

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 II

Ч А С Т Н А Я П С И Х И А Т Р И Я

Владикавказ, 2015 г.

Занятие № 7

План занятия

1. Разбор темы № 10 «Классификация психических расстройств» (0,5 час)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 10 (0,5 час)
3. Разбор темы № 11 «Органические (включая симптоматические) психические расстройства» (2 час)
4. Контрольные задания для усвоения темы № 11 (1 час)
5. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)

ТЕМА № 10: «Классификация психических расстройств»

ЦЕЛЬ:

Студент должен знать:	Студент должен уметь:	Студент должен владеть:
• Содержание основных рубрик Класса Y МКБ-10 – Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F 99)	• Уметь квалифицировать состояние больного в соответствии с имеющимся диагностическим заключением согласно МКБ-10	• Методами синдромологической оценки состояния

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Принципы классификации. Синдромальная и нозологическая классификация психических расстройств. Понятие эндогенных, экзогенных (в том числе соматогенных) и психогенных психических расстройств.

Синдромальная (психопатологическая) классификация – галлюцинозы, бредовые синдромы, аффективные и кататонные синдромы, синдромы деменции.

Классификация болезненных состояний по степени тяжести. А.Г. Иванов-Смоленский, разрабатывая классификацию основных психопатологических синдромов, исходил из принципа эволюционной мозговой морфологии. По его мнению, все синдромы составляют пять ступеней, а структура синдрома или нозологии определяется типом группы.

1 ступень. Судорожные состояния, при которых патологическое возбуждение или торможение охватывает все отделы головного мозга.

2 ступень. Фазовые состояния, промежуточные между сном и бодрствованием: онейроидные, сумеречные, делириозные и другие родственные им состояния.

3 ступень. Фазовые состояния, затрагивающие не только кору, но и подкорково-стволовые отделы. Сюда относятся кататонические синдромы.

4 ступень. Патодинамические структуры, носящие характер очагов патологически инертного застойного возбуждения (доминанта), переходящие в фазовые состояния типа ультрапарадоксальных фаз запредельно-охранительного торможения, продуцируя бред и галлюцинации.

5 ступень. Выход из строя молодых кортикальных структур соответствует невротическим, астеническим синдромам.

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. Основные варианты течения психических заболеваний (непрерывное, прогрессивное, регрессивное, рекуррентное, фазовое, приступообразное,

волнообразное). Продуктивные симптомы наиболее ярко выражены в остром периоде заболевания, негативные симптомы – на конечной стадии болезни.

Международная классификация болезней (МКБ-10, класс F).

I. Контрольные вопросы

по теме № 10 «**Классификация психических расстройств**»
для контроля теоретических знаний и практических умений
(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Синдромальная классификация психических расстройств – основные группы синдромов.
2. Классификация психопатологических синдромов по степени тяжести.
3. Продуктивные психопатологические симптомы, определение, виды.
4. Негативные психопатологические симптомы, определение, виды.
5. Нозологическая классификация психических расстройств – основные группы психических заболеваний и расстройств.
6. Классификация психических расстройств по этиологическому фактору (эндогенные, экзогенно-органические, психогенные расстройства).
7. Классификация по типу течения.
8. Понятие фазности течения.
9. Классификация по конечному состоянию (изменение личности, дефект, слабоумие, остаточные явления).
10. Отличие ремиссии от дефекта.

ТЕМА № 11: «Органические (включая симптоматические) психические расстройства»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
- Основные этиологические факторы органических психических расстройств: экзогенные (инфекционные, травматические и др.) и органические (дегенеративные, сосудистые и др.) - Патогенез развития органических психических расстройств	- Устанавливать этиологию психического расстройства - Назначать адекватные методы дополнительного исследования для установления этиологического фактора органического психического расстройства	Методом оценки данных дополнительного исследования для уточнения клинического диагноза органического психического расстройства

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

- Понятие *психоорганического синдрома* (органическое расстройство личности), основная симптоматика (эмоциональная возбудимость, когнитивное снижение, церебральная астения и истощаемость, расстройства поведения), его основные варианты (психопатический, псевдоолигофренический, синдром лобной доли). Значение методов специального обследования для установления диагноза (КТ и МРТ, РЭГ, ЭЭГ).
- Атрофические и дегенеративные заболевания мозга* – основные: болезнь Альцгеймера, Пика и хорея Гентингтона. Отличие психологических нарушений при атрофических и дегенеративных заболеваниях мозга от других видов органической патологии – быстрое прогрессирование, тяжелые конечные состояния.

Патопсихологический синдром при болезни Альцгеймера характеризуется малозаметным началом развития, но быстро прогрессирующим и приводящим к тотальной деменции.

Основные особенности атрофического процесса при болезни Альцгеймера:

- малозаметное и медленное начало;
- быстрое развитие слабоумия;
- расстройства всех когнитивных функций имеют одинаковый паттерн прогрессирования (в отличие, например, от опухолевого или атеросклеротического процесса); по Жислину, это печально "гармоническое" слабоумие.

Клиническая симптоматика при болезни Альцгеймера

- Амнестический синдром. В отличие от такового при старческом слабоумии и при атеросклерозе, не сопровождается оживлением прошлого ("жизнь в прошлом" или экмнезия не характерна).
- Агнозия - неузнавание предметов, окружающих, себя в зеркале ("симптом зеркала"), ложные узнавания.
- Растерянность, особенно на первых порах заболевания. В отличие от больных старческим слабоумием, больные болезнью Альцгеймера довольно долго сохраняют чувство болезни и собственной измененности, что выражается растерянностью (при старческом слабоумии - благодушие и эйфория).
- Апраксия - вначале бестолковость, беспомощность при выполнении привычных действий, затем грубые нарушения координации движений на фоне общей аспонтанности и снижения активности.
- Стереотипные действия (мнут, трут, теребят), перерастающие в подкорковые

- автоматизмы (оральный, хватательный рефлекс).
6. Афазия или распад речи. Распад речи идет в следующем порядке: семантическая афазия, амнестическая афазия, моторная и сенсорная. Наблюдаемые расстройства: эхолалии, парафазии, речевая аспонтанность, логоклония (речевой автоматизм, логоклоническое заикание), стоячие обороты речи, насильственное говорение.
 7. Аграфия, алексия, акалькулия (парietoальные симптомы).
 8. Психотические расстройства - отдельные галлюцинации, делириозные эпизоды, аффективные расстройства (тревога, раздражительность на фоне нарушенного сна), бред (чаще с тематикой обкрадывания), нарушение поведения (блуждания "туда-сюда", прятание вещей).
 9. Неврологическая симптоматика - помимо вышеперечисленной, могут наблюдаться судорожные явления, гиперкинезы.
 10. Кахексия, дистрофические нарушения.

Патогенетические механизмы и лечение болезни Альцгеймера

Как показали биологические исследования, одним из ранних проявлений заболевания является дегенерация холинергических нейронов. Установлено, что прогрессирующая дегенерация холинергических нейронов служит причинным фактором нарушения памяти, потери ориентировки и изменений в поведении и характере. Этот факт проложил дорогу применению антихолинэстеразных препаратов с целью повышения холинергической функции. Хотя в теории это выглядит весьма логичным, данные препараты не оправдали терапевтических ожиданий.

Помимо холинергической недостаточности, при болезни Альцгеймера установлены существенные нарушения в системах других нейротрансмиттеров, особенно норадреналина и серотонина. Эти данные легли в основу терапии ингибиторами МАО-В, такими как селегилин (юмекс), который повышает уровень серотонина и норадреналина в крови и вызывает улучшение когнитивной деятельности у больных с болезнью Альцгеймера.

Обнаружение нарушенного паттерна ганглиозидов в головном мозге лиц с болезнью Альцгеймера навело на мысль о лечении с помощью ганглиозидов. Был некоторый успех при назначении ганглиозида GM1. Было показано также, что ацетил -L - карнитин замедляет прогрессирование заболевания, оказывая влияние на синтез мембранных фосфолипидов.

Появление доказательств вовлечения в патологический процесс множественных нейротрансмиттерных систем (серотонинергической, глутаматергической) привело к разработке новых направлений в поисках средств фармакологической коррекции проявлений болезни. Акатинол мемантин - оригинальная моносубстанция, синтезированная фирмой "Merz" (Германия), представляет собой модулятор глутаматергической системы, он также может рассматриваться как неспецифический антагонист комплекса NMDA -рецепторов. Мемантин нормализует патологические изменения в формировании и проведении нервного импульса в центральной и периферической нервной системе, увеличивает высвобождение биогенных аминов, ингибируя их обратный захват, а также влияет на процесс транспорта ионов в нейрональной мембране.

Патопсихологический синдром при болезни Пика – превалирование лобной симптоматики с эйфорией, грубым социальным поведением, растормаживанием, либо апатией с аспонтанностью на фоне нерезко выраженного снижения памяти.

Патопсихологический синдром при хорее Гентингтона – сочетание хореоформных движений, деменции и наследственной отягощенности (заболевание передается одним аутосомальным доминантным геном). Деменция характеризуется преимущественным вовлечением в процесс функций лобной доли с относительно сохранной памятью.

Сенильная деменция или старческое слабоумие – заболевание старческого возраста, обусловленное атрофией головного мозга, проявляющееся постепенным распадом психической деятельности с утратой индивидуальных особенностей личности и исходом в тотальное слабоумие.

Патопсихологический синдром при болезни Паркинсона – симптомы деменции, которые развиваются на фоне установленной болезни Паркинсона (особенно в ее тяжелых формах). Каких-либо характерных симптомов деменции – нет.

▪ *Патология психических процессов сосудистого генеза* (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь): оба заболевания приводят ко вторичным изменениям вещества головного мозга - атрофия по ходу сосудов, размягчение вещества мозга, отечность мозговой ткани, острые расстройства мозгового кровообращения (инсульты).

Сосудистые психические расстройства делятся: 1) начальные синдромы (неврозоподобные, астенические); 2) синдромы деменции; 3) психотические синдромы (аффективные, параноидные, расстройства сознания).

Начальные синдромы

Основное место среди инициальных психических расстройств при сосудистых поражениях мозга занимает так называемый псевдоневрастенический синдром. У больных отмечаются головокружение, шум в ушах, головные боли, парестезии в лице, нарушения сна, слабость, утомляемость, повышенная истощаемость, раздражительность, гиперестезия, слезливость, эмоциональная лабильность. Трудоспособность снижается в связи со снижением психической деятельности - снижается объем восприятия, мышление, речь и моторика замедляются, нарушается репродукция материалов памяти в нужный момент.

В связи с сохранностью чувства болезни и известным критическим отношением к наступившим изменениям у больных легко возникают реактивные и невротические расстройства в виде тревожно-депрессивных реакций, ипохондрических состояний, различных страхов.

Параллельно наблюдается изменение личности в виде заострения личностных черт. Прежде всего усиливаются астенические компоненты характера - нерешительность, неуверенность в себе, склонность к депрессии.

Сосудистая деменция

Классическим типом сосудистой деменции является так называемый лакунарный или парциальный тип слабоумия, который определяется нарастающими нарушениями запоминания и воспроизведения, нарушениями хронологической датировки и ориентировки во времени, прогрессирующим затруднением и замедлением всех психических процессов. Такой тип слабоумия развивается постепенно при атеросклеротических процессах, манифестирующих в возрасте от 50 до 65 лет. У части больных синдром лакунарного слабоумия возникает более остро после нарушений мозгового кровообращения (часто по типу корсаковского амнестического синдрома).

Другой тип слабоумия, встречающийся при сосудистых поражениях головного мозга, получил название "псевдопаралитического" в связи с преобладанием в клинической картине эйфории, говорливости, расторможенности влечений, отсутствием чувства

болезни, резким снижением критики и уровня суждений - при относительно меньшей выраженности нарушений памяти. Псевдопаралитический тип сосудистой деменции обнаруживается обычно у больных более молодого возраста при выраженной гипертонической энцефалопатии или при лобной локализации очагов размягчения.

