



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский
университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии, психотерапии и клинической
психологии _____ Ю.Б. Барыльник
« 28 » апреля 2022 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ АСПИРАНТОВ ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИКИ**

Научная специальность 3.1.17. Психиатрия и наркология

Форма обучения очная

Год обучения 2

Составители: зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, д.м.н., профессор Ю.Б. Барыльник

Одобрены на заседании учебно-методической конференции кафедры
протокол от « 28 » апреля 2022 г. № 8 .

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Практическое занятие № 1, 2

Тема: Предмет и задачи психиатрии и медицинской психологии. Систематика психических расстройств. Методика клинического обследования психически больных.

Перечень рассматриваемых вопросов: Основные данные по статистике психических расстройств. Принципы классификации психических расстройств в соответствии с Международной Классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Организация психиатрической помощи населению. Общие закономерности динамики психических заболеваний. Этиология и патогенез психических расстройств. Оценка роли экзогенных и эндогенных факторов в происхождении психических заболеваний. Психогигиенические и психопрофилактические аспекты психиатрии. Понятие первичной, вторичной и третичной профилактики. Основные организационные формы психогигиены и психопрофилактики. Особенности ухода и надзора за психически больными. Схема составления истории болезни в психиатрическом стационаре, особенности ее ведения и оформления. Клинический, психологический, параклинический методы и их значение в распознавании психических заболеваний. Психотический и непсихотический (невротический) уровни психических расстройств, их разграничение.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Основные показания для направления в психиатрический стационар.
2. Виды наблюдения за психически больными.
3. Основные признаки психоза.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 3, 4

Тема: Расстройства восприятия. Психологические методы диагностики расстройств восприятия.

Перечень рассматриваемых вопросов: Ощущения, определение понятия. Расстройства ощущений (гиперестезии, гипестезии, анестезии, парестезии, сенестопатии), диагностическое значение, распознавание расстройств ощущений при соматических

заболеваниях. Восприятие. определение понятия. Расстройства восприятия: агнозии, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства. Агнозии, их диагностическое значение, как корковых представительства соответствующих анализаторов. Иллюзии, значение сенсорной депривации, эмоционального напряжения в их развитии. Парейдолии, связь с токсико-инфекционными факторами. Истинные и ложные галлюцинации, диагностическое значение. Виды галлюцинаций по органам чувств. Влияние галлюцинаций на поведение больного. Императивные галлюцинации. Содержание галлюцинаций: комментирующие, устрашающие, угрожающие, индифферентные и пр. Психосенсорные расстройства: синдром дереализации и деперсонализации, диагностическое значение.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Способы выявления расстройств восприятий.
2. Основные виды расстройств восприятий.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленкина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 5, 6

Тема: Интеллектуально-мнестические нарушения. Скрининговые методы диагностики памяти и интеллекта

Перечень рассматриваемых вопросов: Память, определение понятия. Расстройства памяти (гипермнезии, амнезии, гипомнезии, парамнезии), диагностическое значение, распознавание расстройств памяти при соматических заболеваниях. Интеллект, определение понятия. Расстройства интеллекта: олигофрении, деменции. Корсаковский амнестический синдром.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Составляющие Корсаковского синдрома.
2. Виды олигофрений.
3. Способы выявления расстройств памяти и интеллекта.
4. Основные виды расстройств памяти и интеллекта.
5. Отличие лакунарной деменции от глобарной.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленкина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та,

2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 7, 8

Тема: Патология мышления: классификация, навязчивые и сверхценные идеи. Психологические методы диагностики расстройств мышления.

Перечень рассматриваемых вопросов: Мышление, определение понятия. Расстройства мышления по форме (резонерство, ускоренное, замедленное, разорванность, патологическая обстоятельность).

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Составляющие синдрома Кандинского-Клерамбо.
2. Расстройства мышления по форме.
3. Способы выявления расстройств мышления.
4. Нозологии, при которых встречаются расстройства мышления.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 9, 10

Тема: Патология мышления: бредовые идеи.

Перечень рассматриваемых вопросов: Расстройства мышления по содержанию (навязчивые идеи, сверхценные идеи, бредовые идеи). Диагностическое значение, распознавание расстройств мышления при различных заболеваниях. Паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Расстройства мышления по содержанию.
2. Основные синдромы расстройств мышления.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 11, 12

Тема: Аффективные нарушения. Психологические методы диагностики эмоциональных расстройств.

Перечень рассматриваемых вопросов: Эмоции, определение понятия. Расстройства эмоций (депрессия, мания, эйфория, мория, гебефрения, апатия, амбивалентность, слабодушие). Маниакальный, депрессивный, апато-абулический синдромы.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Расстройства эмоций.
2. Способы выявления изучаемых расстройств.
3. Основные синдромы изучаемых расстройств.
4. Нозологии, при которых встречаются данные расстройства.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 13, 14

Тема: Двигательно-волевые расстройства. Патология влечений. Расстройства пищевого поведения.

