими законами мышления, которые иногда можно встретить в мифологии, в народных суевериях и в других случаях, где мышление отклоняется от реального мира.

Символические мышление – расстройство мышления, при котором больной придает понятиям аллегорический смысл, совершенно не понятный другим, но имеющей для больного исключительное значение. Например, увидев санитаря в жёлтой рубашке, он утверждает: «Это – предатель, потому что жёлтый – цвет предательства!».

Соскальзывание мышления – правильно решая какое-либо задание и адекватно рассуждая о каком-либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации.

Агглютинация (контаминация) мышления – заключается в синтезе, комбинировании ("склеивании") разнородных понятийных элементов, в результате чего создаются речевые образы объектов, не соответствующие действительности.

Неологизмы – новое, изобретённое пациентом слово или словосочетание, вызванное определёнными нарушениями познавательной деятельности (сгущением понятий, символическим мышлением, патологией воображения).

Г) Виды нарушений речи: афазии, речевая аспонтанность, эхолалии, вычурная речь, резонерство (см. выше), неологизмы (см. выше), олигофазия (см. выше).

Афазия – это системное нарушение уже сформировавшейся речи, возникает при органических поражениях речевых отделов коры и «ближайшей подкорки» (А. Р. Лурия)

головного мозга в результате перенесенных травм, опухолей, инсультов, воспалительных процессов и при некоторых психических заболеваниях. Различают моторную, сенсорную, семантическую и амнестическую афазии.

Аспонтанность речевая – отсутствие побуждений к речевой деятельности.

Эхолалия – неконтролируемое автоматическое повторение слов, услышанных в чужой речи. Наблюдается у детей и взрослых при различных психических заболеваниях (шизофрении, аутизме, синдроме Ретта, синдроме Туретта, поражении лобных долей мозга), но иногда встречается у нормально развивающихся детей как один из ранних этапов развития и становления речи.

Вычурная речь – расстройство речи, при котором больной использует необычные, малопонятные, часто неподходящие по смыслу слова; сопровождается манерной жестикуляцией и гримасничаньем.

Д) Расстройства суждений и умозаключений: бред, сверхценные идеи, бредаподобные фантазии, примитивные суждения. Бредовые синдромы: паранойльный, параноидный, парафренный.

Бред – ложное суждение или умозаключение с характером убежденности, суждение которое полностью захватывает сознание, которое не корригируется, несмотря на явное противоречие с действительностью («непроницаемо для опыта» по Ясперсу). Бредовая идея, в отличие от других (сверхценных), является ядром симптомокомплекса, который прогрессирует, имеет динамику и сопровождается изменениями личности.

Методологически бред может быть рассмотрен с разных точек зрения.

- С позиций патопсихолога бред можно рассматривать как **расстройство ассоциативной деятельности или расстройство мышления.**

- Рассматривая бред феноменологически, мы видим в нем нечто радикально чуждое здоровому человеку, **болезненное переживание** – болезненное даже не в силу того, что оно ошибочно, а в силу того, что больной не в состоянии критически к нему отнестись и «овладеть» им; наоборот, данное переживание полностью захватывает индивида и при этом обязательно связано с каким-то коренным изменением самой личности. Исходя из психологически понятного контекста (герменевтическое толкование), мы можем понять, как бредовая убежденность освобождает человека от чего-то непереносимого, возможно, заполняет экзистенциальный вакуум в его душе.

- С точки зрения психологии творчества, бред можно рассматривать как **продукт духовной деятельности.** Вместе с появлением бредовой идеи у пациента рождается новое мировоззрение, бред создает новый мир для своего носителя.

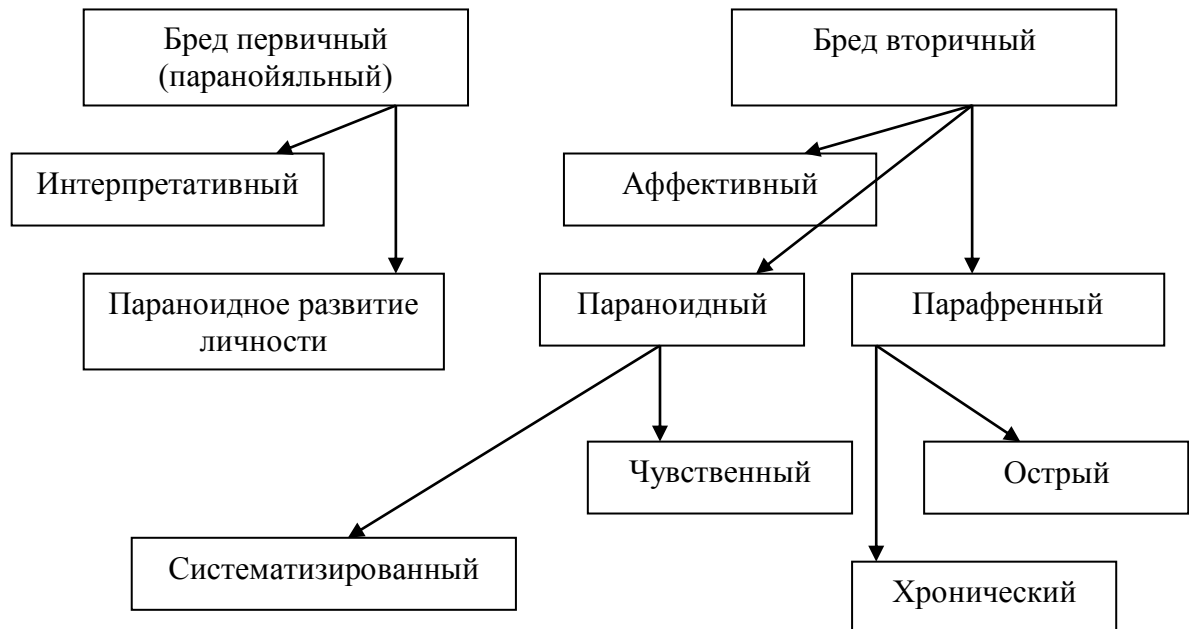
- Что касается нозологического (биографического) методологического аспекта, то бред можно понимать как **разрыв в нормальном жизненном развитии человека и его деятельности.**

Сверхценная идея – суждение, которое возникает в результате реальных обстоятельств, но сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением и преобладает в сознании над всеми остальными суждениями. Человека охватывает чрезмерная одержимость в достижении какой-либо цели.

Бредаподобные фантазии – истерических реакций, близких к мифомании. Вымыслы больных настолько нелепы и неправдоподобны, что приобретают сходство с бредовыми утверждениями, развиваются на фоне истерически суженного сознания.

Примитивное мышление – упрощенное, наивное мышление, напоминающее мышление ребенка; свидетельствует не столько о малоумии или слабоумии, сколько о личностном инфантилизме или личностной регрессии.

Синдромальная классификация бредовых идей



Классификация бредовых идей по содержанию

1. Бред, сосредоточенный на собственной личности:
 - а) бред преследования
 - б) бред отношения, интерпретативный бред
 - в) бред отравления
 - г) бред воздействия
2. Бред, сосредоточенный на внешнем мире:
 - а) бред об устройстве мира, бред реформаторства
 - б) апокалиптический бред
 - в) религиозный бред
3. Сопряжение противоположностей или бредовой конфликт, отчетливо представленный в манихейском бреде – объединяет внутри себя оба полюса: добро и зло, величие и униженность.
4. Конкретные виды бреда, различаемые по фабуле (см. ниже).
5. Формы параноидного отношения к окружающим, в основе которых лежит эгоцентрическое мышление. В этом случае бредовое содержание можно рассматривать как проекцию внутреннего мира пациента вовне. Как правило, при данной форме паранойи в болезненные переживания всегда «втягивается» другой субъект. Согласно Кречмеру, существуют следующие типы параноиков:
 - а) «параноики желания» - любовный бред, бред высокого происхождения;

- б) «параноики борьбы» - сутяжничество, кверуляństwo, борьба за справедливость, бред ревности;
- в) «сензитивные параноики» - бред отношения, ущерба.

Терминологическое толкование отдельных видов бреда и бредовых состояний
Абортивный бред – редуцированный, включающий отдельные бредовые идеи, кратковременный.

Бред альтруистический (бред мессианства)– содержит идею возложенной на больного высокой миссии политического или религиозного характера.

Бред антагонистический – разновидность систематизированного бреда, главным образом парафренного, отличающегося своеобразием сюжета (больные утверждают, что они находятся в центре противоборства неких антагонистических сил). Позиция больных по отношению к враждебным силам остается пассивной.

Бред апокалиптический (эсхатологический) – содержит идею гибели всего мира, всего живого, разрушения земного шара, гибели вселенной, столкновения планет и т.п.

Бред величия (мегаломанический, экспансивный) – характеризуется грандиозной переоценкой больным себя, своих психических и физических возможностей, своего положения в обществе.

Бред воздействия – характеризуется утверждениями больных о том, что их действия исходят от чужой воли, а тело и процессы, происходящие в нем, являются объектом воздействия, физического и (или) психического, других людей. Различают бред психического (влияние гипноза, телепатическое) и физического воздействия (лучей космических, лазерных и т.д.). Проявление **синдрома Кандинского-Клерамбо** – сложный психопатологический симптомокомплекс, включающий в себя: 1) псевдогаллюцинации; 2) синдром психического автоматизма; 3) бред воздействия. **Синдром психического автоматизма**, в свою очередь состоит из следующих феноменов: 1) идеаторный автоматизм – проявляется ощущением «вкладывания» чужих мыслей, явления открытости (ощущение, что собственные мысли становятся известны окружающим), ощущения звучания собственных мыслей, отнятия мыслей. Характерно также отчуждение собственных эмоций, когда у больного возникает чувство, что эмоции он испытывает не самостоятельно, а под влиянием посторонней силы («мною смеются», «мною печалются»); 2) сенестопатический автоматизм – сенестопатические ощущения, висцеральные галлюцинации и псевдогаллюцинации, которые переживаются как вызванные внешними силами (например, с помощью аппаратов, космических лучей, магических воздействий); 3) моторный (кинестетический автоматизм) – характеризуется наличием у больного ощущения, что любые движения, ходьба осуществляются не по его собственной воле, а опять же под влиянием внешних воздействий. Особым видом моторного психического автоматизма являются речедвигательные псевдогаллюцинации – ощущения, что движения языка, произнесение слов происходит помимо своей воли, под «внешним воздействием».

Бред вторичный – возникает при наличии в клинической картине играющей первостепенную роль психопатологической симптоматики (аффективные расстройства, галлюцинации, состояния нарушенного сознания) и как бы в связи с ней.

Бред высокого происхождения (иног происхождения, чужих родителей) – содержит идею происхождения от лиц, занимающих высокое положение в обществе. Обычно при этом истинным родителям отводится роль людей, в силу тех или иных обстоятельств вынужденных воспитывать больного и дать ему свое имя; нередко к ним со стороны больного проявляется враждебное отношение.

Бред галлюцинаторный – вариант вторичного бреда, возникающего при наличии в клинической картине выраженных и стойких галлюцинаций, чаще всего вербальных.

Бред двойника – характеризуется переживаниями наличия двойников больного, одного или нескольких лиц, ведущих совершенно независимую от него жизнь и нередко совершающих позорящие его действия.

Бред депрессивный – вариант вторичного аффективного бреда, наблюдающийся при депрессивных состояниях. Характерны отрицательная эмоциональная окраска, пессимистические установки, идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности, обнищания, ипохондрический (см. ниже).

Бред дерматозойный (синдром Экбома) – вариант бреда одержимости животными с локализацией болезненных переживаний в коже или под кожей. Часто сочетается с хроническим тактильным галлюцинозом.

Бред дисморфоманический – бред физического недостатка, уродства.

Бред изобретательства – содержит идею совершения больным грандиозного по значению изобретения, научного открытия, которое в корне изменит образ жизни всего человечества. Чаще всего это паранойяльный или парафренный бред, в котором и в настоящее время фигурирует изобретение вечного двигателя, создание универсальных законов ("закон буквы", "закон числа", "закон затягивания-оттягивания" и т.п.).

Бред индуцированный – по содержанию сходен с бредом проживающего вместе с индуцируемым психически больного, чаще его близкого родственника, обычно пользующегося у него большим авторитетом и, как правило, интеллектуально превосходящего его.

Бред инсценировки – характеризуется переживаниями больного, в которых все происходящее вокруг него представляется специально организованной инсценировкой, преследующей особые, небезразличные для него цели.

Бред интерметаморфозы (метаболический) – один из вариантов ложных узнаваний (см. ниже). Больные утверждают, что ряд лиц способны принимать физический и моральный, духовный облик других людей.

Син.: Б. метаболический.