«Сосудистые» деменции в сравнении с атрофическими деменциями чаще сопровождаются психотическими расстройствами, проявление которых имеет некоторые закономерные черты:

- возникающие синдромы измененного сознания (сосудистый делирий) отличаются атипичностью, рудиментарностью и синдромальной незавершенностью;
- острые психотические расстройства часто бывают кратковременными, эпизодическими; их продолжительность нередко не превышает нескольких часов;
- другое их свойство - повторяемость, нередко многократная ("вечерние делирии");
- острые психотические эпизоды возникают на фоне обострения сосудистого процесса, что имеет важное диагностическое и терапевтическое значение.

Среди расстройств галлюцинаторно-параноидного круга характерен так называемый бред малого размаха или бред малых отношений (бред ущерба, преследования, ревности, бред сутяжничества и кверулянства, отравления и т.д.).

Депрессивные синдромы проявляются неглубокими, нечетко очерченными и колеблющимися в интенсивности депрессивными состояниями, для которых характерны слезливое или дисфорическое настроение, обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость поведения ("жалующиеся", "ноющие" депрессии).

▪ *Экзогенно-органические и соматогенные заболевания.* Понятие «экзогенного типа реакция» (К. Бонгеффер). Астения, расстройства сознания, памяти, интеллекта, пароксизмы как типичные проявления экзогенных заболеваний.

▪ *Психические нарушения при черепно-мозговых травмах.* Распространенность. Классификация: открытые (проникающие, непроникающие), закрытые (коммоции, контузии). Общие закономерности течения: регрессиентность, постадийная смена симптоматики. Клинические проявления в различные периоды: начальный (потеря сознания), острый (транзиторные психозы с эпилептиформным возбуждением, делирий, острый галлюциноз), период реконвалесценции (астения, вегетативные и вестибулярные расстройства), период отдаленных последствий (цереброастения, энцефалопатия с изменением личности, корсаковский синдром, хронический галлюциноз, посттравматическая эпилепсия, деменция). Лечение, реабилитация, экспертиза. Возможности компенсации церебральных функций.

▪ *Психические расстройства в связи с сифилитическим поражением ЦНС:* прогрессивный паралич, возникает вследствие поражения головного мозга бледной спирохетой. Инкубационный период прогрессивного паралича после заражения сифилисом колеблется от 6 до 30 лет. Клиническая картина в начальной стадии характеризуется повышенной истощаемостью, раздражительностью, снижением памяти и огрубением эмоций. Больные становятся не критичными, бестактными, на фоне выраженного снижения продуктивной деятельности. Основная характеристика деменции – не критичность, нелепые поступки, память относительно сохранна. На высоте состояния развивается эйфория, возникает фантастический бред величия, нелепый по своему содержанию: больные считают себя миллиардерами, утверждают, что у них дом построен из бриллиантов и т. п. Появляются неврологические и соматические расстройства — расстраивается речь (дизартрия), нарушается почерк; появляется рассеянная неврологическая симптоматика — отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении на аккомодацию, возникают апоплектиформные нарушения и эпилептиформные припадки. В соматическом состоянии нарастают трофические изменения — появляется повышенная

ломкость костей, сосудов, дегенерация паренхиматозных органов. Течение прогрессивного паралича без лечения прогредиентное: в течение 2-4 лет больные погибают в состоянии маразма. Диагноз ставят на основании наличия в психическом состоянии симптомов слабоумия, характерных неврологических расстройств, положительной реакции Вассермана в крови и в спинномозговой жидкости, увеличения цитоза и белка в спинномозговой жидкости, положительной реакции Ланге.

I. Контрольные вопросы

по теме № 11 «Органические (включая симптоматические) психические расстройства»

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

1. Понятие физиологической и патологической старости. Психические расстройства сенильного периода.
2. Нарушения психической деятельности при болезни Альцгеймера, основная симптоматика, течение, прогноз.
3. Этиология и патогенез болезни Альцгеймера, принципы терапии.
4. Нарушения психической деятельности при болезни Паркинсона.
5. Нарушения психической деятельности при хорее Гентингтона.
6. Нарушения психической деятельности при болезни Пика.
7. Психические расстройства на ранних этапах сосудистого поражения головного мозга (при начальном атеросклерозе и гипертонической болезни).
8. Психические расстройства на поздних этапах сосудистого поражения головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь), особенности «сосудистого» психоза.
9. Психические расстройства на поздних этапах сосудистого поражения головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь), особенности «сосудистой» деменции.
10. Характерологические изменения у больных с сосудистыми поражениями мозга («шаржирование»).
11. Психозы позднего возраста, особенности психопатологической симптоматики в структуре депрессивного и бредового синдромов.
12. Бред «малого размаха» или бред «житейских отношений», как особенность бредовых расстройств позднего возраста.
13. Нарушения психической деятельности при черепно-мозговой травме в остром периоде.
14. Нарушения психической деятельности при черепно-мозговой травме в отдаленном периоде.
15. Посттравматическое (органическое) изменение личности, наиболее характерная симптоматика.
16. Посттравматическое (органическое) диссоциативное расстройство.
17. Как протекает психоз, возникший на экзогенную вредность (нейротоксикоз, нейроинфекция), именно какие этапы наблюдаются в течении заболевания ?
18. Как протекает неврозоподобный этап при формировании слабоумия сосудистого генеза (жалобы больного, эмоциональные и когнитивные нарушения ?
19. Как протекает психопатоподобный этап при формировании слабоумия сосудистого генеза (какие поведенческие нарушения)?
20. Основные проявления посттравматического органического личностного расстройства: какие характерные жалобы, поведенческие проявления, эмоциональные проявления, когнитивные расстройства?

21. Прогрессивный паралич. Стадии течения. Клинические проявления (особенности психопатологического состояния).
22. Прогрессивный паралич. Соматические и неврологические симптомы. Серологическая диагностика. Лечение.

II. Тестовые задания

по теме № 11 «Органические (включая симптоматические) психические расстройства»

Примеры тестовых заданий:

№ 1

Структура симптоматического психоза определяется преимущественно одним из нижеследующих факторов:

1. Социальной средой
2. Полом больного
3. Этиологией соматического заболевания
4. Возрастом больного

№ 2

К выраженным психическим расстройствам сосудистого генеза относят, главным образом, следующие:

1. Синдром психического автоматизма
2. Делириозное состояние
3. Оглушение
4. Амнестические расстройства

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

Занятие № 8

План занятия

1. Разбор темы № 12 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ» (2 часа)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 12 (2 часа)
3. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)

ТЕМА № 12: «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• Клинику и стадии алкогольного опьянения • Клинику патологического алкогольного опьянения • Клинику похмельного синдрома • Клинику и закономерности развития алкогольного делирия • Вещества, относящиеся к наркотикам, прочие ПАВ, вызывающие зависимость • Структуру базового синдрома зависимости	• Уметь диагностировать состояние опьянения – алкогольного и другими ПАВ • Оказывать первую помощь при отравлении алкоголем и прочими ПАВ. • Купировать алкогольный абстинентный синдром • Купировать опииную абстиненцию • Купировать алкогольный делирий	• Техникой квалифицированного описания статуса при острой интоксикации алкоголем и прочими ПАВ • Алгоритмом купирования urgentных наркологических состояний – алкогольного делирия, абстиненции, острой интоксикации алкоголем и других ПАВ.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

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

- 1) Легкое алкогольное опьянение (0,5 – 1,5 ‰ алкоголя в крови). Характеризуется подъемом настроения, благодушием, ощущением комфорта, стремлением к общению. При этом снижается способность концентрации внимания, суждения становятся легковесными, собственные возможности завышаются. Возникающие в этом состоянии неприятности нередко воспринимаются спокойнее и проще. Лица в состоянии легкого алкогольного опьянения часто в стрессовых ситуациях выглядят даже спокойнее трезвых. Снижается объем и качество выполняемой работы, возрастает число ошибок. Нарушается восприятие времени и пространства, поэтому особо опасно алкогольное опьянение при работе на транспорте и с движущимися механизмами. Воспоминания обо всем периоде опьянения сохраняются в полной мере.
- 2) Опьянение средней тяжести (1,5 – 2,5 ‰ алкоголя в крови). В этой стадии алкогольного опьянения часто появляются раздражительность, неудовлетворение, недовольство, злоба. Возможно агрессивное поведение. Легко появляются выходящие из-под контроля переживания (переоценка своих возможностей, обиды и упреки в адрес окружающих лиц). Нарастает нарушение координации движений, постепенно развиваются сонливость и вялость. Опьянение средней тяжести обычно

сменяется глубоким сном. При пробуждении ощущаются последствия алкогольной интоксикации: слабость, вялость, разбитость, угнетенное настроение, жажда, снижение или отсутствие аппетита, неприятные ощущения в области сердца. О некоторых событиях, происходивших в период опьянения, может сохраняться не вполне четкое воспоминание.

- 3) Тяжелое алкогольное опьянение (2,5 – 3 ‰ алкоголя в крови). Сопровождается нарушением ориентировки в окружающем, речь замедляется, утрачивается мимика. Отмечаются вестибулярные расстройства: головокружение, тошнота, рвота. С нарастанием опьянения усиливается нарушение сознания, вплоть до развития комы, замедляется дыхание, понижается тонус сердечно-сосудистой системы, развивается обездвиженность, расслабление мышц. Иногда бывают судорожные припадки. В результате паралича дыхательного или сосудодвигательного центра может наступить смерть. В дальнейшем, в течение нескольких дней наблюдается астения, анорексия и расстройства ночного сна. Тяжелое алкогольное опьянение сопровождается полной амнезией.

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

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

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

Выделяют следующие наиболее важные формы патологического опьянения:

- 1) Эпилептоидная форма, которая может протекать с тяжелым расстройством сознания, возбуждением и полной потерей памяти (сумеречное расстройство сознания). Обычно сопровождается нарушением правильной ориентации во времени, пространстве и даже собственной личности, резким двигательным возбуждением, внезапными приступами страха, гнева, раздражительности или злобы. В некоторых случаях люди с таким видом опьянения могут совершать нападения на так называемых «мнимых врагов», причём их действия не сопровождаются речевой окраской, и носят характер автоматических или даже стереотипических.
- 2) Параноидная (галлюцинаторная) форма, которая в основном характеризуется психогенными моментами. Обычно сопровождается отрывочной и плохо разборчивой речью, часто агрессивного содержания, а также бредовой интерпретацией происходящего и окружающих. Зачастую, люди с таким расстройством утрачивают контакт с реальностью, и в их поведении преобладает элемент психомоторного возбуждения. В таком состоянии они способны совершать сложные и, порой, опасные действия, которые опасны для них самих и окружающих.
- 3) В некоторых источниках выделяют ещё один вариант патологического опьянения – это так называемая «алкогольная кататония». Она сопровождается стереотипными действиями, движениями, одними и теми же фразами, однотипными эмоциями, во многих случаях проявлениями негативизма (состоянием когда человек делает всё наоборот или вовсе отказывается делать то что его просят). Иногда наблюдаются и другие шизофреноподобные симптомы, но чаще лишь при наличии шизофренического отягощения (то есть у лиц с различными психическими заболеваниями).

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

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

Большой наркоманический синдром:

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



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

(1)

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

(2)

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

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

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

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

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

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

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

Алкогольный паранойд – проявляется в двух вариантах:

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

Лечение: нейролептики, антидепрессанты, витаминотерапия.