Перечень рассматриваемых вопросов:

Расстройства воли/влечений (гипобулия, гипербулия, парабулия, абулия, нарушения инстинкта сохранения рода, нарушения инстинкта самосохранения, импульсивные расстройства влечений). Кататонический синдром.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Составляющие кататонического синдрома.
2. Способы выявления изучаемых расстройств.
3. Основные синдромы изучаемых расстройств.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 15, 16

Тема: Расстройства сознания.

Перечень рассматриваемых вопросов: Расстройства сознания (качественные, количественные). Диагностическое значение, распознавание изучаемых расстройств при различных заболеваниях.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Расстройства сознания.
2. Способы выявления изучаемых расстройств.
3. Основные синдромы изучаемых расстройств.
4. Нозологии, при которых встречаются данные расстройства.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 17, 18

Тема: Методика клинического обследования психически больных. Курация пациентов с психическими расстройствами.

Перечень рассматриваемых вопросов: методы исследования психически больных: беседа, наблюдение, сбор субъективного и объективного анамнезов.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Основные принципы написания академической истории болезни.
2. Основы написания психического статуса.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 19, 20

Тема: Биполярное аффективное расстройство.

Перечень рассматриваемых вопросов: БАР, определение понятия, этиопатогенез.

Маниакальная фаза (клиника). Депрессивная фаза (клиника).

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Понятие ремиссии. Отличие от интермиссии.
2. Современные методы лечения шизофрении и БАР.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 21, 22

Тема: Шизофрения. Методы патопсихологической диагностики.

Перечень рассматриваемых вопросов: Шизофрения, определение, этиопатогенез. Основные формы, типы течения, классификации симптомов. Основные методы терапии эндогенных расстройств.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Ранние симптомы шизофрении.
2. Основные симптомы шизофрении.
3. Характерные симптомы шизофрении.
4. Основные клинические формы шизофрении.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 23, 24

Тема: Эпилепсия, травматические, инфекционные расстройства психики. Психические заболевания возраста обратного развития.

Перечень рассматриваемых вопросов: Определение. Этиопатогенез экзогенно-органических заболеваний ГМ. Эпилепсия, травматическая болезнь. Психические нарушения при инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях. Основные методы диагностики и лечения экзогенно-органических расстройств. Определение. Этиопатогенез инволюционных заболеваний ГМ. Пресенильная деменция. Пресенильные психозы. Сенильная деменция. Основные методы диагностики и лечения экзогенно-органических

расстройств.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Основные клинические проявления эпилепсии.
2. Какое расстройство сознания характеризуется психическим эквивалентом.
3. Какие черты характера формируются у больного эпилепсией?
4. Какие препараты назначают при купировании дисфории?
5. Психопатологические синдромы в остром периоде травмы головного мозга.
6. Психические изменения в отдаленном периоде травмы головного мозга.
7. Психические нарушения в остром периоде инфекционного заболевания.
8. Психические изменения, возникающие после перенесенного инфекционного заболевания.
9. Перечислите методы лечения в остром и отдаленном периоде травмы головного мозга и инфекционного заболевания.
10. Назовите клиническую картину инволюционной меланхолии.
11. Назовите клиническую картину инволюционного параноида.
12. Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера от болезни Пика.
13. Клиническая картина сенильной деменции.
14. Перечислите методы диагностики и лечения изучаемых нозологий.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издаг. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 25, 26

Тема: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.

Перечень рассматриваемых вопросов: Алкоголизм. Клиническая картина. Методы лечения. Психозы, связанные с употреблением алкоголя.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Основные методы лечения.
2. Методы реабилитации.
3. Изменения психических процессов при алкоголизме.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 27

Тема: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических и психоактивных веществ.

Перечень рассматриваемых вопросов: Наркомании. Токсикомании. Клиническая картина. Методы лечения. Психозы, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Основные методы лечения.
2. Методы реабилитации.
3. Изменения психических процессов при приеме психоактивных веществ.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 28, 29

Тема: Психогенные заболевания: неврозы, реактивные состояния.

Перечень рассматриваемых вопросов: Определение. Этиопатогенез пограничных психических расстройств. Неврозы. Основные методы диагностики и лечения пограничных психических расстройств.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Назовите основные клинические формы неврозов.
2. Перечислите причины возникновения и меры профилактики неврозов.
3. Перечислите методы лечения неврозов.
4. В чем заключается принцип динамического наблюдения за психически больными?
5. Назовите виды психиатрической экспертизы.
6. Перечислите основные принципы реабилитации больных.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клокунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 30

Тема: Психопатии

Перечень рассматриваемых вопросов:

Определение. Этиопатогенез пограничных психических расстройств. Психопатии. Основные методы диагностики и лечения пограничных психических расстройств.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Назовите основные клинические формы психопатий.
2. Перечислите причины декомпенсаций.
3. Перечислите методы лечения неврозов и декомпенсаций психопатий.
4. В чем заключается принцип динамического наблюдения за психически больными?
5. Назовите виды психиатрической экспертизы.
6. Перечислите основные принципы реабилитации больных.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клокунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

Практическое занятие № 31, 32

Тема: Основные методы лечения психических расстройств. Общие принципы неотложной терапии критических состояний в психиатрии и наркологии.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Назовите классификацию психотропных препаратов.
2. Назовите методы лечения психических расстройств.
3. Показания для назначения ЭСТ.
4. Препараты для лечения психозов.
5. Препараты для лечения неврозов.
6. Перечислите методы лечения декомпенсаций психопатий.
7. Перечислите основные принципы реабилитации больных.