Бред интерпретативный – систематизированный первичный бред, в построении которого основную роль играют интерпретация реальных фактов, основная на «кривой, но все-таки логике». Всегда кажется обоснованным, менее нелеп и не так резко противоречит действительности, как другие формы бреда. Характерен для параноических развития, наблюдающихся преимущественно в рамках психопатий.

Бред ипохондрический – характеризуется переживаниями наличия у больного тяжелого и неизлечимого заболевания, чаще всего соматического. Нередко сочетается с сенестопатиями.

Бред кататимный – вторичный аффективный бред, в котором определенную роль играет содержание чувственно окрашенного, депрессивного комплекса представлений.

Типичный пример - сенситивный бред отношения Кречмера.

Бред кверулянтства – см. бред сутяжничества.

Бред конфабуляторный – характеризуется большой ролью конфабуляций (ложных воспоминаний). Чаще всего это образные, фантастические переживания в рамках парафренного бредообразования. Наиболее характерен для инволюционной парафрении.

Бред Котара – нигилистически-ипохондрический бред в сочетании с идеями громадности. Наиболее часто встречается при инволюционной меланхолии. Различают два варианта: 1) ипохондрический – характеризуется сочетанием тревожно-меланхолического аффекта с нигилистически-ипохондрическим бредом; 2) депрессивный – характеризуется тревожной меланхолией с преобладанием депрессивных бредовых идей и идей отрицания внешнего мира мегаломанического характера.

Бред любовный (эротоманический) – характеризуются идеями величия и эротоманической направленностью бредовых переживаний (влюбленность в больного какого-либо лица).

Бред малого размаха (житейских отношений) – бредовые идеи ущерба, преследования, отравления, распространяемые преимущественно на лиц из ближайшего окружения больного – проживающих с ним вместе родственников, соседей. Наблюдается обычно при психозах позднего возраста.

Бред манихейский – вариант бреда антагонистического, при котором речь идет о противоборстве, в соответствии с концепцией манихеизма, двух руководящих миром и противостоящих друг другу сил - добра и зла, бога света и бога тьмы.

Бред метаморфозы – вариант бреда воздействия, фабула которого сводится к превращению больного в результате внешнего воздействия в какое-либо животное или неодушевленный предмет.

Бред нигилистический – см. бред Котара.

Бред образный – характеризуется наплывом разрозненных, отрывочных представлений, непоследовательных и нестойких, представлений (фантазий, грез), сопровождающихся тревогой, страхом, состояниями экстаза или растерянности.

Бред овладения – вариант бреда преследования и воздействия, при котором больной становится объектом манипуляций в руках преследователей, подчиняющих его своей воле, заставляющих совершать те или иные поступки, даже вопреки его желанию, навязывающих ему определенные мысли, переживания, память и т.д. Проявление синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо.

Бред одержимости – отражает переживания о вселении в тело больного каких-либо живых существ, нередко фантастических, нечистой силы. Является проявлением синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо.

Бред особого значения – близок к бреду отношения. Больные придают особый смысл словам и поступкам окружающих. Отношение к больному окружающих обычно выражено в замаскированной, символической форме, с помощью иносказательных знаков (слов, действий, предметов, имеющих особый смысл).

Бред отравления – характеризуется идеей о применении по отношению к больному ядовитых веществ, о добавлении их в пищу, воду, о распылении их в воздухе с целью нанесения вреда здоровью больного или его убийства.

Бред персекutoryный – см. бред преследования.

Бред преследования – характеризуется тенденцией больного видеть направленное против него преследование со стороны других людей. При этом часты аффекты тревоги и страха. Нередко сочетается со слуховыми галлюцинациями. Может быть как отрывочным, так и систематизированным.

Бред ревности – супружеской неверности, всегда в связи с причиняемым больному моральным и материальным ущербом. Чаще является систематизированным. Наблюдается в рамках параноического развития, при алкоголизме.

Бред резидуальный – возникает в связи с перенесенным психотическим состоянием на фоне внешней нормализации поведения. Содержит фрагменты прежних болезненных переживаний.

Бред реформаторства – вариант бреда величия, характеризующийся идеями коренного переустройства жизни страны, мира – политического, экономического, религиозного. Как правило, является систематизированным.

Бред самообвинения (самоуничтожения, греховности) – один из наиболее типичных вариантов депрессивного бреда. Характерно приписывание больным себе якобы совершенных им в прошлом или совершаемых в настоящее время поступков, наносящих большой вред окружающим, губительных для них. Переживание больным идеи собственной ничтожности - физической, психической, моральной. Нередко является мотивом суицидального поведения. Часто больной жаждет наказания за эти поступки. Сама депрессия больным психологически нередко выводится из идей самообвинения.

Бред сензитивный отношения – бредообразование, в основе которого лежит повышенная личностная чувствительность больного к окружающим

Бред систематизированный – характеризуется наличием определенной бредовой системы. Отдельные бредовые построения взаимосвязаны. Нарушено преимущественно абстрактное познание окружающего мира, искажено восприятие внутренних связей между различными явлениями, событиями. Может быть как бред паранойальный, так и параноидный.

Бред сутяжничества (кверулянтства) – характеризуется упорной борьбой по отстаиванию своих якобы поправных прав. При этом больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества представляющих им важных документов.

Бред чувственный – несистематизированный, отрывочный бред. Чаще всего проявляется в болезненном восприятии тех или иных факторов окружающей действительности. В его основе лежит нарушение чувственного познания, непосредственного отражения предметов и явлений окружающего мира.

▪ *Навязчивые явления* – неадекватные или даже абсурдные и субъективно тягостные мысли, представления, побуждения, страхи и действия, возникающие помимо или вопреки воле пациентов, при этом значительная часть из них осознаёт их болезненную природу и нередко пытается им противодействовать. Основные признаки: 1) аутохтонный, то есть неконтролируемый, принудительный характер возникновения; 2) чуждость содержания навязчивых переживания тому, что пациент считает присущим его собственному Я; 3) стереотипный характер навязчивых переживаний; 4) критическое отношение, сознание не только неадекватности, но и болезненной природы навязчивых явлений.

Виды навязчивых явлений.

1. Отвлеченная навязчивость или умственная жвачка.
2. Образная или чувственная навязчивость: навязчивые воспоминания (неприятного содержания), контрастные представления, овладевающие представления (на высоте которых исчезает критики, в чем проявляется сходство с бредом), навязчивые сомнения и опасения, навязчивая проверка.
3. Навязчивые влечения (контрастные, хульные) и обсессии.
4. Навязчивые страхи – фобии и навязчивые страхи в успешном выполнении физиологического акта (страх полового бессилия, страх подавиться и др.).
5. Навязчивые действия – гиперкинезы, тики и ритуалы, а также привычные действия (жесты-привычки, слова-паразиты).

Терминологическое толкование отдельных видов навязчивостей

Обсессии – навязчивые мысли, беспрестанное повторение нежелательных, нередко тягостных мыслей, представлений и влечений, от которых нельзя избавиться усилием воли. Всегда есть ощущение их насильственности. Содержание навязчивых мыслей неприемлемо для больного или бессмысленно, поэтому он пытается бороться с ними. В этом принципиальное отличие навязчивостей от сверхценных идей и бреда.

Навязчивые влечения – неадекватные, нередко пугающие пациентов своей абсурдностью и бессистемно повторяющиеся интенсивные побуждения, которые возникают внезапно, на относительно короткое время и которые большей частью не реализуются в силу сохранившейся способности большинства пациентов осознавать их противоестественность и готовность им противостоять. Так, у матери появляется «сумасшедшее желание» взять свою девочку за ноги и размозжить ей голову об угол дома. Появление навязчивых влечений сопровождается тревогой, страхом сумасшествия и боязнью на самом деле совершить нечто совершенно неприемлемое сознанию пациентов.

Навязчивые страхи – фобии. Наиболее распространенные фобии: **клаустрофобия** – страх замкнутых пространств; **мизофобия** – страх загрязнения, заражения; **агорафобия** – боязнь открытых пространств; **оксифобия** – страх острых предметов; страх заболевания (**нозофобия, спидофобия, кардиофобия, канцерофобия** и т.д.), **эритрофобия** – страх покраснеть на людях и многие другие.

Навязчивые действия – стереотипные, повторяющиеся, внешне бессмысленные действия, которые нередко имеют вид ритуала. Существуют четыре основных вида таких действий: 1) очищение (чаще всего мытье); 2) проверка (сочетающаяся с навязчивыми сомнениями); 3) совершение действий в определенной последовательности, при нарушении которой действие вновь повторяется; 4) счет (нередко - в виде перечисления предметов и вслух). Забавная детская считалка ("царь, царевич, король, королевич...") для больного с навязчивым счетом может стать настоящим мучением. Навязчивый счет в одних случаях представляет собой навязчивую мысль (счет про себя), в других - навязчивое действие (счет вслух, например в такт дыханию).

В навязчивом действии есть субъективный компонент – влечение, или **компульсия**, и объективный – **ритуал** (вызванные влечением реальные действия, которые могут быть как заметны, так и незаметны для окружающих, например счет в такт дыханию). Выполнение ритуала сопровождается некоторым облегчением состояния.

I. Контрольные вопросы

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

1. Методы исследования мышления, оценка диалоговой речи (дискурсивная оценка).
2. Патологическая обстоятельность мышления (вязкость), олигофазия.
3. Расстройства речи: афазия, мутизм, эхолалия, неологизм.
4. Нарушение мотивационной стороны мышления: разноплановость, резонерство, эгоцентрическое, аффективно обусловленное мышление.
5. Разорванность и бессвязность мышления. Шперрунг. Мыслительный «застой».
6. Ускорение темпа мышления, скачка идей, ментизм, «соскальзывание» мыслей.
7. Понятие бредовой идеи, психологический и клинический подход к определению бреда.
8. Понятие сверхценной идеи, отличие от бредовой.
9. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо), его структура.
10. Психический (субъективный автоматизм), его виды.
11. Паранойяльный синдром, виды,
12. Параноидный синдром. Основные виды бреда.
13. Систематизированный бред, дайте описание.
14. Ипохондрический, нигилистический бред, бред Котара. Основные различия.
15. Депрессивный бред.
16. Парафренный синдромы. Острая и хроническая парафрения.
17. Бред инсценировки, метаморфозы.
18. Определение навязчивостей, их классификация.
19. Обсессии и компульсии, определите разницу.
20. Основные отличительные особенности навязчивой идеи от бредовой и сверхценной.
21. Фобии, дайте определение, приведите примеры.
22. Контрастные влечения.
23. Навязчивые действия, основные виды.
24. Клинический образ больного с бредом преследования (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная

- активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
25. Клинический образ больного с бредом воздействия (внешний облик, жалобы, речевая активность, поведение, сон, аппетит, трудовая активность).
 26. Клинический образ больного с ипохондрическим и нигилистическим бредом (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 27. Клинический образ больного с депрессивным бредом (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 28. Клинический образ больного с бредом Котара (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 29. Клинический образ больного с паранойяльным бредом ревности (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 30. Клинический образ больного с паранойяльным бредом сутяжничества и кверулянтства (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).

Дополнительно для педиатров

31. Навязчивые явления в детском возрасте, отличие от тиков и гиперкинезов.

II. Тестовые задания по теме № 4 «Расстройства мышления и речи. Бредовые состояния. Навязчивые явления»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

Синдрому интерпретативного бреда (бреда толкования) чаще всего свойственны следующие признаки:

1. Превращение бредовых идей в постоянное воззрение
2. Наличие непрерывной внутренней работы над содержанием и систематизацией бреда
3. Болезненный характер идей
4. Преобладание образно-чувственных представлений

№ 2

К нарушениям темпа мыслительной деятельности относится все перечисленное ниже, кроме:

1. Ментизм
2. Брадипсихизм
3. Резонерство
4. Вязкость мышления

Примеры тестовых заданий второго уровня:

№ 1

Больной много говорит, ассоциации поверхностные, легко отвлекается, из-за этого не всегда можно получить ответ на вопрос, часто меняет тему, не успев закончить прежнюю мысль. Речь идет об одном из ниже следующих состояний:

1. Ускорение мышления
2. Разорванность мышления
3. Ментизм
4. Резонерство

№ 2

Больной подавлен, замкнут, молчалив, на вопросы отвечает односложно, с продолжительными паузами между фразами. Речь идет об одном из ниже следующих состояний:

1. Мутизм
2. Аутистическое мышление
3. Обстоятельность мышления
4. Заторможенность мышления

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме. Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп.//гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
4. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс», 2008. - 96 с.