Корсаковский психоз – алкогольная энцефалопатия, при которой нарушения памяти и интеллекта сочетаются с периферическим полиневритом; характерна фиксационная амнезия при сохранении памяти на отдаленные события, пробелы памяти замещаются псевдореминесценциями, конфабуляциями; наблюдается вялость, апатия, тревога,

боязливость; критического отношения к своему заболеванию нет. Лечение: большие количества витаминов группы В1, В12, инъекции магнeзии, ноотропов.

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

Опийная наркомания

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

Последствия острого и хронического применения опиатов

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

Медицинские синдромы, связанные с употреблением опиатов

Синдром	Объективные признаки	Субъективные признаки
Острая интоксикация	Сознание ясное, признаки седации, впечатление «дремлющего» Точечные зрачки	Настроение от нормального до эйфории
Острая передозировка	Без сознания Медленное поверхностное дыхание	нет
Синдром отмены:		

предшественники (3-4 ч после последнего приема)		Чувство тревоги Усиление влечения Действия, направленные на приобретение наркотика
Ранние проявления (8-10 ч после последней дозы наркотика)	Зевота Ринорея Слезотечение Расширенные зрачки	Тревога, нетерпение Действия, направленные на приобретение наркотика
Развившийся синдром (1-2 суток после последнего приема)	Тремор Пилоэрекция Рвота, диарея Лихорадка Спазмы мышц Ж/к колики Подъем АД Тахикардия Гипотензия Брадикардия	Ажитация Мышечная боль Импульсивное поведение Головная боль, озноб Раздражительность Бессонница
Затяжная абстиненция (до 6 месяцев)		Пассивность Бессонница Отсутствие аппетита Тяга к наркотику

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

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

Злоупотребление кокаином

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

Признаки возбуждения адренергической системы при потреблении кокаина

Повышение артериального давления

Тахикардия

Периферическая вазоконстрикция (уменьшение кровотечения при операции на слизистых)

Мидриаз

Гипергликемия

Гипертермия

Тахипноэ

Потоотделение

Стимуляция мозговой деятельности

Задержка мочеиспускания и запор

Снижение чувства голода

Повышение основного метаболизма

Усиление электрической активности мозга (альфа-ритм)

Повышение сократимости миокарда

Действие кокаина на функцию мозга

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

Эффекты воздействия кокаина

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

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

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

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

Бредовое расстройство проявляется преимущественно в персекуторном бреде. Пациент может сначала испытывать чувство подозрительности и любопытства, что является источником интереса. На последующих стадиях подозрительность, тревожность и паранойя способны вызвать приступ неистовства и агрессии. Галлюцинации могут возникнуть в течение 1 года после систематического приема кокаина.

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

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

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

Злоупотребление гашишем

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

Злоупотребление прочими психоактивными веществами (ПАВ). Токсикомании.

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

Привыкание к приему препаратов седативного действия с формированием синдрома зависимости также широко распространено. Основные группы веществ, вызывающих зависимость – транквилизаторы, барбитураты, ГАМК-ергические средства (оксибутират натрия, лирика), антидепрессанты (коаксил), антигистаминные средства, кофеин, летучие растворители, М-холинолитические препараты центрального действия (атропин, циклодол), ЛСД и галлюциногены, прочие средства (клофелин, баклофен, тропикамид, кодеинсодержащие препараты и др.).

Никотиновая зависимость

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

▪ Терапия болезней зависимости.

Основные принципы лечения состояний зависимости

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

Различают следующие мотивационные установки первичного влечения:

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

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

Контрольные вопросы

по теме № 12 «**Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ**»

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

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

II. Тестовые задания

по теме № 12 «**Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ**»

Примеры тестовых заданий:

№ 1

При опьянении каким из ниже перечисленных средств поведение человека является наиболее социально опасным:

1. Лирика и прочие седативные
2. Гашиш
3. Фенобарбитал и прочие барбитураты
4. Героин прочие препараты опийной группы

№ 2

Синдром измененной реактивности организма при наркомании включает в себя, главным образом, следующие признаки:

1. Предпочтение определенному наркотику
2. Развитие толерантности
3. Состояние дискомфорта в отсутствии наркотика
4. Наличие первичной психической зависимости

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.
4. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
5. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
6. Психиатрия и наркология: учебник /Иванец И.Н. и др., М: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.

Дополнительная:

7. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
8. Шабанов П.Д. Наркология: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-МЕД., 2003. -506 с.

Занятие № 9

План занятия

1. Разбор темы № 13 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (2 часа)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 13 (2 часа)
3. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)

ТЕМА № 13: «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• Распространенность шизофрении, основные этиологические факторы • Основные клинические проявления шизофрении • Течение заболевания и прогноз • Принципы терапии и реабилитации больных шизофренией	• Квалифицировать психическое состояние заболевшего шизофренией • Умением сбора анамнеза (выявление наследственного, психогенного факторов) и выяснением патогенетической картины • Умением деонтологически правильно вести беседу с заболевшим шизофренией	• Методами оценки психического статуса больного шизофренией с выделением и разделением продуктивных (психотических) и негативных (дефицитарных симптомов) • Способами оказания первой (психофармакологической) помощи при основных психопатологических проявлениях шизофрении

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

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

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

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

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

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

ее положения, а именно раннее начало болезни и ослабоумливающий ее характер, позднее подверглись критике.

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

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

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

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

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

Среди **биохимических гипотез** можно выделить следующие: **катехоламиновые гипотезы**, рассматривающие роль дисфункции обмена норадреналина и дофамина в нейробиологических процессах; **индоламинная гипотеза**, постулирующая участие серотонина и его метаболитов в механизмах психической деятельности. Но наиболее убедительной в последнее время считается **дофаминовая гипотеза** психозов. Анатомически дофаминовая система состоит из ряда подсистем: нигростриальная система, мезолимбическая, мезокортикальная система. В стриатуме больных шизофренией посмертно обнаруживают увеличение дофаминовых рецепторов более, чем на 100 %. Исследования СМЖ отмечают возможность снижения активности дофамина у больных шизофренией, особенно у больных с дефицитарной симптоматикой.

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

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

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

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

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

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

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

Особенности шизофренического мышления:

- Аутизм.
- Символика.
- Резонерство.
- Амбивалентность - способность к абстрактному мышлению в сочетании с примитивностью, ходульностью высказываний.
- Агглютинация (сгущение) понятий.
- Замещение понятий и представлений. К примеру, больной заявляет, что он «слышал», как директор «показал ему язык».
- Соскальзывание мысли (мимоговорение).
- Задержка мысли, «шперрунг».
- Застой в мыслях - стереотипные представления.
- Наплыв мыслей, ментизм.
- Неравномерность нарушения мыслительных процессов – относительная сохранность некоторых видов мыслительной деятельности, например, конструктивной, счетной, при нарушении других.
- Формально-логическая, операционная сохранность мыслительных процессов.
- Относительная сохранность ранее полученных знаний при ослаблении влияния прошлого опыта на актуальную деятельность.
 - Нарушения восприятия при шизофрении: нарушение актуализации прошлого опыта, изменение мотивационной основы восприятия, вплоть до галлюцинаторных явлений.
 - Нарушения эмоциональной сферы – снижение силы аффектов и их неадекватность, амбивалентность.
 - Нарушения побуждений и воли:

Расстройства поведения и активности, волевые нарушения

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

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

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

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

Непрерывно текущая шизофрения - основная, наиболее полно отражающая особенности шизофрении в исторически сложившемся представлении об этой болезни. На всех проявлениях болезни лежит печать инертности, поступательного развития в отличие от приступообразности (фазности), свойственной периодической шизофрении. Степень прогредиентности процесса может быть различной - от чрезвычайно вялого, близкого к «латентному», медленного течения с нерезкими изменениями личности до грубо прогредиентных форм, при которых через 1-2 года после манифестации болезни следует катастрофический распад личности.

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

▪ **Шизотипическое расстройство.** Понятие малопргредиентной или **вялотекущей шизофрении**. В связи с малой прогредиентностью клиническая картина болезни характеризуется синдромами, свидетельствующими о неглубоком расстройстве деятельности психики - неврозоподобными состояниями, наличием сверхценных, паранойяльных идей. Развитие этих синдромов обычно растянуто на многие годы. При начале в юношеском возрасте клиническая картина складывается в основном из признаков искажения, утрирования психических свойств, характерных для «переходного» возраста – аффективные нарушения, психопатоподобные проявления, явления деперсонализации. Развитию психических нарушений предшествует инициальный период

- типа астении с колебаниями настроения, раздражительностью, некоторой отгороженностью, рефлексией. Чаще всего возникает **неврозоподобная форма с навязчивостями**, которые отличаются от соответствующего невроза наличием моносимптома (монофобия). Через несколько лет этот симптом становится чрезвычайно инертным, к нему присоединяются однообразные стереотипные ритуалы. Обращает внимание быстрое потускнение аффективной окраски фобии, крайне слабо выраженный компонент борьбы с навязчивостями и близость этих явлений к явлениям психического автоматизма и ипохондрическому бреду. Стремление к выполнению ритуальных действий начинает доминировать, приобретая сверхценный характер. Больные крайне враждебно относятся к попыткам близких помешать выполнению ритуалов. Особенностью шизофренических астенических нарушений является легкое возникновение нарушений мышления при незначительном умственном напряжении, при отсутствии жалоб на утомляемость, слабость. Сознание болезни сохранено, часто болезненно заострено.

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

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

Бредовое состояние характеризуется:

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

История выделения паранойи, как самостоятельной формы и параноидной шизофрении

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

Основные формы параноидной шизофрении

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

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

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

I. Контрольные вопросы

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

1. Шизофрения (определение, основные закономерности течения, принципы дифференциальной диагностики). Симптоматика начального периода.
2. Шизофрения. Основные клинические (синдромальные) формы. Связь между ведущей симптоматикой и прогнозом.
3. Шизофрения. Основные типы течения. Признаки, свидетельствующие о благоприятном и неблагоприятном прогнозе при шизофрении.
4. Что относится к продуктивной симптоматике при шизофрении?
5. Что относится к негативной симптоматике при шизофрении?
6. Юношеская злокачественная шизофрения (основные варианты, типичная симптоматика, прогноз).
7. Параноидная шизофрения.
8. Особенности бредовых психозов, возникающих в пожилом возрасте (инволюционный параноид).
9. Кататонная шизофрения.
10. Понятие шизоаффективного расстройства.
11. Вялотекущая шизофрения (шизотипическое расстройство), типичная симптоматика.
12. Понятие шизофренического дефекта, его клиническая характеристика. Виды дефекта: апатико-абулический и псевдоорганический.
13. Основные проявления шизофренических расстройств мышления: аутизм, резонерство, символизм.
14. Основные проявления шизофренических расстройств мышления: ментизм, шперрунг, агглютинации, «соскальзывание», стереотипии.
15. Основные проявления шизофренических расстройств мышления: схизис, амбивалентность, паралогичность, разноплановость.
16. Основные проявления эмоциональных нарушений при шизофрении (эмоциональная неадекватность, холодность, гипоэкспрессия, парамимии, чувственный схизис, эмоциональная извращенность, чувственное снижение).
17. Речевые расстройства: а) связанные с расстройствами мышления; б) связанные с расстройствами коммуникативных функций; в) нарушение семантической составляющей речи; г) нарушение материальной структуры речи.
18. Методы терапии шизофрении, тактика врача при острых приступах шизофрении и при хроническом непрерывном течении.
19. Понятие стигматизации больных шизофренией, пути ее преодоления.
20. Реабилитация и реадaptация больных шизофренией. Роль семьи и общества.

II. Тестовые задания

по теме № 13 «**Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства**»

Примеры тестовых заданий:

№ 1

«Ядерным» симптомом эмоциональных расстройств при шизофрении является:

1. Слабодушие
2. Апатия
3. Эмоциональная возбудимость
4. Дисфория

№ 2

Для злокачественной шизофренией характерны, главным образом, следующие проявления:

1. Начало болезни с негативной симптоматики
2. Возникновение болезни в пожилом возрасте
3. Начало болезни с острого психоза
4. Выраженные расстройства памяти

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. Руководство по психиатрии. Ред Академика АМН СССР А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983 г., т.1-2.