Рекомендуемая литература.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для аспирантов / сост.: Е. В. Аленькина [и др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

др.]. - Саратов : Изд. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2020. - 139[1] с.

Педагогика высшей школы : учеб.-метод. пособие для обучающихся по прогр. аспирантуры / сост.: Н. А. Клоктунова [и др.]. - Саратов : Издат. центр Саратов. гос. мед. ун-та, 2021. - 155[1] с.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Практическое занятие №1, 2

Тема: Предмет и задачи психиатрии и медицинской психологии. Систематика психических расстройств. Методика клинического обследования психически больных.

Обоснование темы: знакомство с устройством и организацией работы психиатрического стационара, изучение особенностей ухода и наблюдения за психически больными, умение выявлять основные расстройства психических нарушений по объективным признакам, знание законодательных основ является основополагающим при начале изучения дисциплины.

Психиатрия – раздел клинической медицины, изучающий распространенность, этиопатогенез, диагностику, клинику, терапию и профилактику психических нарушений.

Разделы психиатрии:

- Общая психопатология
- Частная психиатрия
- Детская и подростковая психиатрия
- Наркология
- Военная психиатрия
- Геронтопсихиатрия
- Психофармакология
- Биологическая психиатрия
- Психиатрия катастроф
- Судебная психиатрия
- Психотерапия

Общая психопатология:

- Раздел психиатрии, изучающий отдельные проявления нарушений психической деятельности, представленные симптомами и синдромами
- Отдельные психопатологические синдромы могут присутствовать в структуре различных психических заболеваний
- Синдром не является строго специфичным образованием, присущим только той или иной нозологической форме.
- Нозологическая принадлежность определяет особенности и прогноз психопатологических расстройств

История психиатрии:

- Эмпирический период
- Феноменологический период
- Нозологический период

Эмпирический:

- С древнейших времен до начала XVIII века.

Первые попытки описать и истолковать причины отдельных психических расстройств и их симптомов (Пифагор, Геродот, Гиппократ, Цельс, Авиценна, ВЕДЫ, Библия)

Феноменологический:

- Начало XVIII века – середина XIX века.

развивается госпитализация душевнобольных, попытки описания отдельных расстройств, первые классификации

Филипп Пинель (1745-1826): Основоположник общественной, клинической и научной психиатрии во Франции, изменил содержание умалишенных и саму ситуацию с домами для душевно-больных. Главная акция Пинеля заключалась в том, что он впервые в истории медицины снял цепи с душевнобольных, превратив психиатрические заведения из мест тюремного заключения в лечебные учреждения.

Жан-Этьен Доминик Эскироль (1772-1840): один из основоположников научной психиатрии, создатель научной школы, автор первого научного руководства по психиатрии «О душевных болезнях» (1838 г) и первый клинический преподаватель - профессор психиатрии в современном значении слова.

Нозологический период:

- Середина XIX века – первая половина XX века.

психиатрия в связи с огромным усилением так называемой нервности в широких слоях населения все более выходит за пределы специальных больниц и быстрыми шагами приближается к повседневной жизни.

Эйген Блейер (1857 – 1939): швейцарский психиатр и патопсихолог, Профессор психиатрии. Первым предложил термин Шизофрения, описал основные симптомы.

Эмиль Крепелин (1856-1926): основатель научной школы, один из выдающихся немецких психиатров с мировым именем, вся психиатрия конца XIX века и первой четверти XX века была построена на его идеях.

Сергей Сергеевич Корсаков (1854-1900): выдающийся русский психиатр, один из основоположников нозологического направления в психиатрии и московской научной школы психиатрии, автор классического «Курса психиатрии» (1893 г).

Владимир Петрович Сербский (1858-1917): творец русской судебной психиатрии как самостоятельной научной дисциплины; впервые в России начал преподавать курсы судебной психиатрии.

Владимир Михайлович Бехтерев (1857-1927): выдающийся русский психиатр, один из основателей русской экспериментальной психологии.

Виктор Хрисанфович Кандинский (1849-1889): принадлежит к числу основоположников отечественной психиатрии, обнаружил патогенетическое взаимоотношение истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций. Его творческое наследие не исчерпывается психопатологическим исследованием природы псевдогаллюцинаций, не менее значительно его учение о не-вменяемости, ставшее основой развития отечественной судебной психиатрии.

Психика:

Рецепторные функции:

ощущения

восприятия

Интрапсихические процессы

интеллект

память

мышление

эмоции

Эффекторные функции

воля

внимание

влечения

Психическое расстройство по МКБ-10 – клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию (в МКБ-10 термин «болезнь», «заболевание», «нозологическая форма» не используются).