Дополнительная:

5. Медицинская психология: Методическое руководство для студентов // Букановская Т.И.- Владикавказ, 1992. – 85 с.
6. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
7. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

Занятие № 4

План занятия

1. Разбор темы № 5 «**Аффективные и волевые расстройства**» (1 час)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 5 (1 час)
4. Разбор темы № 6 «**Двигательные расстройства**» (1 час)
5. Контрольные задания для усвоения темы № 3 (1 час)
6. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)

ТЕМА № 5: «Аффективные и волевые расстройства»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• основные виды эмоциональных реакций; • основные эмоциональные синдромы; • патологию мотиваций и воли; • патологические влечения, виды	• распознавать патологию эмоциональной сферы (депрессию, тревогу, манию) • распознавать патологию влечений; • оказать первую помощь при тревожно-депрессивных состояниях	• приемами расспроса больного с расстройствами эмоциональной сферы; • психотерапевтическими приемами беседы с суицидоопасными больными • описанием психического состояния больного с аффективной патологией

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ Структура эмоциональной сферы.

Базовые или фундаментальные эмоции (по Изарду К.): интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина.

Интерес – эмоция интереса, прежде всего, связана с определенной стимуляцией индивида и его определенной степенью возбуждения. В. Джемс одним из первых привлек внимание к тому факту, что некий селективный процесс постоянно управляет восприятием и вниманием, для обозначения этого процесса Джемс использовал термин «интерес-возбуждение». И.П. Павлов это же явление называл ориентировочным рефлексом или рефлексом «что такое?». Значение интереса заключается в обеспечении познавательного поведения. Интерес – это единственная мотивация, которая может поддерживать повседневную работу нормальным образом, которая позволяет индивиду сохранять постоянное внимание, которая усиливается неспецифическими влияниями ретикулярной формации.

Радость – это не то же самое, что чувство сенсорного удовольствия, и не то же самое, что веселье (веселье может носить болезненный характер, например, в гневливой форме маниакального состояния). В своей наиболее значимой форме радость – это то, что *вдруг*

ощущается после какого-либо социально значимого действия, которое производилось вовсе не для достижения радости или получения пользы. Радость характеризуется чувством уверенности и значительности, чувством, что ты любишь и любим. Уверенность и личная значимость дают человеку ощущение способности справиться с трудностями. Радость сопровождается, хотя и кратковременной, самоудовлетворенностью, удовлетворенностью окружающими людьми и миром. С позиции нейрофизиологии радость возникает в результате резкого уменьшения градиента нервной стимуляции. Биологическое и эволюционное значение радости заключается в том, что она, во-первых, облегчает и усиливает социальные связи. Во-вторых, радость предрасполагает к освобождению от негативной стимуляции. В-третьих, поскольку радость может происходить из уменьшения боли, напряженных потребностных состояний и негативных эмоций, она облегчает привязанность к объектам, которые помогли эти неприятные переживания уменьшить.

Удивление – порождается резким увеличением нервной стимуляции. Внешней причиной удивления является внезапное и неожиданное событие. В момент удивления отсутствуют мысли, как будто обычные мыслительные процессы остановлены. Чаще всего ситуация удивления характеризуется высокой расположенностью к объекту и является такой же приятной, как при интересе. Однако, импульсивность и напряженность при этом гораздо выше, что в нейрофизиологическом отношении делает удивление похожим на испуг и страх. В отличие от интереса, удивление не мотивирует поведение. Функция удивления в том, что эта эмоция подготавливает индивида к успешным действиям с новым или внезапным событием. С эволюционной точки зрения неспособность существа изменять мотивационную установку после внезапного появления незнакомого объекта могла бы поставить его жизнь под угрозу.

Горе – это реакция на любую значимую потерю - любимого человека, ролевой позиции, смысла жизни. **Страдание** – это глубинный аффект, который возникает как результат продолжительного воздействия чрезмерного уровня стимуляции (холода, боли, шума, жары, света и пр.). Отчуждение, физическое или психологическое, остается на протяжении всей жизни одной из основных причин страдания и горя.

Гнев – это эмоция с высоким уровнем плотности, уровень нейронной активации высок и постоянен. При гневе кровь «кипит», лицо горит, мышцы напряжены. Человек ощущает свою силу и испытывает агрессию по отношению к источнику гнева. Чем сильнее гнев, тем больше потребность в физическом действии. В ярости мобилизация энергии столь велика, что человек чувствует, что он взорвется, если не проявит свой гнев. Гнев приводит к агрессии и сопровождается деструктивным поведением.

Отвращение и презрение – менее сильные враждебные эмоции, при которых объект гнева захватывает внимание значительно слабее. Презрение – основная эмоция во всех видах предрассудков, включая расовые; это холодная эмоция, деперсонализирующая индивида.

Страх – на нейрофизиологическом уровне страх вызывается довольно быстрым возрастанием нейронной активности. Наиболее неожиданные и резкие возрастания в интенсивности нейронной стимуляции активируют удивление или испуг, меньшее возрастание приводит к страху, еще менее резкое – к интересу.

Факторы, вызывающие страх

Внешние события и процессы.

Влечения, потребности и гомеостатические процессы как причины страха.

Другие эмоции как причины страха (например, гнев-агрессия).

Стыд – Дарвин одним из первых отметил, что при эмоции стыда человек испытывает повышенное чувство самосознания, самопонимания и самоконтроля. При стыде все сознание человека заполняется им самим. Как будто что-то, что он глубоко скрывал от посторонних глаз, неожиданно оказалось выставленным на всеобщее обозрение. В то же

время чувствуется общая несостоятельность, некомпетентность. Люди забывают слова, делают неверные движения. Человек чувствует себя будто нагим, отвергнутым, потерявшим достоинство. При переживании стыда присутствует ощущение беспомощности, неадекватности и даже остановки потока сознания. Взрослый человек чувствует себя ребенком, слабость которого выставляется на всеобщее обозрение.

Вина, в отличие от стыда, связана, прежде всего, с осуждением своего поступка самим индивидом, независимо от того, как к этому поступку отнеслись окружающие. Вина возникает в ситуациях, когда человек чувствует личную ответственность. В то время как стыд временно одурманивает мышление человека, вина стимулирует огромное количество мыслей, говорящих об озабоченности совершенной ошибкой. Фрейд интерпретировал вину как тип моральной тревоги.

Компоненты эмоциональных проявлений: 1) субъективный (внутренний) 2) объективный – психомоторный (жесты, мимика, поза); 3) объективный – соматовегетативный или нейрофизиологический.

Нейрофизиологии эмоций:

Некоторые эмоции вызываются экспериментальным путем при раздражении некоторых отделов лимбической системы мозга (круг Пейпса). В проявлении эмоций одну из немаловажных ролей играют ядра гиппокампа, гипо таламуса, миндалевидное ядро, амигдала, передняя часть поясной извилины, обонятельная луковица.

Лимбическая система содержит значительное количество биологически активных веществ, относящихся к группе биогенных аминов, энкефалинов и эндорфинов, имеющих значение в переживании эмоций. Только в структурах лимбической системы обнаружены рецепторы, которые воспринимают действие эндорфинов, - опиатные рецепторы.

Эмоции сопровождаются физиологическими (сомато-вегетативными) проявлениями, которые можно наблюдать как визуально, так и зафиксировать экспериментальным путем.

▪ **Патология эмоциональной сферы** проявляется в виде аффективных патологических **эмоциональных реакций** и в виде патологических **эмоциональных состояний**.

К аффективным патологическим реакциям относятся следующие:

1. Повышенная эмоциональная возбудимость, лежащая в основе аффекта, и обуславливающая такие эмоциональные проявления, как раздражительность, гневливость, вспыльчивость.
2. Слабодушие или аффективное недержание – снижение силы и глубины чувств при том, что внешне наблюдается легкость проявления эмоций (смех и слезы по любому незначительному поводу).
3. Эмоциональная неустойчивость – частая смена настроения, связанная с общей незрелостью личности. Эмоциональная стабильность определяется общими свойствами ЦНС - силой и подвижностью нервных процессов, и свидетельствует, как показали последние исследования, прежде всего, о генетической устойчивости.
4. Эмоциональная неадекватность связана с качественно неадекватным эмоциональным ответом – неадекватным с точки зрения социума. Симптом эмоциональной неадекватности свидетельствует собственно не о патологии эмоциональной сферы, а о патологии личности и межличностных отношений.

К аффективным патологическим состояниям (аффективным синдромам) относятся:

1. Маниакальный
2. Депрессивный

3. Тревожный
4. Апатобулический
5. Дисфорический

Депрессивный синдром						Маниакальный синдром			
Тоска, печаль, ангедония	Заторможенность двигательная	Заторможенность идеаторная	Суицидальное поведение	Идеи самообвинения	Соматические расстройства	Гипертимия, эйфория, злобность	Двигательная расторможенность	Ускорение ассоциаций	Идеи величия

Тревожный синдром			Апатобулический			Дисфорический синдром		
Страх, тревога, опасения	Двигательное возбуждение	Соматовегетативные проявления	Апатия, бесчувственность	Снижение инициативы, абulia	Апродуктивность	Злобность, тоска	Идеи отношения, враждебность	Деструктивное поведение

Аффект – сильное, быстро возникающее и бурно протекающее психическое состояние, характеризующееся сильным и глубоким переживанием, ярким внешним проявлением, сужением сознания и снижением самоконтроля; обычно возникает в связи травмирующей ситуацией, в которой субъект считается невменяемым или ограниченно вменяемым.

Аффект патологический – сильная, быстро возникающая и бурно протекающая эмоциональная реакция, сопровождающаяся сужением сознания и снижением самоконтроля и возникающая на болезненной почве.

▪ *Патология влечений.*

Структура мотивационной сферы:

Потребности низшие	→	Тенденция, таксис	→	Влечения	→	Поведение
Потребности высшие	→	Стремление, установка	→	Желания	→	Воля

Классификация потребностей (по Маслоу А.)

Высшие потребности
(потребности роста)

- (5) **Потребности самоактуализации:** реализация собственных возможностей и способностей, потребности в понимании и осмысливании.

- | | |
|----------------------------|---|
| | (4) Потребности самоуважения: потребность в достижении, в признании, одобрении. |
| | (3) Потребности в социальных связях: потребность в любви, нежности, социальной присоединенности, идентификации. |
| Низшие потребности (нужды) | (2) Потребности в безопасности: безопасность и защита от боли, страха, гнева, неустroенности. |
| | (1) Физиологические потребности: голод, жажда, сексуальность и др., в той мере в какой они обладают гомеостатичной природой. |

Абулия (гипобулия) – угасание вплоть до полного желаний и влечений, в целом рассматривается как патология воли.

Гипербулия – усиление интенсивности влечений, а также побуждений и [МОТИВОВ](#) к определенному виду поведения.

Парабулия – болезненное расстройство влечений в сторону их извращения с изменением их существа. Примером парабулии является навязчивое и неодолимое влечение к поеданию несъедобных веществ. Парабулии в сексуальной сфере обозначаются как **перверсии и парафилии**.

I. Контрольные вопросы

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

1. Основные симптомы эмоциональных расстройств (эмоциональная возбудимость, неустойчивость, неадекватность и слабодушие), характеристика.
2. Основные синдромы эмоциональных расстройств (мания, эйфория, гипотимия, дисфория, апатия), характеристика.
3. Методы исследования эмоциональной сферы.
4. Симптоматика маниакального синдрома (маниакальная триада), отличие от кататонного возбуждения.
5. Депрессивный синдром (депрессивная триада), соматические признаки депрессии.
6. Расстройства поведения и воли (негативизм, амбивалентность, абулия, импульсивность, аспонтанность).
7. Социально опасное поведение лиц с расстройствами влечений.
8. Суицидоопасные состояния, возможные причины.
9. Апатико-абулический синдром.
10. Понятие аффекта – физиологического и патологического.
11. Эмоционально-шоковые состояния.
12. Навязчивые явления, основные виды. Отличие от сверхценных и бредовых идей.
13. Обсессивные и компульсивные влечения, определение. Основные виды патологических влечений.
14. Как выглядит пациент с проявлениями эмоциональной возбудимости и эмоциональной неустойчивости (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения)?
15. Клинический образ больного с проявлениями патологического благодушия и эмоционального слабодушия (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве,

- доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения)?
16. Клинический образ больного с классической витальной (тоскливой) депрессией (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 17. Клинический образ больного с тревожно-ажитированной депрессией (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 18. Клинический образ больного с хронической депрессией или дистимией (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 19. Клинический образ больного в маниакальном состоянии (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 20. Как выглядит больной в состоянии тревожного аффекта (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 21. Клинический образ больного с фобическим синдромом (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 22. Клинический образ больного с навязчивой мыслительной активностью (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 23. Клинический образ больного с навязчивыми представлениями (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 24. Клинический образ больного с навязчивыми действиями и ритуалами (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).
 25. Клинический образ больного с навязчивыми влечениями (жалобы, поведение в терапевтическом пространстве, доступность контакту, речевая и двигательная активность, мимика и другие проявления психомоторики, физиологические нарушения).