Дополнительная:

5. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
6. Кемпинский А. Психология шизофрении. Пер. с польск. С.-Пб., 1998 г. 294 с.

Занятие № 10

План занятия

1. Разбор темы № 14 «**Аффективные расстройства**» (1 час)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 14 (1 час)
3. Разбор темы № 15 «**Невротические и другие связанные со стрессом расстройства**» (1 час)
4. Контрольные задания для усвоения темы № 15 (1 час)
5. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)

ТЕМА № 14: «**Аффективные расстройства**»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• Распространенность аффективной патологии, в частности депрессий, основные этиологические факторы • Основные клинические проявления маниакальных и депрессивных состояний • Принципы терапии депрессивных состояний	• Квалифицировать психическое состояние больного с аффективной патологией • Определять тяжесть депрессивных явлений, прогнозировать суицидальные тенденции • Умением деонтологически правильно вести беседу с больным с суицидальными тенденциями • Оказать первую помощь депрессивному больному	• Методами оценки психического статуса больного с аффективной патологией • Способами оказания первой (психофармакологической) помощи при маниакальном и депрессивном состоянии

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

- *Определение маниакально-депрессивного психоза (биполярного расстройства).*

МДП имеет следующие характеристики:

- 1) приступообразность течения и фазность (фазы депрессивные и фазы маниакальные);
- 2) периодичность, повторяемость;
- 3) обратимость или отсутствие после приступа признаков снижения личности.

В связи с большой распространенностью депрессивных состояний помимо биполярного расстройства в МКБ-10 отдельно выделяются диагностические категории «Депрессивный эпизод» и «Рекуррентное депрессивное расстройство», основные симптомы которых следующие:

- 1) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- 2) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- 3) идеи виновности;
- 4) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 5) суицидальные мысли;
- 6) нарушенный сон;
- 7) сниженный аппетит.

Отдельно выделяются нерезковыраженные расстройства настроения, такие как циклотимия и дистимия. **Циклотимия** – это состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости (как

бы «стертая» форма МДП). **Дистимия** – это нерезковыраженное депрессивное состояние, но хроническое и длительное, имеющее тенденцию к широкому распространению в последнее время.

▪ *Другие виды депрессивных состояний.*

Анестетическая депрессия – депрессия, в структуре которой преобладает болезненное чувство бесчувствия вплоть до состояний дереализации и деперсонализации.

Ананкастическая депрессия – депрессия, сочетающаяся с навязчивостями. Здесь возможны два варианта – наиболее распространенное состояние, собственно обсессивно-фобическое расстройство (ОФР), осложненное депрессией («стадия отчаяния»), и более редкое состояние эндогенной депрессии, в которой в качестве «депрессивных эквивалентов» выступают навязчивости. Вся психическая жизнь сосредотачивается на депрессивных идеях виновности с поиском возможных просчетов, ошибок («мыслительная мельница»).

Маскированная или скрытая депрессия. Это депрессивное заболевание, при котором соматические симптомы выступают на первом месте в клинической картине болезни, а психопатологические ее проявления остаются на заднем плане. Основные виды маскированных депрессий следующие:

Алгически-сенестопатический вариант – это своеобразные, с особой окраской, трудно поддающиеся описанию мучительные боли и сенестопатии (абдоминальный, кардиалгический и цефалгический синдром).

Агриппнический вариант – расстройство сна: ранее пробуждение, сокращение продолжительности ночного сна, отсутствие эффекта от снотворных препаратов, утрата чувства сна.

Диэнцефальный вариант – вегето – сосудистые кризы, вазомоторно-аллергические нарушения, псевдоастматические приступы.

Наркоманическая (алкогольная) депрессия – возникает в период абстиненции и является причиной дальнейшей алкоголизации.

Аминазиновая депрессия – депрессия, вызванная длительным приемом нейролептиков.

Инволюционная меланхолия – депрессивные состояния развивающиеся после 40 лет, в патогенез которых лежит фактор «обратного развития» организма.

▪ *Тревожные расстройства.* Существующие две категории тревожных расстройств – **генерализованное тревожное расстройство (ГТР)** и **паническое расстройство (ПР)**, объединяются одним клиническим феноменом – тревогой, и на основании этого включенные в МКБ-10 и DSM-III в одну рубрику – тревожные расстройства, тем не менее характеризуются множеством иногда прямо противоположных клинко-динамических, эпидемиологических, генетических и других признаков.

Паническое расстройство было выделено в отдельную диагностическую категорию в 1980 г. Американской психиатрической ассоциацией, и как диагностическая категория рассматривается, главным образом, в психиатрии США и некоторых западноевропейских странах. В отечественной психиатрии панические состояния описывались до сих пор в структуре других нозологических форм – от диэнцефальных синдромов, неврозов до шизофрении. Согласно данным эпидемиологического обследования, ПР встречаются у 2-5 % лиц в общей популяции и у 10-14 % лиц, обращающихся за помощью в кардиологические лечебные учреждения. Клиническая картина заболевания характеризуется внезапными приступами интенсивного страха, сопровождающегося симптомами соматического или психического неблагополучия (непреодолимый страх смерти или страх сойти с ума при полном отсутствии критики с отсутствием компонента борьбы, иногда с включением идеаторных и деперсонализационных компонентов), с последующим развитием тревожно - фобической симптоматики в межприступные периоды.

Диагноз ПР устанавливается лишь при наличии следующих критериев:

- Должно быть не менее 4 приступов паники за 4-хнедельный интервал.
- Приступы должны сопровождаться опасением наступления следующих приступов.
- Должны наблюдаться следующие симптомы:
 1. Одышка.
 2. Головокружение, слабость.
 3. Сердцебиение, тахикардия.
 4. Тремор.
 5. Потоотделение.
 6. Ощущение удушья или нехватки воздуха.
 7. Тошнота, дискомфорт в желудке.
 8. Деперсонализация, дереализация.
 9. Парестезии (ощущение покалывания, немоты в конечностях).
 10. Боль или дискомфорт в груди.
 11. Чувство жара и покраснения лица, либо, наоборот, чувство холода.
 12. Страх смерти.
 13. Страх сойти с ума или совершить неконтролируемые поступки.

Диагностические критерии **генерализованного тревожного расстройства** менее четкие, чем критерии панического расстройства. К диагностическим критериям ГТР относят: моторное напряжение, вегетативная гиперреактивность, состояние чрезмерной бдительности и связанная с этим фактором бессонница, чрезмерная поисковая активность. Если при ПР тревожная симптоматика носит клонический характер, то при ГТР – тонический характер.

- *Особенности протекания депрессии в различных возрастных группах.*

Особенности депрессии у детей заключается в том, что атипичность или соматизированность депрессии является типичной. Соматические нарушения депрессивного генеза носят полисистемный характер. Нередко поведение детей резко меняется – в виде плаксивости, «нытья», вялости, конфликтности, они становятся непоседливыми. Почти всегда наблюдается обратная зависимость между выраженностью депрессивных и соматических нарушений.

Особенности депрессии в позднем возрасте. У пожилых больных с выраженными явлениями церебрального атеросклероза депрессия может протекать с картиной сосудистой деменции, что вначале затрудняет выделение соответственно депрессивной симптоматики, лишь после окончания депрессивной фазы обнаруживается, что «деменция» носит обратимый характер. В пожилом возрасте при возникновении депрессии следует различать депрессию с когнитивными нарушениями или так называемую «депрессивную деменцию» или, вернее, «депрессивную псевдодеменцию» и деменцию с симптоматикой депрессии, в которой аффективные нарушения являются вторичными по отношению к дегенеративным нарушениям.

- *Лечение аффективных психозов и профилактика обострений в период интермиссии.*

Фармакологические свойства антидепрессантов и их клинический эффект

Фармакологические свойства и препараты	Клинический эффект
Блокада захвата норадреналина – ИМАО (ниаламид, нуредаль), трициклические (мелипрамин, амитриптилин), гетероциклические (пиразидол, лудиомил)	Ослабление симптомов депрессии Осложнения: Тремор Тахикардия Нарушение эрекции Усиление прессорного действия

	симпатомиметических аминов
Блокада гистаминовых Н ₁ -рецепторов – трициклические, гетероциклические (миансерин, мапртилин)	Усиление действия депрессантов и седативных препаратов: Седативный эффект Сонливость Гипотензия Прибавка в весе
Блокада захвата серотонина, СИОЗС – «новейшие» антидепрессанты (флуоксетин, гептрал, портал, амиксид, коаксил, прозак, сертралин, герфонал, гидифен)	Ослабление депрессии Осложнения: Ж/к расстройства Тревожность Гипотензия

Особенности лечения депрессии в детском возрасте. Детям до 9 лет назначаются только адаптогены и седативные препараты растительного происхождения. При отсутствии эффекта в течение 2 недель назначаются антидепрессанты, не обладающие холинергическим эффектом (азафен, ипразидол) в небольших дозах, в сочетании с транквилизаторами дневного действия (мебикар, мезапам). Детям 10-11 лет дозы антидепрессантов можно постепенно увеличивать. Подросткам 12-17 лет можно уже назначать все известные виды антидепрессантов.

▪ **Суицидоопасность.** Различают суицидальные мысли и суицидальные намерения. При установлении истинного и стабильного характера суицидальной тенденции больные нуждаются в недобровольной госпитализации.

I. Контрольные вопросы
по теме № 14 «**Аффективные расстройства**»
для контроля теоретических знаний и практических умений
(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Биполярное расстройство, понятие фазности течения.
2. Соматические расстройства при депрессии.
3. Антидепрессанты,
4. Генерализованное тревожное расстройство. Основные проявления. Терапия.
5. Паническое расстройство. Основные проявления.
6. Терапия панического расстройства – острого периода (купирование) и профилактическая.
7. Анксиолитики, механизм действия, основные виды..
8. Большой депрессивный эпизод, основные симптомы. Раптус меланхоликос. Первая помощь.
9. Нерезковыраженные депрессивные состояния у соматически больных. Назначение антидепрессантов (препараты, дозировки).
10. Маниакальное состояние, первая помощь, тактика ведения пациента.
11. Понятие циклотимии.
12. Понятие хронической депрессии (дистимии), лечение.
13. Особенности аффективных психозов, возникающих в пожилом возрасте (инволюционная меланхолия).
14. Особенности депрессии у подростков (неврозоподобные и психопатоподобные состояния).
15. Понятие анестетической депрессии, клиника.
16. Понятие наркоманической (алкогольной депрессии), патогенез.
17. Понятие маскированной депрессии.
18. Бредовые идеи депрессивного характера.

19. Диагностика суицидоопасности при депрессиях.
20. Показания к недобровольной госпитализации при маниакальном и депрессивном состоянии.

II. Тестовые задания

по теме № 14 «Аффективные расстройства»

Примеры тестовых заданий:

№ 1

Характерные признаки панического расстройства:

1. Постепенное начало, постоянный страх смерти, утрата интересов
2. Навязчивое влечение совершить неконтролируемые поступки
3. Избегающее поведение, социальная изоляция
4. Внезапное начало, чувство страха смерти, выраженные физические проявления

№ 2

Для витальной депрессии характерно следующее:

1. Печальное настроение
2. Симпатикотония
3. Моторная и идеаторная заторможенность
4. Тревога

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. Руководство по психиатрии. Ред Академика АМН СССР А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983 г., т.1-2.

Дополнительная:

5. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
6. Депрессии и коморбидные расстройства. /Под. ред. А.Б.Смулевича. 1997 г., 318 с.