Категории психических расстройств:

Психозы

(основные признаки)

1. Формально-психотические признаки психоза (галлюцинации, бредовые идеи)
2. Отсутствие критики
3. Нарушение социальной адаптации

Не психозы (пограничные расстройства)

1. Патологические реакции (невроты)
2. Патологическое развитие личности:
 - а) Личности (психопатии)
 - б) Интеллекта (олигофрении)

Психоз – заболевание всего организма, проявляющееся разнообразными расстройствами психической деятельности: бред, галлюцинации, аффективные нарушения и выпадением или ослаблением функции психической деятельности, а также общими изменениями личности.

Морфологическая основа психозов:

Основой психотических расстройств является нейрохимический дефект той или иной медиаторной системы головного мозга

Дефект может носить как локальный, так и распространенный характер

Наряду с дефектом нейрональных систем выделяют нарушение функции отдельных структур головного мозга (нарушение высших корковых функций)

Нарушение функции нейромедиаторов может носить обратимый и необратимый характер

Этот факт определяет особенности течения психических заболеваний

Обратимые нарушения функции мозга проявляются периодическим и приступообразным течением болезни

Необратимые нарушения - непрерывным

Биологические и социальные предпосылки развития психических заболеваний:

Соотношение силы влияния социальных и биологических факторов в развитии различных психических заболеваний неоднозначно.

Есть заболевания с преимущественно биологической почвой (шизофрения, биполярный психоз и др.)

Социальные факторы имеют приоритетное значение в развитии реактивных (социально-стрессовых) психических расстройств

Социальные и биологические предпосылки развития психических заболеваний:

Биологическая основа (наследственные факторы) оказывают модулирующее влияние на проявления и течение реактивных психических расстройств.

Социальные факторы оказывают значимое влияние на течение психических заболеваний, в том числе и эндогенных. Здесь особое значение имеют семейные отношения, уровень жизни, организация занятости, социально-психологическая реабилитация.

Законодательные основы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации:

I Конституция РФ

Статья 2 «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства».

Статья 41 «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов,

других поступлений».

II Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»
Принят Верховным Советом Российской Федерации в 1992 году.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

Ст. 28 . Основанием для госпитализации являются:

- наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования и лечения в стационарных условиях; либо постановление судьи;
-необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, отдельно предусмотренных «Законом».

Ст.29. Основания для госпитализации в недобровольном порядке:

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия по постановлению судьи, если его обследование и лечение возможно только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

-непосредственную опасность для себя и окружающих;

-его беспомощность (неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности);

-существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для госпитализации:

В экстренном порядке госпитализируются больные с психозами, выраженными аффективными расстройствами, нарушенным сознанием, суицидальными и импульсивными поступками, представляющие непосредственную опасность для себя и окружающих.

В плановом порядке госпитализируются больные с непсихотическими формами психических расстройств, последствиями травм, нейроинфекций, не представляющие опасности для себя и окружающих.

Практическое занятие №3, 4

Тема: Расстройства восприятия. Психологические методы диагностики расстройств восприятия.

Обоснование темы: Изучение психики человека начинается с рецепторных функций, куда входит ощущение, восприятие. Расстройства восприятий часто встречаются в практике врача. Симптоматика, её знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за галлюцинирующим больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию рецепторных функций.

Восприятие - целостное субъективное психическое отражение предметов и явлений окружающего мира, когда они воздействуют на наши органы чувств. Оно складывается из ощущений, формирования образа, его дополнения представлением и воображением.

Ощущение – такой вид психической деятельности, который, возникая при непосредственном воздействии предметов и явлений окружающего мира на наши органы чувств, отражает лишь отдельные свойства этих предметов и явлений.

Представление – результат оживления образов или явлений, воспринимаемых ранее, в прошлом.

Клинические проявления.

Гиперестезия — нарушение чувствительности, которое выражается в сверхсильном восприятии света, звука, запаха. Характерно для состояний после перенесенных соматических заболеваний, черепно-мозговой травмы. Пациенты могут воспринимать шелест листьев под ветром подобным грохочущему железу, а естественный свет как очень яркий.

Гипоестезия — снижение чувствительности к сенсорным стимулам. Окружающее воспринимается блеклым, тусклым, неразличимым. Это явление типично для депрессивных расстройств.

Анестезия — утрата чаще всего тактильной чувствительности, или функциональное выпадение способности к восприятию вкуса, запаха, отдельных предметов, типично для диссоциативных (истерических) расстройств.

Парестезии — ощущение покалывания, жжения, ползания мурашек. Обычно в зонах, соответствующих зонам Захарьина — Геда. Типично для соматоформных психических расстройств и соматических заболеваний. Парестезии обусловлены особенностями кровоснабжения и иннервации, чем отличаются от сенестопатий.

Сенестопатий — комплексные необычные ощущения в теле с переживаниями перемещения, переливания, перетекания. Нередко вычурные и выраженные необычным метафорическим языком, например, пациенты говорят о перемещении щеки внутри мозга, переливании жидкости от горла к половым органам, растяжении и сжатии пищевода.

Основными расстройствами восприятия являются **иллюзии и галлюцинации**. Об этих явлениях пациенты могут говорить неохотно или их скрывать.

Иллюзии — искаженное восприятие реально существующих объектов.