Дополнительно для педиатров

- Особенности депрессии в детском и подростковом возрасте – соматическая «маска» депрессии.
- Особенности депрессии в детском и подростковом возрасте – поведенческая «маска» депрессии.

II. Тестовые задания по теме № 5 «Аффективные и волевые расстройства»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

Классическая депрессивная триада характеризуется следующими признаками:

1. Тревогой, двигательным беспокойством, нарушением функции внимания и памяти
2. Тоскливым аффектом, психомоторным возбуждением, суицидальными тенденциями
3. Безразличием, двигательной аспонтанностью, интеллектуальной апродуктивностью
4. Гипотимией, двигательной заторможенностью, идеаторной заторможенностью

№ 2

Каждая эмоциональная реакция включает в себя:

1. Субъективный компонент (переживание) и поведенческий компонент.
2. Субъективный компонент (переживание), двигательно-выразительный компонент и физический компонент.
3. Субъективный компонент (переживание) и перцепторный компонент (восприятие).
4. Субъективный компонент (переживание), мимический компонент и интеллектуальный компонент.

Примеры тестовых заданий второго уровня включают:

№ 1

Взрывчатость, эксплозивность аффективных реакций характерна для одного из следующих личностных расстройств:

1. Шизоидное расстройство личности
2. Параноидное расстройство личности
3. Аффективно-неустойчивое (эпилептоидное) расстройство личности
4. Истерическое расстройство личности

№ 2

Больным с депрессивным синдромом нередко требуются обязательная госпитализация в психиатрический стационар, по следующей причине:

1. Сильная душевная боль (витальная тоска)
2. Снижение работоспособности
3. Идеи самообвинения, чувство вины
4. Похудание

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп./гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
4. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс», 2008. - 96 с.

Дополнительная:

5. Изард К. Психология эмоций/Перев. с англ. - СПб.: Издательство «Питер», 1999, - 464 с.
6. Медицинская психология: Методическое руководство для студентов // Букановская Т.И.- Владикавказ, 1992. – 85 с.
7. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
8. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

9. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. – М.: Практика, 1997.

ТЕМА № 6: «Двигательные расстройства»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• разницу между патологией воли и расстройством психомоторики; • основные расстройства психомоторики; • причины и виды психомоторного возбуждения	• дифференцировать патологию психомоторной сферы от неврологических нарушений • установить причины психомоторного возбуждения; • оказать первую помощь при психомоторном возбуждении	• приемами описания двигательных нарушений; • способами купирования психомоторного возбуждения, включая применение допустимых мер стеснения

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Психомоторика, определение.* Психомоторика – это процесс, обобщающий психику с ее выражением – мышечным движением. Субъективные явления психики объективно проявляются в основном в движениях, которые большей частью носят немотивированный, полусознательный, слабоконтролируемый характер (поза, мимика, речь, жестикуляция), но именно в силу этих проявлений психомоторики мы можем судить об истинном состоянии психических актов.

▪ *Расстройства психомоторики* всегда отражают расстройства психических процессов, т.е. в проявлениях двигательного расстройства можно увидеть элемент субъективизма, а, значит, элемент функциональности, что отличает психомоторное расстройство от схожей неврологической патологии. Например, мышечная скованность при болезни Паркинсона носит характер стабильного неврологического симптома, который никак не связан с душевным состоянием неврологического пациента, и, наоборот, мышечная скованность при кататонии выглядит именно как психическая скованность, часто сопровождается негативизмом, может спонтанно прекращаться и трансформироваться в расторможенность кататонического возбуждения.

Кататонический синдром - психопатологический синдром, основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства. Впервые кататония описана Кальбаумом (1874) как самостоятельное психическое заболевание, впоследствии Крепелином отнесена к шизофрении. В структуре кататонического синдрома выделяют кататоническое возбуждение и кататонический ступор.

Выделяют три формы **кататонического возбуждения**:

1. Патетическое кататоническое возбуждение характеризуется постепенным развитием, умеренным двигательным и речевым возбуждением. В речи много пафоса, может отмечаться эхолалия. Настроение повышенное, но имеет характер не гипертимии, а экзальтации, периодически отмечается беспричинный смех. Возможны импульсивные действия. Расстройств сознания не возникает.

2. Импульсивное кататоническое возбуждение развивается остро, действия стремительные, часто жестокие и разрушительные, носят общественно опасный характер. Речь состоит из отдельных фраз или слов, характерны **эхолалия и эхопраксия** (неконтролируемое автоматическое повторение слов и действий других лиц), **персеверации**. При предельной выраженности данного вида кататонического возбуждения движения хаотичные, могут приобретать хореоформный характер. Больные также склонны к самоповреждениям.
3. Немое (безмолвное) возбуждение – хаотическое, бессмысленное, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений

Кататонический ступор характеризуется двигательной заторможенностью, молчанием, мышечной гипертонией. В скованном состоянии больные могут находиться в течение нескольких недель и даже месяцев. Нарушены все виды деятельности, в том числе инстинктивная. Различают три вида кататонического ступора:

1. Ступор с восковой гибкостью (**каталептический ступор**) характеризуется застыванием больного на длительное время в принятой им или приданной ему позе, даже очень неудобной. Не реагируя на громкую речь, могут отвечать на тихую шепотную речь, спонтанно растормаживаться в условиях ночной тишины, становясь доступными контакту.
2. **Негативистический ступор** характеризуется, наряду с двигательной заторможенностью, постоянным противодействием больного любым попыткам изменить его позу.
3. **Ступор с оцепенением** характеризуется наибольшей выраженностью двигательной заторможенности. Больные принимают и подолгу сохраняют эмбриопозу, может наблюдаться симптом воздушной подушки.
4. **Онейроидная кататония** – ступор с помрачением сознания в виде онейроида.

▪ *Другие виды психомоторного возбуждения*, которые следует дифференцировать от кататонического возбуждения.

Маниакальное возбуждение – менее выраженное, больше носит характер деловитой суетливости

Ажитированная депрессия – всегда присутствует компонент витальной тоски

Эпилептиформное возбуждение – начинается внезапно, часто связана с припадками и является их эквивалентом

Истерическое возбуждение – носит характер театрализованного представления, связана с психотравмирующей ситуацией или входит в структуру шантажного поведения

Гебефреническое возбуждение (поведение) – психопатологический синдром, характеризующийся наличием в поведении выраженных черт детскости, дурашливости. Впервые гебефрения описана Геккером (1878) как самостоятельное психическое заболевание, впоследствии отнесена Крепелином к шизофрении. О. В. Кербиковым (1949) выделена триада гебефренического синдрома:

- «гимнастические» сокращения лицевой мускулатуры, гримасничанье;
- безмотивные действия, поступки, не являющиеся ни импульсивными, ни обусловленными патологическими мотивами, носящие характер простой расторможенности действий;
- непродуктивная эйфория, бессодержательно-веселое настроение.

I. Контрольные вопросы

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

1. Расстройства психомоторики в проявлении мимических реакций (амимия, парамимия).

2. Кататонное возбуждение, отличие от маниакального возбуждения.
3. Гебефреническое и импульсивное возбуждение, определение.
4. Виды кататонического ступора.
5. Отличительные признаки каталепсии от нарколепсии.
6. Какие технические приемы (манипуляции) необходимо провести с больным, чтобы установить наличие каталепсии?
7. Понятие люцидной кататонии.
8. Неврологические симптомы при кататоническом ступоре.
9. Сомато-вегетативные расстройства при кататоническом ступоре.
10. Соматические осложнения кататонического ступора.
11. Психомоторное возбуждение, виды, отличие от кататонического возбуждения.
12. Понятие двигательной расторможенности, отличие от кататонического возбуждения.
13. Двигательные стереотипии (поведенческие и речевые).

II. Тестовые задания по теме № 6 «Двигательные расстройства»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

Основным признаком кататонического ступора является:

1. Выраженный депрессивный аффект
2. Длительное сохранение одной и той же позы
3. Неподвижный взгляд, амимия
4. Нарушение сознания

№ 2

Основным клиническим признаком кататонического возбуждения является следующее:

1. Поведение, характеризующееся дурашливостью
2. Поведение, характеризующееся демонстративностью и нарочитостью
3. Поведение, носящее бесцельно хаотический характер
4. Поведение, отличающееся агрессивностью

Примеры тестовых заданий второго уровня:

№ 1

Санитарка взяла у больного испачканную подушку. Больной продолжает лежать, приподняв над кроватью верхнюю часть тела. Речь идет об одном из следующих состояний:

1. Каталепсия
2. Активный негативизм
3. Пассивный негативизм
4. Пассивная (автоматическая) подчиняемость

№ 2

Больной целый день прохаживается по коридору, не выполняет требование санитара лечь в постель во время «тихого часа», не ест предложенную ему пищу, не отвечает на вопросы врача. Речь идет об одном из следующих состояний:

1. Дисфорическое состояние
2. Активный негативизм
3. Бредовое состояние
4. Пассивный негативизм

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп.//гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
4. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс», 2008. - 96 с.

Дополнительная:

5. Медицинская психология: Методическое руководство для студентов // Букановская Т.И.- Владикавказ, 1992. – 85 с.
6. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
7. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
8. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. – М.: Практика, 1997.

Занятие № 5

План занятия

1. Разбор темы № 7 «Нарушения физиологических функций и соматические расстройства как проявление психической патологии» (2 часа)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 7 (2 часа)
- 3 Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)
- 4 Защита реферативных работ по теме «Психические расстройства при наиболее распространенных соматических заболеваниях» (проверка внеаудиторных самостоятельных работ).

ТЕМА № 7: «Нарушения физиологических функций и соматические расстройства как проявление психической патологии»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• расстройства, отнесенные в МКБ-10 к разделам F44, F45 и F50; • диссоциативные расстройства; • соматоформные расстройства; • ипохондрические расстройства; • нарушения физиологических функций в связи с психическими факторами (расстройства пищевого поведения и расстройства сна) • дифференцировать понятия (состояния): психосоматическое расстройство и психосоматическое заболевание	• устанавливать диагноз диссоциативного расстройства; • дифференцировать соматоформные расстройства от соматической патологии; • отличать ипохондрическое расстройство от бредовой ипохондрии; • проводить терапию при нервной анорексии, булимии, нарушениях сна, включая ночные пароксизмы (ночные кошмары, апноэ, судороги)	• приемами расспроса больных с диссоциативными, соматоформными и ипохондрическими расстройствами; • приемами распознавания нарушений фаз и циклов сна при инсомниях • тактикой лечения всех видов инсомнии и парасомний • приемами ведения больного с анорексией и булимией, включая консультативную помощь у других специалистов (диетологов, психологов, психиатров)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Расстройства, отнесенные в МКБ-10 к разделам F44, F45 и F50:* диссоциативные расстройства, соматоформные расстройства, нарушения физиологических функций в связи с психическими факторами.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства – группа психических расстройств, характеризующихся изменениями или нарушениями ряда психических функций – сознания, памяти, чувства личностной идентичности, включая соматическую идентичность. Обычно эти функции интегрированы в психике, но когда происходит диссоциация, некоторые из них отделяются от потока сознания и становятся в известной мере независимы. Основной причиной диссоциативных расстройств являются психотравмирующие переживания, которые возникают у преморбидной личности истероидного склада. В МКБ-10 раздел диссоциативных расстройств включает: диссоциативную амнезию (истерическую), д. фугу, д. ступор (истерический), транс и одержимость, а также диссоциативные расстройства движений и ощущений.

Диссоциативные двигательные расстройства – двигательные расстройства, не имеющие в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. Могут принимать следующие формы: псевдопараличи, псевдопарезы, различные или различающиеся по степени нарушения координации, неспособность стоять без посторонней помощи (**астазия-абазия**). Самым частым вариантом диссоциативного расстройства моторики является утрата способности к движению конечности или ее части или к движению конечностей. Паралич может быть полным или частичным, когда движения слабы или замедленны. Могут проявляться различные формы и степени нарушения координации (атаксия), особенно в ногах, что обуславливает вычурную походку или неспособность стоять без посторонней помощи. Отдельным видом рассматриваются диссоциативные конвульсии или **истерический припадок**.

Диссоциативные расстройства ощущений – функциональные симптомы расстройств чувствительности, не имеющие органической основы: анестезия (онемение), функциональный амавроз, сурдомутизм (лухонемота).

- *Соматоформные расстройства*: собственно соматоформное расстройство и ипохондрическое расстройство.

Соматоформное расстройство – группа психогенных заболеваний, в клинической картине которых психические нарушения скрываются за соматовегетативными симптомами (например, **маскированная депрессия**), напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, хотя часто имеются неспецифические функциональные нарушения. Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов при ухудшении психического (эмоционального) состояния.