ТЕМА № 15: «Невротические и другие связанные со стрессом расстройства»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• Этиопатогенез невротических и связанных со стрессом расстройств • Основные симптомы пограничной психопатологии • Принципы терапии невротических расстройств (фармакотерапия + психотерапия)	• Квалифицировать психическое состояние больного с пограничной патологией • Определять тяжесть невротических явлений, прогнозировать вопросы трудоспособности • Проводить необходимую терапию при невротических и других связанных со стрессом расстройствами	• Методами оценки психического состояния больного с пограничной патологией • Методами лечения больных с невротическими расстройствами

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Этиология и патогенез невротических и связанных со стрессом расстройств.* Роль преморбидных особенностей личности. Реакция человека на психотравмирующую ситуацию, значение гиперкомпенсаторной роли защитных механизмов в развитии психических расстройств. Содержание класса F 4 МКБ-10: острые реакции на стресс, реактивные состояния, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации и невротические развития. Понятие стресса и дистресса, психической травмы, межличностного и внутриличностного (невротического) конфликтов:

- **Стресс** (от англ. давление, напряжение) – психическое и физиологическое состояние, которое возникает в ответ на разнообразные экстремальные воздействия. Стресс вызывается ситуацией опасности, возрастания ответственности, необходимостью быстро принять важное решение, большими умственными и волевыми нагрузками и т. д.

- **Дистресс** (от греч. dys – приставка, означающая расстройство + англ. stress – напряжение) – стресс, связанный с длительным переживанием выраженных негативных эмоций, оказывающих вредное влияние на здоровье

- **Психологическая травма или психическая травма или психотравма** – вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику. В юриспруденции рассматривается как моральный ущерб.

- **Невротический конфликт** – термин Мясникова (1960), обозначает основное психологическое противоречие, способное повлечь развитие невроза. Например, это конфликт между желанием и чувством долга.

▪ *Острые реакции на стресс:* аффективно-шоковые (ступор или возбуждение) и истерические психозы – синдром Ганзера (псевдодеменция), пуэрилизм, истерические сумерки (трансы).

- **Синдром Ганзера** (псевдодеменция) – истерическое сумеречное помрачение сознания с преобладанием в клинической картине явлений мимоговорения (неправильные ответы на простые вопросы).

- **Пуэрилизм** – форма истерических психозов, характеризующаяся детскостью поведения на фоне истерически суженного сознания.

- **Истерические сумеречные состояния** – своеобразные расстройства, проявляющиеся наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку. Поведение больных в таких случаях чрезвычайно выразительно, иногда театрально.

▪ *Затяжные реактивные состояния:* реактивная депрессия, реактивные параноиды, а также затяжные диссоциативные расстройства.

Диссоциативные и конверсионные расстройства. Основной патогенетический механизм различных истерических синдромов – диссоциация (расщепление), разъединение, выражающееся прежде всего утратой способности к синтезированию психических функций и сознания. Сужение поля сознания допускает выпадение из-под контроля личности некоторых психических функций, благодаря чему они становятся эмансипированными и управляют поведением индивида.

Диссоциативная амнезия. Утрата больным памяти, обусловленная стрессом или травмирующим событием, при сохранении способности к усвоению новой информации.

Диссоциативная фуга. Неожиданный, внезапный уход пациента из дома или работы и последующая неспособность вспомнить основные сведения о своей личности.

Близко к диссоциативной фуге примыкает диссоциативное расстройство идентификации или **множественная личность**. Множественная личность – это идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нем одном; каждая из них периодически доминирует, определяя его взгляды, поведение таким образом, как если бы другие личности в этот момент отсутствовали.

▪ *Расстройства адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром», «афганский синдром», «чеченский синдром») – психологическое состояние, которое возникает в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей. Отличается пролонгированным воздействием, имеет латентный период, и проявляется в период от шести месяцев до десяти лет и более после перенесения однократной или повторяющейся психологической травмы. Течение ПТСР проявляется повторяющимся и навязчивым воспроизведением в сознании психотравмирующего события. При этом испытываемый пациентом стресс превышает тот, который он ощущал в момент собственно травмирующего события, и часто является чрезвычайно интенсивным переживанием, вызывающим мысли о суициде с целью прекратить приступ. Также характерны повторяющиеся кошмарные сны. При этом пациент усиленно избегает мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой, а также действий, мест или людей, которые инициируют эти воспоминания. Характерна психогенная амнезия, пациент не способен воспроизвести в памяти психотравмирующее событие в подробностях. Имеет место также постоянная бдительность и состояние постоянного ожидания угрозы. Состояние часто осложняется соматическими расстройствами и заболеваниями – в основном со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем.

▪ *Неврозы, основные виды:* неврастения, психастения, ипохондрический невроз.

- **Неврастения** – невроз истощения, в переводе буквально означает «слабость нервов». На первый план выступает слабость и раздражительность, превалирование той или другой соответственно порождает две формы: гипостеническую и гиперстеническую формы.

Сомато - неврологические проявления при неврастении

1. Гиперстезия – гипераккузия, слезливость, непереносимость запахов и т.д.
2. Гиперрефлексия. Рефлексы вызываются даже при легком прикосновении к соответствующим точкам.

3. Гипералгический синдром, который крайне разнообразен. Это могут быть миалгии, и неопределенные боли во внутренних органах, боли в подошве или пятке, в суставах, головные боли. Головные боли имеют полиморфный характер (жгучие, давящие, тянущие, колющие, тупые) и разнообразную локализацию. Одним из постоянных симптомов является ощущение опоясывающего сдавления головы («симптом обруча»). Возможно, что «неврастенический шлем» вызван повышенным напряжением черепных мышц. Это напряжение больной чувствует и в лицевых мышцах, при этом больные жалуются на тяжесть век, их дрожание, усталость глазных яблок. Головная боль нередко сочетается с болезненностью кожи головы.
4. Головокружения, ортостатические нарушения. Снижение общего тонуса, в особенности сосудистого и мышечного, сопровождается тремором, усиливающимся при незначительном эмоциональном волнении.
5. Диэнцефально-вегетативная лабильность в виде легко возникающих состояний гипер- или гипотензии, учащении или дизритмии пульса, появлении стойкого красного дермографизма, в тенденции к субфебрилитету с чувством зябкости, склонности к акроцианозу. При наличии синдрома вегето-сосудистой дистонии внешний вид больного принимает характерный облик – это типичная бледность лица с темными кругами под глазами.
6. Гипергидроз – общий и локальный (лоб, ладони).
7. Полиурия, психогенно обусловленная, сопровождающаяся частыми позывами на мочеиспускание, характерна также лабильность плотности мочи.
8. Диспепсические расстройства – приступы острого чувства голода, сочетающиеся с утратой аппетита, чувство тяжести в эпигастриальной области после приема пищи, ощущение переполненности желудка, сопровождаемое отрыжкой и рвотой, затруднения глотания, чувство плохой проходимости пищевода. Поносы сочетаются с запорами.

Последним и заключительным проявлением неврастения является невротическая депрессия, которая в настоящее время отнесена к группе дистимических расстройств настроения и которая, как правило, указывает на утяжеление невротической симптоматики и переход на стадию аффективных расстройств.

- **Психастенический невроз.** Для психастении характерны чрезмерная мнительность, впечатлительность, ранимость, застенчивость, чувство тревоги, пугливость, слабость инициативы, нерешительность, неуверенность в себе, в будущем, которое представляется бесперспективным, несущим неудачи, неприятности. В связи с этим появляется боязнь нового, неизвестного. Психастеник с трудом отступает от заведенного порядка, отличается педантичностью, из-за бесконечных сомнений все делает медленно, снова и снова проверяя правильность предпринятых действий. Им свойственны ригидность мышления, склонность к мучительному самоанализу, отвлеченным рассуждениям. Кроме того, наблюдаются невыраженность влечений; острее и ярче переживается прочитанное, чем происходящее в действительности; возможны ощущения неполноты жизни, деперсонализационно-дереализационные нарушения. Как и для астеников, для психастеников характерны раздражительная слабость с вегетативной неустойчивостью, впечатлительность, быстрая утомляемость, реакция гиперкомпенсации. Однако у психастеников обычно эти особенности менее выражены, чем у астеников.

- **Ипохондрический невроз** – патологическое состояние с необоснованно повышенным вниманием к своему здоровью и убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания. Эта форма болезни может вытекать из других форм неврозов, например, психастенического невроза, или возникать самостоятельно в психотравмирующих ситуациях определенного характера (ятрогенные ситуации). Объективного подтверждения такие мнимые болезни и ощущения обычно не находят, что создает почву для последующих обращений к врачу и обследований. Мысли о тяжелом неизлечимом

заболевании приобретают доминирующий, сверхценный характер, а хождение по больницам и посещение врачей становится способом существования таких больных.

- Невротические и невротоподобные реакции при соматических заболеваниях – невротические развития, в которых психотравмирующим фактором является наличие длительного физического страдания или соматического заболевания.

▪ *Соматоформные расстройства.* Главной особенностью этих расстройств являются постоянные жалобы пациента на здоровье при отсутствии объективных признаков какого-либо патологического процесса, с отчетливой патогенетической связью между их возникновением после состояний стресса или фрустрации.

Различают следующие виды соматоформных расстройств:

- 1) соматизированные
- 2) конверсионные или диссоциативные
- 3) ипохондрические (истерическая симуляция).

Соматизированное расстройство. Соматические жалобы не связаны с какой-либо одной системой органов, и причину их невозможно объяснить известным соматическим расстройством. Симптомы расстройства должны соответствовать следующим критериям, и любой из них может возникать в любое время в течение болезни:

1. Четыре болевых симптома, связанные с 4 органами, частями тела или функциями (голова, брюшная полость, спина, суставы, конечности, грудная клетка, менструации, половой акт, мочеиспускание).
2. Два симптома, связанных с желудочно-кишечным трактом (тошнота, анорексия, метеоризм, понос).
3. Один симптом, имеющий отношение к сексуальной сфере (отсутствие влечения, импотенция).
4. Один из психоневрологических симптомов – конверсионные симптомы (нарушение координации и равновесия, параличи, мышечная слабость, спазмы в гортани, блефароспазм, афония, анестезия, амавроз, сурдомутизм, судорожные припадки, истерические обмороки, психомоторное возбуждение, синдром Ганзера).

Органные неврозы и психосоматические расстройства. В настоящее время статус органного невроза имеют заикание и энурез, а также некоторые расстройства в сексуальной сфере. В первых двух случаях причиной заболевания, в первую очередь, является функциональная неполноценность соответствующего аппарата – речедвигательной системы в случае заикания и периферической рефлекторной системы в случае энуреза. Психические травмы, если таковые имеются, скорее являются факторами провоцирующими.

Все остальные виды органных неврозов в настоящее время отнесены к группе психосоматических заболеваний. Психовегетативный синдром – неизменный физиологический процесс, выступающий в стрессовой ситуации в качестве «первой линии обороны» (Гиляровский В.А.), принимает патологический характер при чрезмерном для данного индивида, слишком частом и длительном или постоянном эмоциональном напряжении, в результате формируется хроническое висцеровегетативное расстройство.

При анализе психических нарушений в структуре психосоматических расстройств следует различать:

- 2) личностные особенности, способствующие возникновению психосоматической симптоматики;
- 3) соматические эквиваленты маскированной депрессии;
- 4) вторичные психические расстройства, возникшие в результате влияния хронического соматического страдания на психику.

- *Лечение невротических и связанных со стрессом расстройств*: фармакологическое (седативные препараты, антидепрессанты, анксиолитики) и психотерапевтическое (релаксирующая, когнитивная, психодрама). Роль семьи, профессиональной деятельности и микросоциального окружения в восстановлении здоровья.