Основными характеристиками иллюзий являются:

- наличие объекта или явления, который подвергается искажению, например, визуального, аудиального или другого сенсорного образа,
- сенсорный характер явления, то есть его связь с конкретной модальностью восприятия,
- искаженная оценка объекта,
- оценка искаженного ощущения как реального.

— исчезновение иллюзии после оценки мышлением или включения другой модальности, например, при визуальной иллюзии попытка прикосновения к объекту позволяет исключить иллюзорное восприятие.

- По сложности иллюзии делятся на элементарные, простые, сложные, панорамические и парейдолические, примером которых являются образы, которые мы можем увидеть в черед облаков или рисунке ковра.
- По органам чувств они делятся на: тактильные, зрительные, визуальные, слуховые, проприоцептивные и кинестетические.
- По причинам возникновения иллюзии делятся на: физические, обусловленные объективными свойствами среды, например, обусловленные особенностями преломления света или отражения звука; физиологические, связанные с периферическими анализаторами, например иллюзии светящегося галло — свечение вокруг фонарей у больных глаукомой; психические, в частности, связанные с ожиданием какого-либо человека, которого мы, ошибаясь, внезапно видим в толпе; эйдетические, связанные с воображением. Иллюзии характерны для невротических расстройств, а также для первых стадий развития расстройств сознания, например делирия. Некоторые иллюзии возникают у психически здоровых лиц в особых стрессорных условиях среды. Например, при посадке на Луну космонавт Армстронг чувствовал слежку за собой, которая была связана с иллюзорным восприятием колебания антенны космического челнока.

Галлюцинация — восприятие объекта или сенсорного образа, который возникает без наличия реального объекта, но сопровождается уверенностью в том, что этот объект существует. Термин «галлюцинация» введен впервые J.-E.D. Esquirol в 1838 году.

Истинные галлюцинации:

Наделены всеми свойствами реальных предметов (телесностью, весомостью, ярким звучанием).

Проецируются в реальное пространство, непосредственно окружающее больного.

Существует уверенность в естественном способе получения информации о воображаемых предметах и явлениях через анализаторы.

Больной уверен, что все окружающие воспринимают те же самые предметы точно так же, как он.

Больной поступает с воображаемыми предметами, как с реальными: пытается взять их в руки, убегает от преследователей, нападает на врагов.

Воспринимаются как угрожающие жизни и физическому здоровью пациента.

Как правило, нестойки, остро возникают, нередко усиливаются в вечернее время.

Псевдогаллюцинации:

Лишены чувственной живости, естественного тембра, бестелесны, прозрачны, необъемны. Проецируются в воображаемое пространство, исходят либо из тела больного, либо из областей, недоступных его анализаторам, не соприкасаются с предметами реальной обстановки.

Производят впечатление насильственно вызванных, сделанных, вложенных в голову с помощью специальных аппаратов или психологического воздействия.

Больной считает, что образы передаются ему специально и недоступны органам чувств окружающих.

Больной не может убежать от галлюцинаций, поскольку уверен, что они достигнут его на любом расстоянии, зато иногда пытается «экранировать» свое тело от воздействия.

Воспринимаются как попытка психического насилия, стремление поработить волю, заставить поступать против желаний, свести с ума.

Чаще возникают при хронических психозах, довольно резистентны к терапии, не зависят от времени суток, ночью во время сна могут исчезать совсем.

Галлюцинации классифицируются:

1. по органам чувств:

- Слуховые императивные (угрожающие, комментирующие, антагонистические)
- Зрительные (фотопсии, зоопсии, аутоскопические, экстракамбинные, гипнагогические, гипнопомпические)
- Тактильные (термические, гаптические, гигрические)
- Вкусовые
- Обонятельные (мнимое восприятие неприятных запахов)
- Висцеральные, общего чувства (присутствие в теле каких-то предметов, животных)

2. по степени сложности:

- Элементарные (акозмы, фотопсии)
- Простые (связаны с 1 анализатором)
- Сложные (обманы со стороны сразу нескольких анализаторов)
- Сценородобные

Функциональные галлюцинации – возникают на фоне реального раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия.

Внутренние и вызванные галлюцинации:

Симптом Липмана – вызывание зрительных галлюцинаций легким нажатием на глазные яблоки больного.

Симптом чистого листа (Рейхардта) – больному предлагается очень внимательно рассматривать чистый лист белой бумаги и рассказывать, что он там видит.

Симптом Ашаффенбурга – больному предлагают поговорить по выключенному телефону, проверяется готовность к возникновению слуховых галлюцинаций.

Психосенсорные расстройства иногда считаются промежуточными между расстройствами сознания и восприятия. К ним относятся переживания деперсонализации и дереализации, а также особые синдромы, описанные в соответствующем разделе.

Деперсонализация выражается в следующих симптомах:

Психическая:

— изменения «Я», своеобразные ощущения трансформации, чаще негативной, собственной личности, сопровождающиеся страхом сойти с ума, переживанием собственной ненужности, пустоты смысла жизни и утраты желаний. Это состояние характерно для аффективных расстройств и некоторых неврозов.

— расщепление «Я», типичное для шизофрении и диссоциативных расстройств, выражается в чувстве наличия в себе двух и более личностей, каждая из которых имеет собственные намерения, желания.

- отчуждение собственного «Я».