Соматоформное болевое расстройство – ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая не может быть объяснена физиологическими процессами или соматической патологией и которая проявляется в связи с эмоциональными негативными переживаниями.

Соматоформное расстройство дисфункции вегетативной нервной системы – группа заболеваний, которые у практического врача-терапевта (невропатолога, кардиолога) часто диагностируются как ВСД (вегето-сосудистая дистония). Наиболее частые варианты: **синдром да Коста** (вариант **кардиофобии** – функциональные боли в сердце вместе со страхом остановки сердца), нейроциркуляторная дистония; психогенная дисфагия (аэрофагия), пилороспазм, икота, синдром раздраженного кишечника, психогенный метеоризм, психогенная одышка, спазмофилия, психогенная полиурия, цисталгия и мн.др.

- *Ипохондрическое расстройство* – основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больными

как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, тем не менее, степень убежденности в наличии заболевания обычно меняется от консультации к консультации, причем пациент считает более вероятным то одно заболевание, то другое. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное. Часто присутствуют выраженные депрессия и тревога, которые могут оправдывать установление дополнительного диагноза. Следует отличать от **бредовой ипохондрии** – основным отличительным признаком является наличие страхов и опасений, тогда как при бредовой ипохондрии присутствует бредовая убежденность, часто нелепого содержания (например, больной утверждает, что он «точно знает», что печень полностью «переродилась»). Вариантом ипохондрического расстройства является **дисморфофобия**, которая отличается от похожего состояния **дисморфомании**, тем, что в этом состоянии больные (чаще всего девушки молодого возраста) чрезмерно обеспокоены и заняты незначительным дефектом или особенностью своего тела, причем настолько, что готовы совершать пластические операции по исправлению дефекта. Замечен другой признак, отличающий пациентов с дисморфофобией от пациентов с дисморфоманией – у первых пластическая операция дает позитивный эффект (поскольку повышает самооценку неуверенной в себе личности), у вторых – остаются бредовые переживания, тем не менее, мотивирующее больного продолжать повторные оперативные вмешательства.

▪ *Расстройства пищевого поведения:* нервная анорексия и булимия.

Нервная анорексия – представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Для достоверного диагноза требуются следующие признаки: а) индекс массы тела составляет 17,5 и ниже; б) потеря веса вызывается самим пациентом путем значительного ограничения приема пищи, рвотой, приемом слабительных средств, диуретиков и другими «методами»; в) искажение образа своего тела, не критичность (худоба воспринимается как красота и грация, полнота – как уродство); г) серьезные соматические нарушения – аменорея, сердечно-сосудистая недостаточность, гормональные нарушения.

Нервная булимия – представляет собой расстройство, характеризующееся повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем веса тела, что приводит больного к принятию крайних мер для смягчения «поправляющего» влияния съеденной пищи. Чаще всего это относится к людям с нормальным или даже избыточным весом, но с типичными периодами переедания, сопровождающимися рвотой или приемом слабительных средств.

▪ *Расстройства сна неорганической этиологии.*

Структура сна в норме, фазы и циклы сна.

Сон – особое состояние сознания человека, включающее в себя ряд стадий, закономерно повторяющихся в течение ночи. Появление этих стадий обусловлено активностью различных структур мозга. Во время сна периодически чередуются две основные фазы: медленный и быстрый сон, причём в начале сна преобладает длительность медленной фазы, а перед пробуждением растёт длительность быстрого сна. Полисомнография (система регистрации электроэнцефалограммы, электроокулограммы и электромиограммы) показывает, что сон у большинства людей состоит из 4-6 волнообразных циклов, длительностью каждый по 80-100 мин. Каждый цикл включает фазы «медленного», или ортодоксального, сна (МС), на долю которого приходится 75% сна, и «быстрого», или парадоксального (БС), составляющего около 25% (см. рис.)

Медленный сон.

Первая стадия (I). Альфа-ритм (на ЭЭГ) уменьшается и появляются низкоамплитудные медленные тета- и дельта-волны. Поведение: дремота с полусонными мечтаниями

и сноподобными галлюцинациями. В эту стадию могут интуитивно появляться идеи, способствующие успешному решению той или иной проблемы.

Вторая стадия (II). На этой стадии появляются так называемые «сонные веретёна» – сигма-ритм, который представляет собой учащённый альфа-ритм $\{(12-14-20 \text{ Гц})$.

С появлением «сонных веретён» происходит отключение сознания; в паузы между веретёнами (а они возникают примерно 2-5 раз в минуту) человека легко разбудить.

Повышаются пороги восприятия. Самый чувствительный анализатор – слуховой (человек может проснуться от звука).

Третья стадия (III). Характеризуется всеми чертами второй стадии, в том числе наличием «сонных веретён», к которым добавляются медленные высокоамплитудные дельта-колебания (2 Гц).

Четвёртая стадия (IV). Самый глубокий сон. Преобладают дельта-колебания (2 Гц).

Третью и четвёртую стадии часто объединяют под названием дельта-сон. В это время человека разбудить очень сложно; возникают 80 % сновидений, и именно на этой стадии возможны приступы лунатизма и ночные кошмары, однако человек почти ничего из этого не помнит. Предполагают, что медленный сон связан с восстановлением энергозатрат (снижается уровень кортизола, вырабатывается гормон роста)

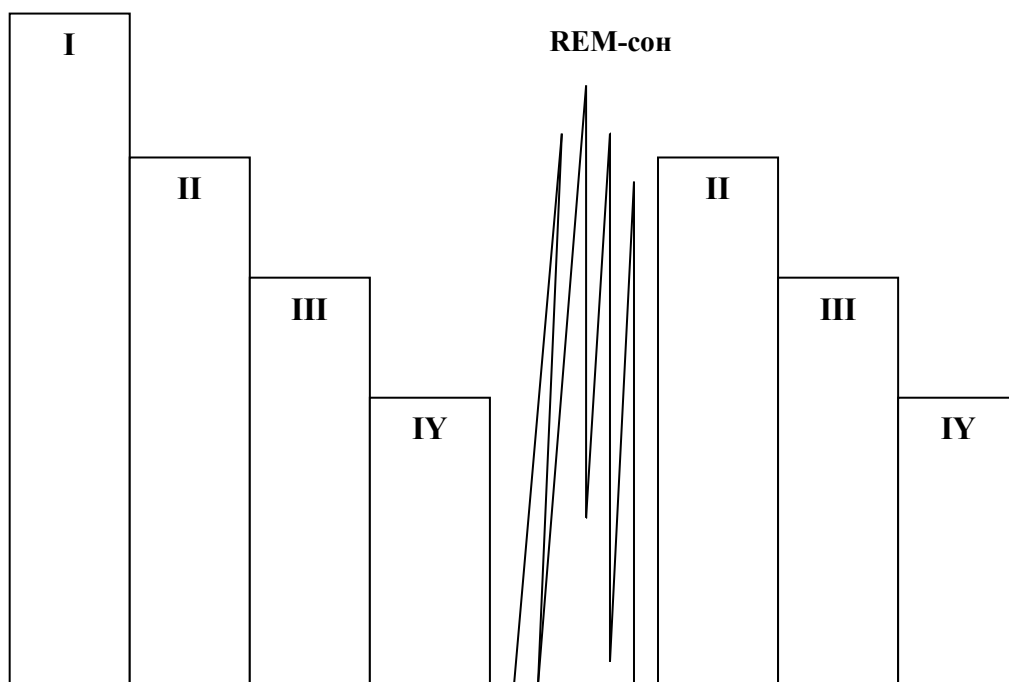
Быстрый сон (быстроволновой сон, парадоксальный сон, стадия быстрых движений глаз, или REM-сон – rapid eyes moving).

Это пятая стадия сна. Эта стадия открыта в 1953 г. Клейтманом: быстрые колебания электрической активности, близкие по значению к бета-волнам. Это напоминает состояние бодрствования. Вместе с тем (и это парадоксально) в эту стадию человек находится в полной неподвижности, вследствие резкого падения мышечного тонуса.

Однако глазные яблоки очень часто и периодически совершают быстрые движения под сомкнутыми веками. Существует отчетливая связь между REM-сном и сновидениями.

Если в это время разбудить спящего, то в 90 % случаев можно услышать рассказ о ярком сновидении. Фаза быстрого сна от цикла к циклу удлиняется, а глубина сна снижается.

Предполагают, что быстрый сон обеспечивает функции психологической защиты, переработку информации, ее обмен между сознанием и подсознанием.



Основные виды нарушений сна:

- Нарушения засыпания и продолжительности сна (**инсомнии**). Различают: раннюю инсомнию – трудности засыпания (проблемы с первой фазой сна), среднюю инсомнию – поверхностный сон с частыми пробуждениями (отсутствие перехода на 3-ю и 4-ю стадии сна), позднюю инсомнию – ранние пробуждения (сокращение циклов сна)
- Чрезмерная длительность сна (**гиперсомния**).
- Нарушения цикла сон-бодрствование (дневная сонливость, ночное бодрствование)
- **Нарколепсия** – разновидность гиперсомнии, характеризуется дневными приступами непреодолимой сонливости и приступами внезапного засыпания. Иногда отмечается кратковременная парализованность тела сразу после пробуждения (катаплексия).
- **Катаплексия** – внезапная утрата мышечного тонуса при ясном сознании.
- **Парасомнии** – двигательные, поведенческие или вегетативные феномены, которые возникают в специфической связи с процессом сна (ночные кошмары, апноэ, вегетативные явления, судороги и т.д.).

Причины бессонницы

Причины, вызывающие эпизодическую, кратковременную и хроническую бессонницу

Эпизодическая бессонница (до 1 недели)	Острый стресс Острое соматическое заболевание Синдром смены часовых поясов Острое нарушение режима сна и бодрствования
Кратковременная бессонница (1-4 недели)	Продолжающийся стресс Хронизация острой бессонницы (присоединение условно-рефлекторного компонента) Дебют психического или соматического заболевания Сохраняющееся нарушение режима сна и бодрствования
Хроническая бессонница (более 4 недель)	Хронические психические и соматические заболевания Расстройства сна (синдром обструктивного апноэ сна, синдром беспокойных ног) Злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами

Первичная бессонница диагностируется в том случае, когда не удастся выявить медицинских (психических, поведенческих, медикаментозных) или иных причин бессонницы.

Вторичная бессонница является следствием заболеваний и расстройств, которые приводят к нарушению сна. Всего существует около 50 причин вторичной бессонницы, основные из которых представлены в таблице (см. ниже).

Частые коморбидные заболевания и состояния при вторичной бессоннице

Группа	Примеры заболеваний, состояние и симптомов
Специфические расстройства сна	Синдром обструктивного апноэ сна, синдром беспокойных ног, расстройства циркадных ритмов, парасомнии
Неврологические	Инсульт, деменция, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, судорожные синдромы, головная боль, травмы головного мозга, периферическая нейропатия, хронические болевые синдромы, нейромышечные заболевания.
Психические	Депрессия, биполярное расстройство, дистимия, тревожное состояние, паническое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, шизофрения, шизоаффективное расстройство.
Сердечно-сосудистые	Артериальная гипертензия, стенокардия, застойная сердечная

	недостаточность, одышка, аритмии
Легочные	ХОБЛ, эмфизема, астма, ларингоспазм, одышка
Костно-мышечные	Ревматоидный артрит, артрозы, фибромиалгия, синдром Шегрена, дорсопатии
Желудочно-кишечные	Гастроэзофагальный рефлюкс, пептическая язва желудка и 12-перстной кишки, холелитиаз, колит, синдром раздраженной толстой кишки
Мочеполовые	Недержание мочи, простатит, аденома предстательной железы, никтурия, цистит.
Эндокринные	Гипотиреоз, гипертиреозидизм, сахарный диабет
Репродуктивные	Беременность, менопауза, предменструальный синдром
Другие	Аллергия, ринит, синусит, бруксизм, алкогольная и лекарственная зависимость, синдром отмены.