I. Контрольные вопросы

по теме № 15 «**Невротические и другие связанные со стрессом расстройства**»
для контроля теоретических знаний и практических умений
(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Психогенные заболевания (общие критерии диагностики, систематика, течение, прогноз). Группы факторов, являющихся психотравмирующими для человека.
2. Влияние психотравмирующих ситуаций на течение соматических заболеваний.
3. Неврозы: критерии диагностики, этиология, роль личности и внутриличностного конфликта в возникновении неврозов. Роль преморбидных особенностей личности, значение темперамента.
4. Клиника психастенического невроза.
5. Клиника неврастенического невроза: психическая, соматическая и неврологическая симптоматика. Течение и прогноз. Вопросы адаптации. Основные принципы лечения.
6. Симптоматика невроза навязчивых состояний. Клиника обсессивно-фобического невроза. Характерные изменения личности. Вопросы адаптации. Социальный, трудовой прогноз.
7. Симптоматика истерического невроза – синдрома Ганзера и пуэрилизма.
8. Симптоматика истерического невроза – диссоциативной амнезии и истерических сумерек.
9. Ипохондрический невроз, его связь с ятрогенией, отличие от ипохондрических состояний, связанных с выраженными расстройствами психической деятельности (шизофрения, бредовое состояние).
10. Психогенный шок, симптоматика, течение.
11. Реактивные психозы (причины возникновения, систематика, клиника, течение, прогноз). Дифференциальный диагноз с экзогенными и эндогенными заболеваниями.
12. Посттравматическое стрессовое расстройство, понятие, основная симптоматика, течение и прогноз.
13. Расстройства адаптации – эмоциональные и поведенческие расстройства.
14. Психосоматические заболевания. Определение, патофизиологические механизмы развития. Сердечно-сосудистые эквиваленты психосоматических расстройств.
15. Психосоматические заболевания. Определение, патофизиологические механизмы развития. Желудочно-кишечные эквиваленты психосоматических расстройств.
16. Психосоматические заболевания. Определение, патофизиологические механизмы развития. Кожные проявления и урологические эквиваленты психосоматических расстройств.
17. Принципы и методы терапии психогенных заболеваний (реактивные психозы).
18. Общие принципы и методы лечения неврозов.
19. Психотерапия при неврозах.
20. Экспертные вопросы при неврозах (трудовая, военная и судебная экспертиза)

II. Тестовые задания

по теме № 15 «**Невротические и другие связанные со стрессом расстройства**»

Примеры тестовых заданий:

№ 1

Какие психотравмирующие ситуации обычно являются причиной возникновения острых аффективно-шоковых реакций:

1. Катастрофы, угрожающие жизни человека
2. Тяжелая продолжительная болезнь у близкого человека
3. Стихийные бедствия
4. Тюремное заключение

№ 2

Какие черты характера пациента предрасполагают к формированию невроза навязчивых состояний:

1. Вспыльчивость, раздражительность
2. Замкнутость, склонность к самоанализу (рефлексия)
3. Быстрая истощаемость, утомляемость
4. Тревожность, мнительность

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. Руководство по психиатрии. Ред Академика АМН СССР А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983 г., т.1-2.

Дополнительная:

5. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы, 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990 г., 576 с.
7. Александровский Ю.А., Лобастов А.С., Спивак Л.И и др. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991 г., 96 с.

Занятие № 11

План занятия

1. Разбор темы № 16 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (2 часа)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 16 (2 часа)
3. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)
4. Курация больного с написанием истории болезни (1 час)

ТЕМА № 16: «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• Распространенность патологии личности и социальное значение психопатий • Основные клинические варианты психопатий • Социальное прогнозирование при психопатиях	• Квалифицировать психическое состояние больного с личностной патологией • Определять тяжесть декомпенсации при психопатиях • Умением деонтологически правильно вести беседу с больным с психопатией	• Методами оценки психического статуса больного с личностной патологией

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Определение психопатий* (критерии П.Б. Ганнушкина), непроцессуальный характер расстройств. Распространенность психопатий составляет, в зависимости от типа личностного расстройства, от 7 до 10 %, по отдельным а вторам – до 15 %, что дает основанием рассматривать данную патологию как социальное значимое явление. По П.Б. Ганнушкину, психопатии – это патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, это аномалии характера, которые, «определяют весь психический облик индивида, накладывая отпечаток на весь его душевный склад свой властный отпечаток... в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям... мешают приспособиться к окружающей среде».

▪ *Отличительная характеристика психопатий от неврозов.* Анализ поступков психопата обнаруживает у него постоянное наличие одного или нескольких свойств или радикалов, которые характеризуются количественным усилением или недоразвитием. Радикалы представляют собой характерные «стороны» личности психопата - возбудимость, зависимость, астения и др. Проявления этих радикалов тянутся красной нитью через всю жизнь человека и являются стабильными.

Предпосылкой к возникновению невроза служит то, что человек реагирует на психотравмирующее воздействие извне не однозначно, а противоречиво, т.к. различные стороны его психики отвечают на это воздействие по-разному. Так возникают различно направленные аффективные установки. Если эти противодействующие тенденции по

своей силе и значению для данного человека приблизительно равны, а компромисс между ними невозможен, возникает конфликт.

Основные отличительные признаки психопатий и неврозов

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

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

Психопатии

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

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

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

Типы неправильного воспитания и культивируемые ими варианты личностного расстройства

Тип воспитания	Личностное расстройство
- «Кумир семьи» - вседозволенность, сверхзабота, формирование позиции «над всеми»	- Нарцисстический тип, истерический тип
- Гиперопека – сверхзабота, подавление инициативы и самостоятельности, «защита от мира»	- Зависимый тип
- «Золушка» - сверхконтроль, пресечение любых гедонистических мотивов, принуждение, раннее	- Зависимый тип, благоприятный прогноз

формирование самостоятельности	
- Гипоопека – безнадзорность, отсутствие контроля и заботы, предоставление ребенку самому решать свои проблемы, либо в плане вседозволенности (антисоциальный тип), либо в плане самостоятельности (шизоидный тип)	- Антисоциальный, шизоидный тип
- «Ежовые рукавицы» + гиперопека – сверхконтроль, доминирование, формирование позиции «подо всеми», жестокие наказания, но с последующим прощением, заботой и опекой	- Зависимый тип, неблагоприятный прогноз
- «Ежовые рукавицы» + гипоопека – отсутствие заботы и опеки, предоставление ребенку самому решать свои проблемы, нерегулярный контроль с последующим неадекватным, импульсивным и жестоким наказанием.	- Obsessивно-компульсивное личностное расстройство. Эмоционально-неустойчивое личностное расстройство, импульсивный тип.

Классификация личностных расстройств в соответствии с МКБ-10

I. Специфические расстройства личности:

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

II. Расстройства привычек и влечений:

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

III. Расстройства половой идентификации

Транссексуализм

IV. Расстройства сексуального предпочтения

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

▪ Клиническая характеристика отдельных видов психопатий

Параноидное расстройство личности

Диагностические критерии

- Безосновательные подозрения, что окружающие используют, обманывают больного или причиняют ему вред / Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам
- Озабоченность сомнениями в лояльности или надежности друзей или коллег
- Нежелание больного доверять другим из-за необоснованности страха, что информация будет использована против него /Переживание своей повышенной значимости
- Поиски скрытого смысла или угроз в высказываниях окружающих или событиях /Подозрительность и общая тенденция к искажению фактов

- Устойчивое недоброжелательное отношение к окружающим, неспособность прощать обиды или неуважение / Тенденция постоянно быть недовольным кем-то, неумение прощать
- Ложное убеждение пациента, что кто-то угрожает его репутации, и реакция на это в виде злобы или агрессии /Воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности
- Необоснованные периодические сомнения в неверности супруга /Идеи неверности супруга

Шизоидное расстройство личности

Диагностические критерии

- Нежелание иметь близкие отношения с окружающими и отсутствие радости от таких отношений, включая отношения с членами семьи
- Выбор только индивидуальной деятельности
- Сниженный интерес или его отсутствие к сексуальным отношениям
- Ограниченный круг деятельности или полное отсутствие интереса к какой-либо деятельности
- Отсутствие близких друзей или приятелей
- Равнодушие к похвале или критике
- Эмоциональная холодность, обособленность, отчужденность

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

Диагностические критерии

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

Эмоционально неустойчивое личностное расстройство. Импульсивный (эксплозивный) тип

Диагностические критерии

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

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

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

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

Истерическое расстройство личности

Диагностические критерии

- Ощущение дискомфорта в ситуациях, когда пациент не является объектом внимания
- Отношения с окружающими часто характеризуются неуместным проявлением сексуального обаяния во внешности или поведении (в психодинамике имеет значение фиксация на раннем генитальном уровне развития, поэтому всегда присутствует страх перед сексуальностью, несмотря на склонность к обобщению).
- Лабильность и поверхностность эмоциональных переживаний
- Постоянное использование своей внешности для привлечения к себе внимания
- Чрезмерно выразительный, но недостаточно точный стиль речи (фразы типа «Это было замечательно!», или «Я посмотрел великолепный спектакль!», «Я познакомилась с необычайным человеком!»).

Самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций

Внушаемость, подверженность влиянию людей или обстоятельств

Понимание межличностных отношений как более интимных, чем в действительности

Первые личностные отклонения появляются в возрасте 2-3 лет. Отмечаются впечатлительность, подвижность, склонность к подражанию, обидчивость, капризность. Такие дети не выносят, когда при них хвалят других ребят, когда другим уделяется большее внимание. Они охотно перед публикой читают стихи, танцуют, поют. Успехи в учебе во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим. С детского возраста используются следующие способы психологической защиты – регрессия, идентификация, соматизация, диссоциация, отрицание. С раннего детского возраста во взаимоотношениях с другими используется эмоциональный шантаж. Сверхэмоциональность, преувеличенность реакций быстро истощает окружающих, старающихся установить барьер между собой и истериками. Наличие такого барьера приводит к поиску новых знакомых, новых зрителей.

Зависимое расстройство личности

Диагностические критерии

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

Психастеническое расстройство личности (ананкастная психопатия)

Диагностические критерии

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

▪ *Понятие компенсации и декомпенсации.* Декомпенсация психопатии характеризуется явным обострением, обнажением всех основных патологических свойств личности, временным или длительным нарушением имевшейся прежде социальной адаптации. Как правило, декомпенсация становится следствием внешних психотравмирующих воздействий на психопатическую личность.

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

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

I. Контрольные вопросы

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

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

Закону, межличностное общение, трудовая активность, «слабое место» в адаптации).

II. Тестовые задания

по теме № 16 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»

Примеры тестовых заданий:

№ 1

Экстравертированность, стремление быть в центре внимания окружающих характерны для:

1. Астенической психопатии
2. Психастении
3. Истерической психопатии
4. Психопатии возбудимого круга

№ 2

Стойкая тотальная дисгармония личности характерна для:

1. Истерической психопатии
2. Паранойальной психопатии
3. Только для указанных выше вариантов психопатии
4. Вообще для всех видов психопатии

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.
5. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
6. Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии: Пособие для врачей и студентов мед. вузов. Владикавказ, «Иристон», 2001.- 260 с.
7. Руководство по психиатрии. Ред Академика АМН СССР А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983 г., т.1-2.

Дополнительная:

8. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
9. Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства. /Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993 г., 400с.
10. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. М.: Триада-Х, 1999 г., 266 с.

ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА: максимальная оценка по всем формам контроля занятия № 11 составляет **16 баллов**.