Физическая:

— изменение схемы тела, выражается в аномальном восприятии длины конечностей, укорочении или вытягивании рук и ног, изменениях формы лица, головы. Состояние, наблюдаемое в результате органических расстройств.

Дереализация выражается в изменении:

— цвета, например, при депрессиях мир может казаться серым или с преобладанием синих тонов, что особенно хорошо заметно в творчестве художников, например Э. Мунка, который в периоды депрессий пользовался преимущественно черным, синим и зеленым цветами. Преобладание в окружающем ярких красок отмечают пациенты с маниакальными состояниями. Восприятие красных и желтых тонов или пожара типично для сумеречных эпилептических состояний.

— формы и размеров: окружающее может увеличиваться или уменьшаться (синдром Алисы в Стране чудес), приближаться и удаляться, постоянно трансформироваться. Правую сторону пациент может воспринимать как левую и наоборот (синдром Алисы в Зазеркалье). Состояния такого рода характерны для интоксикаций психоактивными веществами и для органических поражений головного мозга.

— темпа и времени: окружающее может казаться чрезвычайно быстро изменяющимся, подобно кадрам старого кино (синдром кинематографа) или, напротив, кажется затянутым. В одних случаях кажется, что месяцы бегут как мгновения, в других — ночи нет конца. Пациенты могут говорить о том, что замечают один и тот же стереотипно повторяемый

сюжет. Все указанные переживания связаны с эмоциональностью, например, при хорошем настроении кажется, что время течет быстрее, а при плохом — медленнее.

Таким образом, можно выделить следующие синдромы.

Синдром галлюциноза – наплыв обильных галлюцинаций (вербальных, зрительных, тактильных) на фоне ясного сознания, продолжительностью от 1 -2 нед (острый галлюциноз), до 6 месяцев (подострый), до нескольких лет (хронический галлюциноз). Галлюциноз может сопровождаться аффективными расстройствами (тревога, страх), а также бредовыми идеями. Галлюцинозы наблюдаются при алкоголизме, шизофрении, эпилепсии, органических поражениях головного мозга, а в том числе сифилитической этиологии.

Синдром Каиндинского – Клерамбо – псевдогаллюцинации, явления психического автоматизма, бредовые идеи воздействия, овладения, преследования.

Автоматизм – отчуждение больным его собственных психических актов, чувство, что некоторые процессы в его психике происходят автоматически, помимо воли. Выделяют 3 вида автоматизма:

- **Идеаторный (мыслительный)** – чувство вкладывания и отнятия мыслей, постороннего вмешательства в их течение, обрывы (шперрунг) и наплывы мыслей (ментизм), впечатление, что мысли больного звучат так громко, становятся известны окружающим (симптом открытости мысли).
- **Сенсорный (чувственный)** – состояние, при котором многие неприятные ощущения в теле кажутся «деланными», специально вызванными.
- **Моторный (двигательный)** – чувство, что движения больного совершаются помимо его воли, вызваны воздействием со стороны.

Практическое занятие №5, 6.

Тема: Интеллектуально-мнестические нарушения. Скрининговые методы диагностики памяти и интеллекта.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. Важной составляющей интегративной психической системы является интеллектуально-мнестическая сфера. Расстройства памяти и интеллекта часто встречаются в практике врача. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет

сделать врач, изучающий патологию рецепторных функций.

В трудах древнегреческих мыслителей открыты многие великие проблемы, которые и сегодня направляют развитие психологических идей. В их объяснениях генезиса и структуры души обнаруживаются три направления, по которым шел поиск тех больших, независимых от индивида сфер, по образу и подобию которых трактовался микрокосм индивидуальной человеческой души.

Первым направлением стало объяснение психики исходя из законов движения и развития материального мира. Здесь главной была идея об определяющей зависимости душевных проявлений от общего строя вещей. Олигофрения – наследственное, врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии с преобладанием в первую очередь интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении социальной адаптации. Выделяют 3 степени олигофрении:

- Идиотия (отсутствует способность к самообслуживанию, грубые нарушения развития, речь не развита)
- Имбецильность (способны к самообслуживанию, не обучаемы).
- Дебильность (обучаемы, грамотная речь, внушаемы, отсутствует способность к абстрактному мышлению).

Деменция – приобретенное слабоумие.

Органическая деменция-слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга.

- Тотальное слабоумие – грубо страдает память, интеллект, отсутствует критика к своему состоянию, происходит разрушение ядра личности (невелировка личностных черт – все больные похожи друг на друга) (сенильная деменция, деменция при прогрессивном параличе).
- Частичное слабоумие – преимущественно страдает память при относительной сохранности интеллекта, наблюдается критическое отношение к своему состоянию, нет разрушения ядра личности (церебральный атеросклероз, сифилис головного мозга).

Память — психический процесс отражения, способность к фиксации (запоминанию), сохранению (ретенции) и воспроизведению (репродукции) прошлого опыта.

- Различают: краткосрочную (кратковременную), долгосрочную (долговременную), оперативную память.
- По участию анализаторов: зрительная, слуховая, двигательная, смешанная.
- По участию сигнальных систем: наглядно-образная и словесно-логическая.
- По механизму запоминания: механическая, смысловая.
- По степени вовлечения внимания и волевого усилия: произвольное запоминание и

произвольное.