Немедикаментозное лечение нарушений сна

Все пациенты должны получать рекомендации по соблюдению гигиены сна:

1. Соблюдение режим сна. Для поддержания нормального «хода» биологических часов пробуждение и вставание должно быть в одно и то же время в будни и выходные, вне зависимости от количества часов сна.
2. Сокращение время сна. Человек обычно тратит на сон больше времени, чем это необходимо. Для людей, страдающих бессонницей, сокращение времени пребывания в постели может существенно улучшить глубину и эффективность сна.
3. Никогда не заставлять себя спать. Если заснуть не удастся, то лучше спокойно отдохнуть, просматривая телепередачи и т.п.
4. Не бояться бессонницы. Одна бессонная ночь, как правило, не влияет на выполнение коротких задач, таких как переговоры, лекции, экзамены или спортивные соревнования. Только при монотонной или очень опасной работе следует беспокоиться об ухудшении своих способностей на следующий день.
5. Не решать проблемы в момент засыпания. Необходимо решить все накопившиеся проблемы до отхода ко сну или отложить их решение на завтра.
6. Регулярные занятия физическими упражнениями. Физическая нагрузка является одним из наиболее эффективных антистрессорных средств. Лучшее время для занятий – с 17 до 20 часов. Оптимальная частота – 3 – 4 раза в неделю, продолжительность – 30 – 60 минут. Прекращение занятий минимум за 90 минут до сна.
7. Уменьшение потребления стимуляторов. Обычно человек ежедневно потребляет значительное количество кофеина, содержащегося в кофе, чае, различных тонизирующих напитках и шоколаде. В зеленом чае содержится больше кофеина, чем в черном. Стимулирующие эффекты кофеина достигают пика через 2 – 4 часа после потребления (прием кофеинсодержащие продукты не позднее, чем за 6 – 8 часов до сна).
8. Уменьшение (прекращение) курения. Никотин, содержащийся в сигаретах, обладает еще большим стимулирующим эффектом, чем кофеин (не курить за 2 часа до сна).
9. Соблюдение умеренность в потреблении спиртных напитков. Только малые дозы алкоголя (50 г водки или 1 стакан вина) оказывают неплохое успокаивающее действие.
10. Не ложиться спать голодным или с переполненным желудком. Не принимать пищу за 2-3 часа до сна, не употреблять за ужином продуктов, которые вызывают газообразование (орехи, бобовые или сырые овощи), не ложиться спать голодным - рекомендуется легкая закуска (банан или яблоко).
11. Соблюдение ритуала отхода ко сну. Перед отходом ко сну регулярно выполнять действия, направленные на психическое и физическое расслабление. Это могут быть теплая ванна для уменьшения физического напряжения, упражнения по самовнушению или прослушивание кассет со спокойной музыкой для психического расслабления.

Психосоматические заболевания – группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов. Основные психосоматические расстройства (заболевания), выделяемые на современном этапе развития медицины:

1. Бронхиальная астма;
2. Эссенциальная гипертония;
3. Желудочно-кишечные болезни;
4. Язвенный колит;
5. Ревматоидный артрит;
6. Нейродермит;
7. Инфаркт;
8. Сахарный диабет;
9. Сексуальные расстройства;
10. Зоб;
11. Онкозаболевания.

I. Контрольные вопросы

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

1. Соматические расстройства в клинике маниакально-депрессивного синдрома.
2. Соматические расстройства при тревожных состояниях.
3. Понятие маскированной (соматизированной депрессии).
4. Нарушения сна. Фазы сна и их физиологическое значение.
5. Инсомния, виды.
6. Причины эпизодической инсомнии.
7. Причины хронической инсомнии.
8. Рекомендации (немедикаментозного характера) при лечении инсомний.
9. Парасомнии, определение.
10. Понятие ятрогений.
11. Ипохондрический невроз, его связь с ятрогенией.
12. Отличие невротической ипохондрии от ипохондрического бреда.
13. Истерические психозы – синдром Ганзера, пуэрилизм.
14. Истерическое сужение сознания.
15. Диссоциативная амнезия.
16. Диссоциативные парезы и параличи.
17. Диссоциативный тремор.
18. Диссоциативные расстройства ощущений.
19. Диссоциативная астазия-абазия.
20. Диссоциативный сурдомутизм.
21. Диссоциативный амавроз.
22. Соматоформное расстройство, определение, виды.
23. Соматоформное расстройство с сердечно-сосудистой симптоматикой.
24. Соматоформное расстройство с неврологическими проявлениями.
25. Устойчивое болевое расстройство, отличительные признаки.
26. Психогенные одышка, рвота, нарушение глотания.
27. Нервная анорексия.
28. Нервная булимия.
29. Нарушения сексуальных функций.
30. Психосоматическое заболевание, определение, виды.

Примечание: Каждому студенту задается по 3 вопроса из предлагаемого списка, на которые он может отвечать как устно, так и в письменной форме. Ответ оценивается в баллах от 1 до 5. Максимальная оценка – **15 баллов**.

II. Тестовые задания по теме № 7 «Нарушения физиологических функций и соматические расстройства как проявление психической патологии»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

Какое из нижеперечисленных расстройств в метафорическом плане было названо «великой симулянткой»:

1. Неврастения
2. Истерия
3. Ипохондрия
4. Ятрогения

№ 2

Симптомы нижеперечисленных расстройств могут напоминать некоторые соматические заболевания, кроме:

1. Неврастения
2. Шизоаффективное расстройство
3. Конверсионное расстройство
4. Ипохондрическое расстройство

Примеры тестовых заданий второго уровня:

№ 1

Признаки ночных кошмаров включают:

1. Эпизоды возникают под утро после нескольких часов сна
2. Приступ возникает в первой половине во время глубокого сна
3. Пациент помнит наутро все очень отчетливо, как кошмарный сон
4. Сопровождается судорогами

№ 2

Истерический тремор отличается от органического нижеследующими признаками, кроме:

1. Исчезновением (ослаблением) во время сна
2. Ослаблением, когда наблюдение происходит втайне от пациента
3. Терапевтическим ответом на placebo
4. Усилением во время стресса

III. Самостоятельная работа.

Названия реферативных работ по теме «**Психические расстройства при наиболее распространенных соматических заболеваниях**»

1. Психические расстройства при диабете.
2. Психические расстройства при инфаркте миокарда.
3. Психические расстройства при гипертонической болезни.
4. Предменструальный синдром.
5. Климактерический синдром
6. Психические расстройства при рассеянном склерозе.
7. Психические расстройства при красной волчанке.
8. Психические расстройства при туберкулезе.

9. Психические расстройства при ревматоидном артрите.
10. Психические расстройства при язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп.//гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.

Дополнительная:

4. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
5. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
6. Семке В.Я. Истерические состояния. – М.: Медицина, 1988 – 225 с.
7. Тополянский В.Д. Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986 – 384 с.

Занятие № 6

План занятия

1. Разбор темы № 8 «**Расстройства внимания, памяти, интеллекта**» (1 час)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 8 (1 час)
3. Разбор темы № 9 «**Методы терапии, профилактики и реабилитации в психиатрии**» (1 час)
4. Контрольные задания для усвоения темы № 9 (1 час)
5. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)
6. Защита реферативных работ по теме «**Умственная отсталость**» (проверка внеаудиторных самостоятельных работ).

ТЕМА № 8: «**Расстройства внимания, памяти, интеллекта**»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• патология внимания: истощаемость, нарушение способности к переключению внимания, отвлекаемость, патологическая фиксация внимания. • патология кратковременной и долговременной памяти. Закон Рибо. Нарушения запоминания и воспроизведения: гипермнезия, гипомнезия, амнезия (антероградная, ретроградная, фиксационная, прогрессирующая), парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии). Корсаковский синдром. • уровень интеллекта в норме и патологии. Интеллектуальный индекс (IQ), методики его определения. Олигофрения как недоразвитие интеллекта.	• диагностировать патологию внимания • диагностировать патологию памяти • диагностировать низкий уровень интеллекта	• методами оценки функции внимания (тест Крепелина, корректурная проба) • методами оценки функции памяти (запоминание 10 слов, воспроизведение текущих и прошлых событий жизни) • методами оценки уровня абстрактного мышления (понимание пословиц, переносного значения слов)

Степени олигофрении (идиотия, имбецильность, дебильность). Динамика олигофрений. • клинические варианты деменции: органическая (тотальная и лакунарная), эпилептическая. Понятие «шизофренического слабоумия», его отличие от деменции при органических заболеваниях.		
--	--	--

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Интеллект, определение, составляющие.* Интеллект – общая способность к познанию и решению проблем, которая объединяет все познавательные способности индивида: ощущение, восприятие, память, представление, мышление, воображение. Основные составляющие интеллекта – внимание, память, мышление.

Внимание – избирательная направленность восприятия на тот или иной объект. Виды внимания – произвольное (активное) и непроизвольное (пассивное).

Непроизвольное внимание (пассивное) – вид внимания, при котором отсутствует сознательный выбор направления и регуляции. Оно устанавливается и поддерживается независимо от сознательного намерения человека. В основе него лежат неосознаваемые установки человека. Как правило, кратковременно, быстро переходящее и неустойчивое. Возникновение непроизвольного внимания чаще всего обусловлено воздействием внешнего раздражителя. Непроизвольное внимание может быть полезным, т.к. оно дает возможность своевременно выявить появление раздражителя и принять необходимые меры, и облегчает включение в привычную деятельность. Причины возникновения непроизвольного внимания:

- Неожданность раздражителя.
- Относительная сила раздражителя.
- Новизна раздражителя.
- Движущиеся предметы.
- Контрастность предметов или явлений.
- Внутреннее состояние человека (тревожность, рассеянность).

Произвольное внимание. Физиологическим механизмом произвольного внимания служит очаг оптимального возбуждения в коре мозга, поддерживаемый сигналами, идущими от второй сигнальной системы. Психологической особенностью произвольного внимания является сопровождение его переживанием большего или меньшего волевого усилия, напряжения, причем длительное поддержание произвольного внимания вызывает утомление, зачастую даже большее, чем физическое напряжение.

Свойства внимания – концентрация, объем, устойчивость, переключаемость, распределение.

Концентрация внимания – длительное удержание внимания на каком-либо объекте. Такое удержание означает выделение «объекта» в качестве некоторой определённости, фигуры из общего фона. Под концентрацией внимания понимают интенсивность сосредоточения сознания на объекте. Концентрация определяется единством двух важных факторов – повышением интенсивности сигнала при ограниченности поля восприятия (доминанта А.А. Ухтомского).

Объем внимания – поскольку человек может одновременно ясно и отчетливо осознавать несколько однородных предметов, постольку можно говорить об объёме внимания. Таким

образом, объём внимания – это количество однородных предметов, которые могут восприниматься одновременно и с одинаковой четкостью. По этому свойству внимание может быть либо узким, либо широким. Что касается восприятия разнородных объектов, то следует знать, что в данном случае объём внимания одномоментно может включать только один объект.

Устойчивость внимания – характеризуется длительностью, в течение которой сохраняется на одном уровне концентрация внимания. Наиболее существенным условием устойчивости внимания является возможность раскрывать в том предмете, на который оно направлено, новые стороны и связи. Внимание устойчиво там, где возможно развернуть новое содержание объекта, где открываются возможности для дальнейшего развития и движения.

Переключаемость – сознательное, осмысленное, целенаправленное изменение направления сознания с одного предмета на другой. Только на этих условиях говорят о переключаемости внимания. Когда же эти условия не выполняются, говорят либо об отвлекаемости, либо о торпидности и патологической концентрации, последняя сопровождается рассеянностью.

Распределение – способность выдерживать в центре внимания несколько разнородных объектов или субъектов. Благодаря распределению увеличивается объём внимания. Распределение невозможно без переключаемости внимания, иначе говоря, одновременно можно «делать семь дел» только благодаря моментальному переключению внимания в одного объекта на другой.

Методы исследования внимания. Простейший способ – выполнение счета по Крепелину (последовательное вычитание от 100 по 7), другой способ, требующий специального бланка, предполагает вычеркивание в нем определенных букв (корректирная проба). В обоих способах оценивается время (скорость) выполнения, и число ошибочных ответов (пропущенных букв).

Патология внимания – всегда носит неспецифический характер, т.е. отмечается практически при всех видах душевной патологии, в той или иной степени выраженности, начиная от невротических расстройств (например, истощение внимания со снижением способности к концентрации) и кончая деменциями (снижение вплоть до отсутствия произвольного внимания).

▪ **Память** – одна из психических функций и видов умственной деятельности, предназначенная сохранять, накапливать и воспроизводить информацию. Способность длительно хранить информацию о событиях внешнего мира и реакциях организма и многократно использовать её в сфере сознания для организации последующей деятельности.

Процессы памяти – запоминание, хранение, воспроизведение и узнавание, а также забывание.

- Запоминание – это процесс памяти, посредством которого происходит запечатление следов, ввод новых элементов ощущений, восприятия, мышления или переживания в систему ассоциативных связей. Основу запоминания составляет связь материала со смыслом в одно целое.
- Хранение – процесс накопления материала в структуре памяти, включающий его переработку и усвоение.
- Воспроизведение и узнавание – процесс актуализации элементов прошлого опыта (образов, мыслей, чувств, движений). Простой формой воспроизведения является узнавание – произвольное, чаще всего образно воспроизведение (опознание). В отличие от узнавания, воспоминание – это произвольное, требующее усилий, вербальное воспроизведение.