Занятие № 12

План занятия

1. Разбор темы № 17 «Эпилепсия» (1 час)
2. Контрольные задания для усвоения темы № 17 (1 час)
3. Разбор темы № 18 «Ургентные состояния в психиатрии» (1 час)
4. Контрольные задания для усвоения темы № 18 (1 час)
5. Демонстрация тематических больных (одновременно с разбором тем)

ТЕМА № 17: «Эпилепсия»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• Распространенность и этиопатогенез эпилепсии • Основные клинические проявления: судорожные состояния и психические эквиваленты припадков • Принципы терапии эпилепсии	• Квалифицировать эпилептический пароксизм • Оказать первую помощь при любой форме эпилептического пароксизма	• Способом квалифицированного описания эпилептического пароксизма • Способами оказания первой (психофармакологической) помощи при всех видах эпилептических пароксизмов

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

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

Факторы, способствующие возникновению эпилепсии

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

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

Международная классификация эпилептических припадков (ILAE, 1981)

1. Парциальные (фокальные, локальные) припадки
 1. Простые парциальные припадки, протекающие без нарушения сознания
 1. Моторные припадки
 1. фокальные моторные без марша
 2. фокальные моторные с маршем (джексоновские)
 3. адверсивные
 4. постуральные
 5. фонаторные (вокализация или остановка речи)
 2. Соматосенсорные припадки или припадки со специальными сенсорными симптомами (простые галлюцинации, например, вспышки пламени, звон)
 1. соматосенсорные
 2. зрительные
 3. слуховые
 4. обонятельные
 5. вкусовые
 6. с головокружением
 3. Припадки с вегетативно-висцеральными проявлениями (сопровождаются эпигастральными ощущениями, потливостью, покраснением лица, сужением и расширением зрачков)
 4. Припадки с нарушением психических функций (изменения высшей нервной деятельности); редко бывают без нарушения сознания, чаще проявляются как сложные парциальные припадки
 1. дисфазические
 2. дисмнестические (например, ощущение «уже виденного»)
 3. с нарушением мышления (например, мечтательное состояние, нарушение чувства времени)
 4. аффективные (страх, злоба, и др.)
 5. иллюзорные (например, макропсия)
 6. сложные галлюцинаторные (например, музыка, сцены, и др.)
 2. Сложные парциальные припадки (с нарушением сознания, могут иногда начинаться с простой симптоматики).
 1. Простой парциальный припадок с последующим нарушением сознания
 1. начинается с простого парциального припадка с последующим нарушением сознания
 2. с автоматизмами
 2. Начинается с нарушения сознания
 1. только с нарушения сознания
 2. с двигательными автоматизмами
 3. Парциальные припадки с вторичной генерализацией (могут быть генерализованными тонико-клоническими, тоническими, клоническими).
 1. Простые парциальные припадки, переходящие в сложные, а затем в генерализованные
 2. Сложные парциальные припадки, переходящие в генерализованные
 3. Простые парциальные припадки, переходящие в сложные, а затем в генерализованные
2. Генерализованные припадки (судорожные и бессудорожные)
 1. Абсансы
 1. Типичные абсансы

1. только с нарушением сознания
2. со слабо выраженным клоническим компонентом
3. с атоническим компонентом
4. с тоническим компонентом
5. с автоматизмами
6. с вегетативным компонентом
2. Атипичные абсансы
 1. изменения тонуса более выражены, чем при типичных абсансах
 2. начало и (или) прекращение припадков происходит не внезапно, а постепенно
2. Миоклонические припадки (единичные или множественные миоклонические судороги)
3. Клонические припадки
4. Тонические припадки
5. Тонико-клонические припадки
3. Неклассифицированные эпилептические припадки (припадки, которые нельзя включить ни в одну из вышеописанных групп из-за отсутствия необходимой информации, а также некоторые неонатальные припадки, например, ритмические движения глаз, жевательные, плевательные движения)
4. Приложение. Повторные эпилептические припадки зависят от различных факторов:
 1. случайные припадки, наступающие неожиданно и без видимой причины;
 2. циклические припадки, повторяющиеся через определённые интервалы (например, в связи с менструальным циклом, циклом сон-бодрствование);
 3. приступы спровоцированные несенсорными (усталость, алкоголь, эмоции и т. п.) и сенсорными (иногда их относят к рефлекторным припадкам) факторами;
 4. эпилептический статус – продолжительные припадки или припадки, повторяющиеся настолько часто, что между ними больной не приходит в сознание; различают эпилептический статус фокальных и генерализованных припадков; очень локализованные моторные припадки обозначают термином «постоянная парциальная эпилепсия».

Классификация психических расстройств при эпилепсии

- I. Психические нарушения в продроме припадка
 1. Предвестники в виде аффективных нарушений (колебания настроения, тревога, страх, дисфория), астенических симптомов (утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности)
 2. Ауры (соматосенсорная, зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая, психическая)
- II. Психические нарушения как компонент приступа
 1. Синдромы изменения сознания
 - а) выключение сознания (кома) - при генерализованных припадках и вторично-генерализованных
 - б) особые состояния сознания - при простых парциальных припадках
 - в) сумеречное помрачение сознания - при сложных парциальных припадках
 2. Психические симптомы (нарушения высших корковых функций): дисмнестические, дисфазические, идеаторные, аффективные, иллюзорные, галлюцинаторные
- III. Постприступные психические нарушения
 1. Синдромы изменения сознания (сопор, оглушение, делирий, онейроид, сумерки)
 2. Афазия, олигофазия
 3. Амнезия

4. Вегетативные, неврологические, соматические нарушения

5. Дисфория

IV. Психические нарушения в межприступном периоде

1. Изменения личности (специфические)

2. Психоорганический синдром

3. Функциональные (диссоциативные) расстройства

4. Психические нарушения, связанные с побочным влиянием антиэпилептических препаратов (когнитивные расстройства)

5. Эпилептические психозы (параноиды, полиморфные шизофреноподобные)

Особенности изменений личности при эпилепсии

1. Характерологические:

- эгоцентризм
- педантизм
- пунктуальность
- злопамятность
- мстительность
- гиперсоциальность
- привязанность
- инфантилизм
- сочетание грубости и угодливости

2. Формальные расстройства мышления

- брадифрения (тугоподвижность, замедленность)
- обстоятельность
- склонность к детализации
- конкретно-описательное мышление
- персеверация

3. Перманентные эмоциональные расстройства

- вязкость аффекта
- импульсивность
- эксплозивность
- дефензивность (мягкость, угодливость, ранимость)

4. Снижение памяти и интеллекта

- легкие когнитивные нарушения
- деменция (эпилептическое, эгоцентрическое, концентрическое слабоумие)

5. Изменение сферы влечений и темперамента

- повышенный инстинкт самосохранения
- повышение влечений (замедленный темп психических процессов)
- преобладание хмурого, угрюмого настроения

▪ *Электро-физиологические и другие методы диагностики.*

▪ *Принципы лечения:* длительность, непрерывность, индивидуальность.

- Основные группы противосудорожных средств – барбитураты, бензодиазепины, карбамазепин, вальпроаты, новые АЭ-средства (топирамат, ламотриджин).

- Осложнения противосудорожной терапии. При изучении традиционных АЭП установлено, что фенobarбитал приводит чаще к выраженным когнитивным нарушениям, чем другие препараты. При этом возникает психомоторная заторможенность, снижается способность к концентрации внимания, усвоению нового материала, нарушается память и уменьшается показатель IQ. Фенитоин (дифенин), карбамазепин и вальпроаты также приводят к сходным побочным эффектам, хотя их выраженность гораздо меньше, чем в

случае применения фенobarбитала. Сравнительно мало известно о поведенческой токсичности новых АЭП, в частности, таких препаратов, как фелбамат, ламотриджин, габапентин, тиагабин, вигабатрин и топирамат. Установлено, что АЭП новой генерации, в целом, не оказывают отрицательного влияния на протекание познавательных процессов.

- Значение диеты и режима для терапии и профилактики.
- Купирование эпилептических психозов, дисфорий, сумеречных состояний.
- *Трудовая, военная и судебная экспертиза при эпилепсии.*

I. Контрольные вопросы

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

1. Большой судорожный припадок. Клиническая характеристика. Заболевания при которых он встречается. Отличия от истерического припадков.
2. Эпилептическая болезнь; определение, клиника, течение, дифференциальная диагностика, прогноз. Понятие эпилептогенной ткани и эпилептического очага. Пути распространения возбуждения в ЦНС.
3. Генуинная и симптоматическая эпилепсия. Клинические особенности генуинной эпилепсии (предпочтительный возраст начала болезни, курабельность, тяжесть припадков, наличие неврологической симптоматики, прогноз).
4. Клинические особенности симптоматической эпилепсии (предпочтительный возраст начала болезни, курабельность, тяжесть припадков, наличие неврологической симптоматики, прогноз).
5. Парциальная эпилепсия, виды парциальных пароксизмов.
6. Аура, определение, виды аур.
7. ЭЭГ- и КТ-диагностика эпилепсии.
8. Эпилепсия. Продуктивные симптомы и синдромы, характерные для клиники эпилепсии.
9. Эпилепсия, специфические изменения личности.
10. Клиника эпилептического слабоумия.
11. Психические эквиваленты эпилептических припадков: сумеречный психоз.
12. Психические эквиваленты эпилептических припадков: дисфорическое состояние.
13. Недифференцируемые пароксизмы: снохождение, сомнолокия
14. Трансовые и особые состояния сознания.
15. Эпилептические психозы: острые и хронические.
16. Первая помощь при эпилептическом припадке.
17. Лечение эпилепсии (методические принципы, основные группы противосудорожных препаратов, диета, режим).
18. Осложнения при приеме противосудорожных препаратов.
19. Трудовые рекомендации и реабилитация больных эпилепсией
20. Эпилептический статус, определение. Заболевания, при которых он может наблюдаться.

II. Тестовые задания

по теме № 17 «**Эпилепсия**»

Примеры тестовых заданий:

№ 1

Наиболее распространенные средства неотложной помощи при эпилептическом состоянии являются следующие:

1. Внутривенное введение седуксена (реланиума)

2. Введение сердечных средств (кордиамин, кофеина, строфантина)
3. Внутривенное введение глюкозы
4. Внутримышечное введение амитриптилина

№ 2

Главным признаком малого эпилептического припадка является одно из перечисленных ниже:

1. Выключение сознания
2. Разнообразие клинических проявлений
3. Повышенный фон настроения
4. Нарушение восприятия окружающего

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.
6. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.
7. Руководство по психиатрии. Ред Академика АМН СССР А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983 г., т.1-2.

Дополнительная:

8. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
9. Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых, 2-е изд. М.: Медицина, 1984 г., 288 с.

ТЕМА № 18: «Ургентные состояния в психиатрии»

ЦЕЛЬ:

Ординатор должен знать:	Ординатор должен уметь:	Ординатор должен владеть:
• Основные психопатологические синдромы, относящиеся к ургентным состояниям • Принципы купирования ургентных состояний в психиатрии	• Уметь дать диагностическую оценку ургентным психопатологическим состояниям • Оказать первую помощь при ургентном психопатологическом состоянии	• Способом квалифицированного описания ургентного психопатологического состояния • Способами оказания первой (психофармакологической) помощи при ургентных состояниях в психиатрии

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

▪ *Психомоторное возбуждение* (сумеречный расстройство сознания, кататоническое возбуждение, острое галлюцинаторное или бредовое состояние, дисфорическое состояние). Тактика врача и медицинского персонала. Удержание возбужденного больного, допустимые меры стеснения, особенности транспортировки.

Фармакологические методы купирования психомоторного возбуждения:

- 1) Препарат первого выбора – аминазин – 2,5 % р-р для инъекций, 25-50 мг в/мышечно в сочетании с кордиамином – р-р для инъекций, 2 мл в/мышечно, и димедролом – 1 % р-р для инъекций, 1 мл в/мышечно.
- 2) Препарат второго выбора – галоперидол – р-р для инъекций по 5 мг (1 мл), 1 мл в/мышечно или в/вено на физ. р-ре
- 3) Препараты третьего выбора – бензодиазепины (реланиум по 2-4 мл в/вено) при наличии противопоказаний для назначения нейролептиков (тяжелые соматические заболевания, низкие цифры АД, пожилой возраст больных).