Дисмнезии.

Гипермнезия — кратковременное болезненное усиление произвольной репродукции, реже запоминания; встречается при лихорадочных состояниях, в гипнотическом и маниакальном состояниях.

Гипомнезия — болезненное ослабление запоминания настоящего или воспроизведения прошлых событий. Возникает так называемая “прорешливая память”, когда больной вспоминает не все, что должен был бы помнить, а наиболее сильные и яркие впечатления. Легкая степень гипомнезии проявляется слабостью воспроизведения дат, имен, терминов, цифр и т. п. Встречается при невротических, наркоманических, психоорганических синдромах, паралитическом и слабоумии.

- Органическая (стойкий дефект)
- Функциональная (при депрессии, тяжелом невротическом состоянии) — исчезает после выхода из состояния.

Амнезия — отсутствие воспоминаний о пережитом, ограниченное тем или иным периодом времени, той или иной ситуации.

По отношению периода, подвергшегося амнезии, к периоду болезни (расстройству сознания) выделяют:

- ретроградная — выпадение из памяти событий, предшествовавших острому периоду болезни;
- антероградная — утрата воспоминаний на тот или иной период течения болезни;
- антероретроградная (тотальная)
- конградная — выпадение воспоминаний, полное или частичное, в период нарушенного сознания. Встречаются при травмах мозга, энцефалитах, при количественных и качественных расстройствах сознания различного происхождения.

По преимущественно нарушенной функции памяти:

- фиксационная — резкое ослабление или отсутствие способности запоминания новой информации, текущих событий, является одним из основных признаков корсаковского амнестического синдрома.
- анэхофория — неспособность к произвольному воспоминанию без подсказки.

По динамике:

- прогрессирующую — распад памяти в соответствии с законом Рибо, от текущего ко все более давнему прошлому
- стационарная, регрессирующая — постепенно улучшается усвоение текущих событий и воспроизведение прошлого

- ретардированная — отставленная, запаздывающая, когда события выпадают из памяти не сразу, а спустя некоторое время после патологического состояния.

По объекту:

- аффектогенная (катагимная) амнезия — пробелы памяти после ярко выраженных аффективных неприятных и непримлемых для личности впечатлений и событий: близко к ней истерическая амнезия, когда фрагментарно выпадает из памяти только неприемлемые для личности события

Парамнезии.

Псевдореминисценции — перемещение воспоминаний во времени, события, имевшие место в другой период, переносятся на текущий период времени. Чаще всего носят замещающий характер, заполняя пробелы памяти, обусловленные фиксационной амнезией. Входят в состав корсаковского синдрома, частичной и тотальной деменции, псевдодеменции и пуэрилизма.

Криптомнезии — искажение памяти, при котором ослабляются или исчезают различия между событиями личной жизни и событиями общественной жизни, увиденными во сне, прочитанными и т. п. Путается источник информации.

Эхомнезии (редуплицирующая парамнезия Пика) — обманы памяти, при которых имевшие место в жизни пациента события, факты, переживания предстают удвоенными, утроенными в воспоминаниях больного, нередко разбросанные во времени.

Конфабуляции — вымыслы, искаженные воспоминания о событиях, которых не было ни в период времени, о котором говорит больной, ни в прошлой его жизни.

- замещающие конфабуляции — вымыслы, которые заполняют провалы памяти, преимущественно обусловленные фиксационной амнезией:

- фантастические конфабуляции — искаженные воспоминания о невероятных фантастических событиях, якобы имевших место в отдаленном и недавнем прошлом, обусловленные бредовыми переживаниями, конфабулезом:

- паралитические конфабуляции, связанные также с мегаломаническим бредом в сочетании с нарастающим слабоумием:

- галлюцинаторные воспоминания Кальбаума (конкретная фантометрия) — искаженные воспоминания, обусловленные галлюцинаторными переживаниями и перенесенные в прошлые переживания пациента:

- псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания В. Х. Кандинского — созданный воображением факт становится сразу же содержанием слуховых или зрительных псевдогаллюцинаций, которые представляют в сознании больного как воспоминания о реальном событии.

Корсаковский синдром – фиксационная амнезия, амнестическая дезориентировка, парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции).

Органический синдром (психоорганический) – триада Вальтер – Бюеля: эмоциональная лабильность, расстройство памяти, снижение интеллекта (при поражении головного мозга, соматогениях, алкоголизме, наркомании, атрофических процессах головного мозга).

Практическое занятие №7, 8.

Тема: Патология мышления: классификация, навязчивые и сверхценные идеи. Психологические методы диагностики расстройств мышления.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. Важной составляющей интегративной психической системы является мыслительная сфера. Расстройства мышления часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию ассоциативных процессов.

Мышление – специфичная для человека способность отражать в собственном сознании окружающий мир в полноте существующих связей, внутренних закономерностей: не только наблюдать, но и понимать суть происходящего.

Понятия – основной элемент мышления – это выработанные человечеством категории, отражающие самые существенные признаки предметов и явлений.