- Забывание – потеря возможности воспроизведения, а иногда даже узнавания ранее запомненного.

Типология видов памяти

Критерий	Вид памяти
По содержанию	образная память словесно-логическая память (символическая) сенсорная память (иконическая) эмоциональная память
По длительности хранения информации	мгновенная кратковременная память оперативная промежуточная (буферная) долговременная память генетическая память
По организации запоминания	эпизодическая память семантическая память процедурная память

Нейрофизиология памяти

В работу памяти включается несколько механизмов, это:

- физиологические,
- биохимические,
- нейро-химические,
- морфофизиологические структуры этого процесса.

Физиологический механизм кратковременной памяти. В коре головного мозга существуют целые системы нейронов или «нейронные сети», которые позволяют возбуждению длительно циркулировать по замкнутым цепям или «реверберационным кругам». Переход возбуждения с одного нейрона на другой и позволяет осуществлять длительное сохранение возбуждения. (Шоковое воздействие или воздействие некоторыми химическими препаратами приводит к исчезновению этих следов).

Биохимические основы памяти. Механизм сохранения следа связан и с биохимическими изменениями, которые происходят в самих телах нейронов, их отдельных органах (ядрах, митохондриях) и местах соединения одного нейрона с другим (в синапсах). Каждое раздражение нервной клетки приводит к повышению содержания в ней рибонуклеиновой кислоты (РНК). Длительное отсутствие раздражителей – к уменьшению РНК. Сама РНК способна изменяться при определенных воздействиях и образовывать разные модификации. Так происходит кодирование информации, поступающей в неспецифический нейрон. Повторное появление такого же раздражителя приводит к тому, что РНК начинает «резонировать» этому раздражению, а эта способность является основой того, что нервная клетка, сохраняющая след полученного воздействия, начинает «узнавать» это воздействие. Такие изменения РНК под влиянием различных воздействий (кодирование и резонирование) составляют биохимическую основу памяти.

Морфофизиологические и нейро-химические основы механизма долговременной памяти. Долговременная память связана с морфофизиологическими изменениями в системе нейронов. В ряде нервных клеток происходит прижизненный прирост ответвлений (аксоно-дендрической системы). Прирост ответвлений стимулируется упражнением, а от неупотребления той или иной системы происходит их сдерживание. Упражнения в значительной степени повышают число синапсов, увеличивает число пузырьков (везикул

ацетилхолина), переносящих возбуждение в нейронах, которые считаются основным нейро-химическим аппаратом, обеспечивающим передачу возбуждения в синапсах. Таким образом, в основе долговременной памяти лежит рост аксо-дендрического аппарата глиии.

Системы мозга, участвующие в процессах памяти – гиппокамп и связанные с ним образования (миндалевидное тело, ядра зрительного бугра, мамиллярные тела), лобные и височные структуры мозга.

Методы исследования памяти. Обычный способ – расспрос испытуемого об имевших место событиях его жизни, как текущего момента, так и более отдаленного. Исследовать более точно кратковременную память можно с помощью методики запоминания 10 коротких слов (лес, хлеб, окно и т.п.) или цифр (7, 23, 1...). Хорошая память считается та, когда испытуемый после 3-5 повторов правильно запоминает все 10 слов, а спустя час воспроизводит не менее 7-8 слов.

Патология памяти или амнезии. **Ретроградная амнезия** – выпадение из памяти событий, происходивших до начала амнезии. **Антероградная амнезия** - утрата способности запоминать события, происходящие после начала заболевания (спровоцированного, например, травмой или стрессом). Больной может страдать одновременно ретроградной и антероградной амнезией из-за повреждения средних темпоральных зон и особенно гиппокампа. **Фиксационная амнезия** – нарушение памяти на текущие события. Составной элемент синдрома Корсакова. Гипомнезия – прогрессирующее снижение всех видов памяти, характерно для церебрального атеросклероза. Снижение памяти происходит по закону Рибо – вначале исчезают из памяти события недавнего прошлого, затем более отдаленного. В результате развивается тотальный амнестический синдром – нарушение всех видов памяти, отмечаемой при глубоких деменциях. **Парамнезии** – нарушения и расстройства памяти, выражающиеся в ложных воспоминаниях. Различают: **конфабуляции** – выдумки разнообразного содержания, ничего общего с действительностью не имеющие и заполняющие пробелы памяти; **псевдореминисценции** – вид парамнезий, заключающийся в смещении в памяти времени событий, действительно имевших место в жизни больного (поэтому её иногда называют «иллюзия памяти» в отличие от конфабуляции – «галлюцинации памяти»); **криптомнезия** – такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, написал ли он стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал разговор об этом (иными словами, забывается источник той или иной информации; чужие идеи, чужое творчество когда-то воспринятые человеком, через некоторое время осознаются как свои).

▪ *Мышление.* Мышление – высшая ступень человеческого познания объективной реальности путем раскрытия отношений, связей между предметами и явлениями окружающего мира. Для того, чтобы адекватно познать ситуацию и установить существенные связи, мышление использует так называемые *мыслительные операции*, составляющие основу логического (разумного) мышления: сравнение, анализ, синтез, абстракция. Степень развития абстрактного (отвлеченного) мышления оценивается на способности оперировать понятиями, суждениями, умозаключениями. Именно степень данной способности лежит в основе оценки интеллекта (IQ): 80 баллов и выше – норма, 70-79 баллов – пограничное состояние; 50-69 баллов – легкая умственная отсталость; 35-49 баллов – умеренная умственная отсталость; 20-34 балла – тяжелая умственная отсталость; ниже 20 баллов - глубокая умственная отсталость. /Ранняя классификация олигофрении на дебильность, имбецильность и идиотию – отменена по причине стигматизации больных).

Более простой способ оценки уровня отвлеченного мышления – исследование способности понимания и толкования пословиц, метафор («золотые руки», «светлая голова»), юмора.

Врожденное недоразвитие интеллекта (**олигофрения**) есть слабоумие. Приобретенное снижение интеллекта есть слабоумие (**деменция**). Наиболее распространенные клинические варианты деменций – это деменции пожилого возраста, сосудистые (атеросклеротические) и атрофические (болезнь Альцгеймера, Пика). Парциальные специфические деменции при шизофрении, эпилепсии чаще обозначаются как дефект личности или органическое расстройство личности.

I. Контрольные вопросы

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

1. Внимание активное и пассивное, произвольное и непроизвольное.
2. Характеристики внимания: объем, устойчивость.
3. Характеристики внимания: концентрация, переключаемость, распределение.
4. Патология внимания: истощаемость, низкая переключаемость, отвлекаемость, патологическая концентрация.
5. Методы исследования внимания.
6. Виды памяти: мгновенная, кратковременная.
7. Виды памяти: буферная (промежуточная), долговременная, генетическая.
8. Значение структур гиппокампа в механизмах памяти.
9. Значение корковых структур мозга в механизмах памяти.
10. Амнезии – фиксационная, способ определения.
11. Амнезии – ретроградная, антероградная, тотальная.
12. Гипомнезия прогрессирующая, закон Рибо.
13. Парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии)
14. Корсаковский амнестический синдром, клиника. Заболевания, при которых он встречается.
15. Методы исследования функции памяти.
16. Определение уровня отвлеченного мышления. Значение наглядно-образного мышления.
17. Деменция, парциальная и тотальная. Отличие слабоумия от малоумия по клиническим признакам.
18. Когнитивные расстройства, отличие от интеллектуального снижения.
19. Олигофрения, этиологические факторы. Степень интеллектуального снижения, клиническая характеристика (речь, поведение, ориентировка в окружающем, степень социальной дезадаптации).
20. Абстрактное мышление и способность и пониманию как основные показатели интеллекта. Методы оценки интеллекта, способностей к анализу и синтезу. Тест IQ, нормативные значения

Дополнительно для педиатров

21. Задержка психического и психологического развития, отличие от умственной отсталости.

II. Тестовые задания по теме № 8 «Расстройства внимания, памяти, интеллекта»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

К качественным расстройствам памяти относится одно из следующих:

1. Гипермнезия

2. Парамнезии
3. Гипомнезия
4. Амнезия

№ 2

Выпадение событий из памяти - это:

1. Гипермнезия
2. Гипомнезия
3. Амнезия
4. Парамнезия

Примеры тестовых заданий второго уровня:

№ 1

Задержка психического развития определяется как:

1. Асинхрония развития
2. Акселерация
3. Ретардация
4. Деменция

№ 2

Умственную отсталость следует дифференцировать со всем ниже перечисленным, кроме:

1. Эпилепсия
2. Задержка психического развития в результате педагогической запущенности (социальная депривация)
3. Деменции
4. Психический инфантилизм

III. Самостоятельная работа.

Названия реферативных работ по теме «**Умственная отсталость и задержка психического развития**»

1. Общая характеристика умственной отсталости (олигофрении): психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности и отсутствием прогрессивности
2. Понятие пограничной умственной отсталости и его отличие от легкой умственной отсталости.
3. Систематика умственной отсталости по этиологическому принципу (хромосомные aberrации, наследственные энзимопатии, системные поражения соединительной ткани, интоксикационные, в т.ч. алкогольные, инфекционные, гормональные и иммунные эмбрио- и фетопатии, вредности перинатального и постнатального периода).
4. Основные отличительные признаки слабоумия, слабоумия и умеренного когнитивного снижения.
5. Понятие задержки психического и психологического развития.
6. Психологические методы оценки интеллекта (тесты и пробы).
7. Медицинская, социальная и психологическая помощь детям с задержкой психического развития, значение педагогической коррекции.
8. Семья и умственно отсталый ребенок.
9. Трудовая, военная и судебная экспертиза и при умственной отсталости. Понятие недееспособности.
10. Особенности девиантного и криминального поведения лиц с легкой умственной отсталостью.

Примечание: Каждый студент пишет одну реферативную работу из предлагаемого списка. Работа оценивается **в баллах от 3 до 5** (3 – низкий, формальный уровень работы, 4 – хорошее качество изложения и пониманием сути проблемы, 5 – отличное исполнение, детальное раскрытие темы). Максимальная оценка самостоятельной работы – **5 баллов**.

Максимальная оценка по теме № 8 – **23 балла**

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп.//гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
4. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
5. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс», 2008. - 96 с.

Дополнительная:

6. Медицинская психология: Методическое руководство для студентов // Букановская Т.И.- Владикавказ, 1992. – 85 с.
7. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416 с.
8. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
9. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Изд. 2-е. – Л.: Медицина, 1985. – 336 с.
10. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: Медицина, 1977 – 216 с.

ТЕМА № 9: «Методы терапии, профилактики и реабилитации в психиатрии»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• основные лекарственные средства, используемые в психиатрии (классы). • нейролептики, механизм действия, лечебный эффект, осложнения. • антидепрессанты, механизм действия, лечебный эффект. • анксиолитики, механизм действия, показания. • противосудорожные средства, нормотимики. • ноотропы, показания. • понятие купирующей, поддерживающей и коррегирующей терапии. • психотерапия, определение, виды • понятие первичной и вторичной профилактики психических расстройств • реабилитация и реадaptация в психиатрии	• квалифицировать фармакологический эффект психотропного средства (седативный, стимулирующий). • предвидеть возможные осложнения при назначении психотропного средства. • коррегировать эмоциональные нарушения в рамках пограничных нервно-психических расстройств, включая соматическую патологию (субдепрессивность, тревожность, эмоциональную лабильность).	• владеть способами обоснования показаний для назначения психотропных препаратов, особенно для средств, вызывающих зависимость

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Основные классы психотропных средств.* Понятие психофармакотерапии.
Нейролептики или антипсихотики – препараты, предназначенные для лечения психотических расстройств (бреда, галлюцинаций, мании, возбуждения). Название связано с развитием нейролептического синдрома (характерных неврологических и психических побочных эффектов) вследствие приема антипсихотиков. Таким образом, понятие «нейролептическое средство» относится в первую очередь к препаратам, которые не только имеют выраженную антипсихотическую активность, но и способны часто вызывать экстрапирамидную симптоматику (**типичные нейролептики** – аминазин, галоперидол, тизерцин и др.). Поэтому препараты нового поколения (клозапин, рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.), которые практически не вызывают характерные

для типичных нейролептиков побочные действия, называются **атипичными нейролептиками**. Антипсихотики обладают общим механизмом действия – снижают передачу нервных импульсов в тех системах мозга, где передатчиком нервных импульсов является **дофамин**. Для антипсихотического действия необходима блокада дофаминергической активности не менее чем на 65% (в первую очередь рецепторов D2-типа). Основные эффекты – седативный, снотворный. Действуя на гипоталамус, нейролептики тормозят также секрецию кортикотропина и соматотропного гормона. *Побочные эффекты.* Наиболее частыми из нежелательных проявлений при назначении нейролептиков являются **экстрапирамидные расстройства**: а) ранние дискинезии; б) акатизия; в) паркинсонизм; г) поздние дискинезии.