▪ *Суицидальная активность*. Своевременная диагностика, факторы риска. Организация психологической поддержки и надзора. Фармакологическая помощь:

- 1) Амитриптилин – 25 мг per os или в/мышечно
- 2) Реланиум – р-р для инъекций по 2 мл (10 мг) – в/мышечно
- 3) При ажитированной депрессии – аминазин – 2,5 % р-р для инъекций, 25-50 мг в/мышечно в сочетании с кордиамином – р-р для инъекций, 2 мл в/мышечно, и димедролом – 1 % р-р для инъекций, 1 мл в/мышечно

▪ *Паническое расстройство или острая пароксизмальная тревога*. Купирование панической атаки включает назначение следующих средств:

- Реланиум 2 мл (10 мг) в/вено
- Литическая смесь (папаверина гидрохлорид 2мл 2 % р-р + анальгин 2 мл 50 % р-р + димедрол 1 мл 1 % - в/мышечно)

▪ *Ступор (кататонический, депрессивный, психогенный)*. Первая помощь включает назначение седативных препаратов (реланиум – парентерально) с дальнейшей госпитализацией в психиатрический стационар.

▪ *Алкогольный делирий*. Терапия включает как купирование собственно психотической симптоматики, так и лечение, направленное на редукцию сомато-вегетативных нарушений и возможных осложнения делирия.

Лечебные мероприятия при алкогольном делирии

1. Седативная терапия: 5-10 мг диазепама в/венно каждые 5 мин до тех пор, пока пациент не станет спокойным. При отсутствии эффекта можно использовать галоперидол, дроперидол в сочетании с пипольфеном, димедролом, а также внутривенно 40 мл 20 % раствора оксибутирата натрия.
2. Регидратация с помощью капельного введения 700-1000 мл 10 % раствора глюкозы или гемодеза по 400 мл 2-3 раза в сутки, или реополиглюкина по 400-800 мл в сутки.
3. При гипергидратации (симптомы отека легких и мозга) вводят лазикс 2-4 мл в/в.
4. Тиамин в дозе 100 мг внутрь, в/в или в/м. Другие поливитамины.
5. Определение дефицита жидкости и восстановление его. Введение физраствора.
6. Восстановление нормального уровня калия, магния и фосфора в крови, если их содержание в сыворотке низкое (панангин, сульфат магния).
7. Симптоматическая сердечно-сосудистая терапия.
8. При отеке мозга внутривенно капельно вводят 30 % раствор мочевины из расчета 1 г сухого вещества на 1 кг веса.
9. Больным с высокой температурой делается спинномозговая пункция.
10. Выявление инфекций или других последствий алкоголизма (таких как ж/к кровотечение или панкреатит) и их лечение по показаниям.

▪ *Алкогольный абстинентный синдром*. Терапия – схожая с терапией алкогольного делирия, но менее интенсивная и менее активная.

▪ *Абстинентный синдром при опиной наркомании*. Принципы купирования:

1. Дезинтоксикационная терапия путем инфузионного введения растворов (физ. р-р, 5 % р-р глюкозы, реамберин и пр.) вплоть до плазмофереза.
2. Специфическая детоксикация путем назначения следующих средств:
 - Метадон (только за рубежом)
 - Клофелин (клонидин, гемитон, катапрессан) - агонист α_2 -адренорецепторов ЦНС, успешно подавляет соматовегетативные расстройства
 - Верапамил и нифедипин - антагонисты кальция, обладающие тимолептическими свойствами
3. Купирование патологического влечения к наркотику, при этом могут назначаться следующие препараты:
 - аминазин – 2,5 % р-р для инъекций, 25-50 мг в/мышечно в сочетании с кордиамином – р-р для инъекций, 2 мл в/мышечно, и димедролом – 1 % р-р для инъекций, 1 мл в/мышечно
 - галоперидол – р-р для инъекций по 5 мг (1 мл), 1 мл в/мышечно или в/вено на физ. растворе
 - амитриптилин – 2 мл (25 мг) в/мышечно
4. Симптоматическая терапия (сердечно-сосудистые средства, аналептики, кардиотоники, витамины, антиоксиданты – по показаниям).

▪ *Большой эпилептический припадок (grand mal)* – не требует немедленной медикаментозной помощи. Лежащему больному, находящемуся в судорогах, необходимо придать положение головы, чтобы избежать западение языка.

▪ *Истерический припадок*, который длится гораздо дольше истинного эпилептического, требует медикаментозного вмешательства – 2,5 % р-р для инъекций, 25 в/мышечно в сочетании с кордиамином – р-р для инъекций, 2 мл в/мышечно.

▪ *Эпилептический статус*. Дифференциальная диагностика с другими угрожающими жизни состояниями. Степень опасности для жизни.

Методы купирования

- Прежде всего, необходимо очистить от пищи, инородных предметов, рвотных масс ротовую полость. Вводится воздуховод, через который при помощи электроотсоса из верхних дыхательных путей удаляются аспирированные вещества; ставится постоянный катетер.
- В/мышечное введение 10 мл 25 % раствора магния сульфата
- Внутривенное введение 10 мл 10% раствора кальция глюконата
- Реланиум (седуксен) 10 мг (2 мл) – в/вено на 20 мл 40 % глюкозы.
- При отсутствии эффекта указанные препараты можно ввести повторно в той же дозе и тем же способом.
- При отсутствии эффекта можно прибегнуть к внутривенному введению 2 мл 2,5% раствора аминазина с 15 мл 40 % раствора глюкозы и 2 мл кордиамина. Аминазин можно вводить повторно через 1,5 -2 часа (при введении аминазина следует опасаться резкого понижения артериального давления, поэтому его вводят под строгим контролем артериального давления).
- При продолжающихся судорогах следует медленно внутривенно ввести 50-60 мл 1 % раствора тиопентала натрия или гексенала, а если припадки все же снять не удастся, следует перейти к ингаляционному наркозу закисью азота с кислородом (2:1).
- Симптоматическое лечение:
для поддержания сердечной деятельности и сосудистого тонуса – 2 мл кордиамина внутримышечно либо 1 мл 10 % раствора кофеин-бензоата натрия подкожно
для снижения артериального давления – 3-5 мл 0,5 % раствора дибазола внутривенно либо 5-10 мл 25 % раствора магния сульфата
для дегидратации показано внутримышечное введение 2 мл (20 мг) лазикса (фуросемида)
- При отсутствии выраженного эффекта больного направляют в реанимационное отделение

▪ *Отравление нейролептиками*. Один из основных симптомов интоксикации, вызываемой нейролептиками, - снижение температуры тела. Второй важный симптом – понижение артериального давления, обусловленное адренолитическими свойствами нейролептиков. Основная терапия направлена на поддержание сердечно-сосудистой деятельности (кардиотоники) в сочетании с дезинтоксикационной терапией.

▪ *Нейролептический злокачественный синдром (ЗНС)*. Характеризуется нарушениями со стороны неврологической, психической и соматической сферы. Основные клинические проявления ЗНС: прогрессирующая мышечная ригидность (паркинсонизм), судороги, гипертермия, вегетативные нарушения (тахикардия, аритмия, подъем АД), нарушения сознания. На догоспитальном этапе проводится симптоматическая терапия: применение препаратов, снимающих возбуждение (например, бензодиазепинов), назначение сердечно-сосудистых средств, проведение дезинтоксикационной терапии.

▪ *Отравление транквилизаторами бензодиазепинового ряда*. При отравлениях бензодиазепинами и барбитуратами наблюдаются следующие клинические стадии

интоксикации. Стадия I – засыпания: сонливость, апатичность, контакт с больными возможен, умеренный миоз с живой реакцией на свет, брадикардия, гиперсаливация. Стадия II – поверхностной комы: полная потеря сознания, сохраненная реакция на болевые раздражители, ослабление зрачковых и корнеальных рефлексов; непостоянная неврологическая симптоматика (снижение или повышение рефлексов, мышечная гипотония или гипертония), нарушения дыхания вследствие гиперсаливации, возможной аспирации рвотных масс; выраженных нарушений гемодинамики нет. Стадия III – глубокой комы: резкое снижение и отсутствие глазных и сухожильных рефлексов, отсутствие реакций на болевые раздражители, зрачки узки, дыхание редкое, поверхностное, пульс слабый, цианоз. Неотложная помощь включает:

- Промывание желудка
 - Интенсивная инфузионная терапия (физ. р-р, плазмозаменители)
 - Форсированный диурез
 - Поддержание сердечно-сосудистой деятельности – 20 % раствор камфоры, кофеина 10 % раствор, эфедрина 5 % раствор, при необходимости – сердечные гликозиды (коргликон)
 - Аскорбиновая кислота 5% раствор – 5-10 мл
 - АТФ 1 % раствор – 6 мл за сутки.
- *Отравление антидепрессантами.* Отравление антидепрессантами (амитриптилин, мелипрамин) представляет серьезную опасность. Помогают поставить диагноз отравления антидепрессантами такие симптомы, как расширенные зрачки и сухость слизистых (холинолитические эффекты). Другими признаками этого отравления являются следующие: 1) сверхраздражительность и состояние возбуждения, судороги, достигающие до эпилептического статуса; 2) делириозные формы помрачения сознания, близких к белой горячке; 3) при более тяжелых отравлениях – сопор и кома. Основные осложнения, представляющие угрозу для жизни, это: 1) суправентрикулярная тахикардия и аритмия, вентрикулярная аритмия, нарушения в возникновении и проведении возбуждения (изменения на электрокардиограмме – расширение комплекса QRS); 2) гипотония, затруднение дыхания, апноэ, связанные как с адренергическими воздействиями, так и с прямым токсическим влиянием на сосудодвигательный и дыхательный центры. Патогенетическим способом лечения следует считать ускоренное освобождение организма от антидепрессантов методом форсированного диуреза, а при наличии признаков дыхательной недостаточности – перевод больного на ИВЛ. Метод форсированного диуреза проводится в сочетании с ощелачиванием плазмы 4 % раствором бикарбоната натрия для быстреего удаления токсических веществ из крови. Для лечения гипоксического состояния ЦНС рекомендуются большие дозы витаминов: В1 – 2-4 мл 2,5 % р-ра, В6 – 8-10 мл 5 % р-ра, В12 – до 800 мкг, С – до 10 мл 5 % р-ра.

I.

Контрольные вопросы

по теме № 18: «Ургентные состояния в психиатрии» для контроля теоретических знаний и практических умений

(в виде устных ответов или письменных контрольных работ)

1. Купирование психомоторного возбуждения.
2. Мероприятия при суицидальной активности.
3. Мероприятия при остро возникшем паническом расстройстве.
4. Купирование алкогольного абстинентного синдрома.
5. Купирование алкогольного делирия.
6. Купирование абстинентного синдрома при опийной наркомании.
7. Мероприятия при большом эпилептическом припадке
8. Мероприятия при истерическом припадке.

9. Лечение эпилептического статуса
10. Мероприятия при отравлении нейролептиками
11. Купирование злокачественного нейролептического синдрома.
12. Мероприятия при отравлении транквилизаторами
13. Мероприятия при отравлении антидепрессантами

II. Тестовые задания

по теме № 18 «Ургентные состояния в психиатрии»

Примеры тестовых заданий:

№ 2

Какое из ниже перечисленных средств является препаратом первого выбора при купировании делирия:

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

№ 3

Какое из ниже перечисленных средств является препаратом первого выбора при купировании агитированной депрессии:

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

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. Руководство по психиатрии. Ред Академика АМН СССР А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983 г., т.1-2.

Дополнительная:

4. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
10. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. М.: Медицина, 1979 г., 191 с.