Ранние дискинезии – в первые четыре-пять дней лечения нейролептиками могут возникнуть так называемые **острые дистонические реакции**, которые характеризуются постоянным сокращением мышц в области рта, выталкиванием языка и тризмом, раскрытием рта с ретракцией языка, отведением взора в стороны и вверх, отклонением шеи в сторону или назад, опистотонусом или латеротонусом, спазмом мышц таза, «ладьевидным» животом и др. Спазмы сопровождаются вегетативными проявлениями: ускоренным пульсом, повышенным артериальным давлением, расширением зрачков, сухостью во рту, потливостью и др. Продолжительность этих реакций – от нескольких часов до 1-2 суток. Они эффективно купируются препаратами преимущественно холинолитического действия: циклодолом, артаном, норакином.

Акатизия – двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта. Она появляется к третьей или к четвертой неделе от начала терапии. Больной напряжен, беспрестанно двигается по комнате, либо, если лежит, то ворочается с боку на бок. К вечеру акатизия усиливается. Хороший эффект дают антипаркинсонические корректоры, бензодиазепины.

Нейролептический паркинсонизм наблюдается в 65 % случаев и проявляется акинезией, скованностью, специфическим тремором. Паркинсонический синдром обычно формируется ко второй-четвертой неделе терапии и проходит через 2-4 недели после отмены нейролептиков. Тяжелые степени нейролептического паркинсонизма мучительно переносятся больными и требуют коррекции антипаркинсоническими препаратами либо, соответственно, снижения дозы препаратов.

Поздние дискинезии. К **хроническим (поздним) нейролептическим экстрапирамидным поражениям** относят те, которые продолжаются свыше 6 месяцев после отмены нейролептика. Они наступают обычно вслед за длительным периодом терапии. Чаще всего это бывают оральные дискинезии – непроизвольные, координированные, ритмичные, стереотипные движения, либо реже гиперкинезы в виде хореоатетоза, миоклоний, тиков или дистонические синдромы типа спастической кривошеи, блефароспазма, флексорной дистонии и др. Наблюдаются также тяжелые полиморфные картины экстрапирамидных синдромов, включающие в себя дискинезии, хореоатетоидные, торсионные и другие гиперкинезы.

▪ **Антидепрессанты** – психотропные лекарственные средства, применяемые для лечения депрессии. У депрессивного больного они улучшают настроение, уменьшают или снимают тоску, вялость, апатию, тревогу и эмоциональное напряжение, повышают психическую активность, нормализуют фазовую структуру и продолжительность сна, аппетит, т.е. оказывают **тимолептическое действие**. Основное действие антидепрессантов заключается в том, что они блокируют распад моноаминов (серотонина, норадреналина, дофамина) под действием моноаминоксидаз (МАО) или блокируют обратный нейрональный захват моноаминов. В соответствии с современными представлениями, одним из ведущих механизмов развития депрессии является недостаток моноаминов в синаптической щели, в особенности **серотонина и дофамина**. При помощи

антидепрессантов повышается концентрация этих медиаторов в синаптической щели, из-за этого их эффекты усиливаются. Наиболее распространенный класс антидепрессантов – это класс **ИОЗС** – ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин, симбалта и т.д.).

▪ *Анксиолитики или транквилизаторы* – это группа успокаивающих лекарственных средств разной химической структуры, способствующих устранению эмоциональной напряженности, тревоги и страха, сопровождаясь двумя компонентами: седативным и активирующим. В самом общем виде их фармакологическое действие можно объяснить торможением ЦНС на уровне лимбической системы, ретикулярной формации ствола головного мозга и коры. Механизм действия бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, феназепам) обусловлен связыванием их с бензодиазепиновыми нейрональными рецепторами, что, в свою очередь, облегчает действие тормозного нейротрансмитера гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Благодаря специфическому релаксирующему эффекту транквилизаторы способны вызвать привыкание и зависимость, близкую к наркотической.

▪ *Противосудорожные или антиэпилептические средства*. Общим для противоэпилептических препаратов принципом работы является снижение частоты срабатывания нейронов (ингибирование деятельности патологически активных нейронов в очаге возбуждения). Такое действие обычно достигается в основном тремя путями:

- усилением активности тормозных нейронов, например, стимулируя активность ГАМК-рецепторов (фенобарбитал, латотриджин, вигабатрин)
- торможением возбуждающих рецепторов нейронов, например, снижая активность NMDA-рецепторов (препараты вальпроевой кислоты).
- прямым влиянием на проведение электрического импульса, например, регулируя ионные каналы нейронов (карбамазепин, этосукимид).

Некоторые противосудорожные препараты используются при лечении биполярного аффективного расстройства, как в депрессивной, так и маниакальной фазе, которые получили название – **нормотимики** (карбамазепин, ламотриджин), наравне с другим общеизвестным нормотимиком – соли лития.

▪ *Ноотропы, они же нейрометаболические стимуляторы* – это средства, оказывающие прямое активирующее влияние на обучение, улучшающие память и умственную деятельность, а также повышающие устойчивость мозга к агрессивным воздействиям. В основе терапевтического действия ноотропных препаратов лежит несколько механизмов:

- улучшение энергетического состояния нейронов (усиление синтеза АТФ, антигипоксический и антиоксидантный эффекты);
- активация пластических процессов в ЦНС за счет усиления синтеза РНК и белков;
- усиление процессов синаптической передачи в ЦНС;
- улучшение утилизации глюкозы;
- мембраностабилизирующее действие.

В спектре клинической активности ноотропов выделяют следующие заявляемые основные эффекты:

- Влияние на нарушенные высшие корковые функции – уровень суждений и критических возможностей, улучшение ментальной активности, памяти, внимания, речи, способности к обучению.
- Повышение уровня бодрствования, ясности сознания.
- Адаптогенное действие – повышение толерантности к различным экзогенным факторам, повышение общей устойчивости организма к действию экстремальных факторов.
- Антиастеническое действие – влияние на слабость, вялость, истощаемость.

- Психостимулирующее действие – влияние на апатию, гипобулию, бедность побуждений, психическую инертность, психомоторную заторможенность.
- Седативное (транквилизирующее) действие, уменьшение раздражительности и эмоциональной возбудимости.
- Вегетативное действие (влияние на головную боль, головокружение, церебрастенический синдром).
- Анаболическое и иммуностимулирующее действие.

▪ *Купирующая, поддерживающая и корригирующая терапия.* **Купирующая терапия** направлена на экстренную терапию urgentных состояний в психиатрии (острый галлюциноз, делирий, психомоторное возбуждение и т.д.). Под понятием «**поддерживающая терапия**» подразумевается длительное применение психотропных средств после того, как основное лечение психофармакологическими средствами уже завершено. Этот вид терапии рассчитан на месяцы, годы. Поддерживающая терапия в таком виде, как она применяется в практике, имеет две разновидности.

А. Поддерживающая терапия в узком смысле слова. В этом случае речь идет о продолжительном приеме препаратов для получения более устойчивой ремиссии. Объектами этого вида терапии являются хронические больные или те, у которых наблюдаются периодические обострения психоза. В таком смысле поддерживающая терапия служит также вспомогательным средством реабилитационного комплекса.

Б. Поддерживающая терапия как психопрофилактический метод. Применение психотропных средств у больных, находящихся в состоянии устойчивой ремиссии, даже полностью включившихся в жизнь и в трудовые процессы, является в сущности не активным лечением, а профилактикой новых приступов, направленной на сохранение в течение возможно более длительного времени положительного результата проведенного лечения.

Корригирующая терапия – это терапия нерезковыраженных психических расстройств (невротического, аффективного круга), сопутствующих основному соматическому страданию, например, коррекция депрессивных проявлений у больных сахарным диабетом. Корригирующую терапию вправе проводить врач общего профиля, желательно после консультативного осмотра врача-психиатра.

▪ *Проблема терапевтической резистентности.* Для преодоления фармакологической резистентности в психиатрии используются дополнительные методы лечения: инсулино-коматозная терапия и электросудорожная терапия (ЭСТ), пиротерапия, депривация сна (при лечении депрессия), физиотерапевтические методы, рефлексотерапия.

▪ *Психотерапия* – система лечебного (немедикаментозного) воздействия на психику и через психику на организм человека. Проводится как правило специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик. Распространенные методы психотерапии: рациональная (когнитивная), суггестивная (использующая внушение, в том числе гипноза, поведенческой (бихевиоральная), аутотренинг, психоанализа. Показания – в основном, невротический уровень расстройств.

▪ *Профилактика и реабилитация.* Различают первичную, вторичную и третичную психопрофилактики. Методы **первичной профилактики**: генетическое консультирование, санитарное просвещение, гигиеническое воспитание, улучшение экологической обстановки и психологического климата в обществе. Методы **вторичной профилактики**: своевременное начало и рациональная организация лечения больного, поддерживающая терапия, решение проблемы «вращающихся дверей» (госпитализм,

частые поступления в стационар), экономическая эффективность психофармакотерапии, возможности повышения качества жизни больных. Методы **третичной профилактики** или **реабилитации**: трудотерапия и система «открытых дверей», преодоление **социальной стигматизации**, роль семьи в поддержании здоровья больного. Значение эпидемиологических показателей (заболеваемости, болезненности, инвалидности) для оценки эффективности профилактических мероприятий.

Контрольные вопросы

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

1. Нейролептики. Классификация по химическому строению и преобладающим эффектам. Спектр терапевтической активности, показания, противопоказания.
2. Основные клинические различия между атипичными (новыми) нейролептиками и классическими (традиционными).
3. Антидепрессанты. Основные классы, спектр терапевтической активности, показания, противопоказания, побочные эффекты и осложнения.
4. Фармакологические механизмы действия традиционных антидепрессантов (амитриптилина, мелипрамина, ингибиторов МАО).
5. Фармакологические механизмы действия антидепрессантов группы ИОЗС.
6. Препараты из группы транквилизаторов. Их использование в психиатрической и общесоматической практике. Спектр терапевтической активности. Побочные эффекты, осложнения.
7. Противосудорожные средства. Основные классы, терапевтический диапазон. Побочные эффекты и осложнения.
8. Нейропротекторная терапия, основные средства. Ноотропные препараты, их терапевтический диапазон.
9. Психостимуляторы, побочные эффекты, опасности связанные с применением психостимуляторов.
10. Побочные эффекты, вызванные применением нейролептиков (соматические, неврологические, психические).
11. Метаболические нарушения, вызванные приемом атипичных нейролептиков.
12. Лечение нейролептической дискинезии (синдром Куленкампа-Тарнова).
13. Понятие терапевтической резистентности, пути ее преодоления.
14. Психотерапия – понятие рациональной или когнитивной психотерапии.
15. Психотерапия – понятие суггестивной и поведенческой психотерапии
16. Психоанализ, определение.
17. Методы бихевиориальной (поведенческой) психотерапии: условно-рефлекторная терапия, биообратная связь, аутотренинг. Групповые методы психотерапии, преимущества и недостатки.
18. Реабилитация в психиатрии: значение психообразования.
19. Реадаптация в психиатрии: социальная и трудовая.
20. Стигматизация и дестигматизация.

Для педиатров дополнительно:

21. Особенности психофармакотерапии в детском возрасте.
22. Особенности психотерапии в детском возрасте (какие виды терапии невозможны, противопоказаны, какие, наоборот, предпочтительны)

II. Тестовые задания по теме № 9 «Методы терапии, профилактики и реабилитации в психиатрии»

Примеры тестовых заданий первого уровня:

№ 1

Какой препарат чаще всего используется для купирования психомоторного возбуждения:

1. Аминазин
2. Галоперидол
3. Реланиум
4. Димедрол

№ 2

Седуксен чаще всего используется:

1. При лечении эпилепсии
2. Эффективно купирует состояния тревоги и страха
3. Эффективно купирует острые галлюцинаторно-бредовые состояния
4. При лечении шизофрении

Примеры тестовых заданий второго уровня:

№ 1

Акатизия больше всего напоминает:

1. Атетоз
2. Дистонию
3. Синдром беспокойных ног
4. Сонную миоклонию

№ 2

Использование больших нейрорептиков противопоказано при одном из следующих состояний:

1. Острое беспокойство
2. Истерическая реакция
3. Витальная депрессия
4. Ажитированная депрессия

ЛИТЕРАТУРА, рекомендуемая для подготовки по теме

Основная:

1. Клиническая психиатрия: Учебное пособие для врачей и студентов мед. вузов. Пер. с англ. доп./гл.ред. Дмитриева Т.Б. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 505 с.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
3. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.

Дополнительная:

- Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1988.
- Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
- Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985.