Речь – главный способ выражения мышления. Полноценность речи человека определяется наличием суждений, представляющих собой отдельные высказывания о предметах и явлениях, и умозаключений, являющихся логическим выводом из сопоставления нескольких суждений. Суждения и умозаключения составляют содержание мышления.

Расстройства ассоциативного процесса.

Ускорение мышления – обилие и быстрота возникновения ассоциаций, и их поверхностностью.

Замедление мышления – замедленный темп речи, бедность возникающих ассоциаций. Речь становится односложной, в ней отсутствуют развернутые определения и объяснения. Наблюдается у больных в состоянии депрессии, а также при легком расстройстве сознания (оглушении).

По содержанию:

Патологическая обстоятельность (вязкость) - проявление тугоподвижности мышления, постоянный уход по боковым ассоциациям.

Резонерство (бесплодное мудрствование) - проявляется многословием, но мышление теряет целенаправленность.

Паралогическое мышление - больные путем сложных логических рассуждений приходят к выводам, явно противоречащим действительности.

Разорванность - распад речи (шизофазия), когда она совершенно теряет какой-либо смысл.

Бесвязность (инкогерентность) - проявление грубого распада всего процесса мышления (хаос).

Стереотипии - повтор мыслей, фраз или отдельных слов.

Наплыв мыслей (ментизм) - тягостное для пациента состояние хаотичного потока пронесшихся в голове мыслей, обычно возникающее в виде приступа.

Перерывы в мышлении (шперрунг, остановка, или закупорка мыслей) - ощущение, что "мысли улетели из головы", "голова пустая".

Ментизм - это проявление идеаторного автоматизма, наблюдающегося чаще всего при шизофрении.

Практическое занятие №9, 10.

Тема: Патология мышления: бредовые идеи.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. Важной составляющей интегративной психической системы является мыслительная сфера. Расстройства мышления часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию ассоциативных процессов.

Патология суждений и умозаключений.

Бред - ложное умозаключение, возникающее в результате болезненного процесса, которое не поддается коррекции извне, при этом имеет место ложнозначимость и отсутствие критики. Больные с бредом абсолютно убеждены в справедливости своих суждений, и это закономерно ведет к неправильной оценке ситуации, расстройствам поведения и дезадаптации.

Фабула бреда - основное содержание бредовой концепции, может принимать самые разнообразные формы.

По механизмам происхождения:

- Первичный бред - самостоятельное расстройство сферы мышления, не связанное с какими-либо другими симптомами психических расстройств, не сопровождающееся галлюцинациями. Важнейшее проявление парапояльного синдрома.
- Вторичный бред возникает как следствие нарушения каких-либо других сфер психики. Так, появление обонятельных галлюцинаций может вызвать у больного уверенность в том, что его пытаются отравить. Расстройства памяти нередко служат причиной появления у пожилых больных бреда материального ущерба.

По динамике:

- Систематизированный - о наличии стройной системы свидетельствуют многочисленные взаимосвязанные доказательства, приводимые больным для подтверждения собственных мыслей.
- Несистематизированный (отрывочный) - остро возникший бред всегда лишен стройной системы, однако наличие у больного несистематизированного бреда наблюдается не только при острых психозах: при прогрессирующих заболеваниях, приводящих к грубому изменению личности (шизофрения, органические психозы), с течением времени больной может терять интерес к прежде актуальной для него бредовой идее, и тогда ранее стройная бредовая система может распасться.

Для диагностики острых и хронических бредовых психозов:

- Интерпретативный - больные вполне четко понимают суть событий, связанных с бредом.
- Чувственный (образный) - отсутствует четкое понимание происходящих событий.

По степени размаха:

- бред малого размаха (бред бытовых отношений), характерный для психозов пожилого возраста.
- мегаломанический бред (бред громадности), проявляющийся максимально фантастичными высказываниями.
- Бред величия выражается в том, что больной настаивает на уникальности своих способностей, подчеркивает, что является "величайшим гипнотизером в мире", "изобретателем всех наук во вселенной", "богом, создателем мироздания

Сверхценные идеи - не являются нелепыми, ошибочными, данные мысли занимают в сознании человека не соответствующее их реальному значению доминирующее положение. Позитивно эмоционально окрашены и спаяны с личностью.

Навязчивые идеи (обсессии) - это мысли, возникающие вне зависимости от желания больного. носят чужеродный характер. Их появление пациент эмоционально переживает, поскольку относится к ним критически, пытается избавиться, освободиться от них, однако не может этого сделать самостоятельно. Главное отличие навязчивых мыслей от бреда - это уверенность человека в их болезненном происхождении.

Практическое занятие №11, 12.

Тема: Аффективные нарушения. Психологические методы диагностики эмоциональных расстройств.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. Высшей составляющей интегративной психической системы является эмоционально-волевая сфера и сфера сознания. Расстройства эмоционально-волевой деятельности и сознания часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Эмоции — это физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека — от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения.

Классификация эмоций.

Патология эмоций.

Мания — психическое расстройство, сопровождающееся чувством радости, легкости, повышенного настроения и аффектом гнева.

1. повышение настроения с чувством радости, которым больные заражают окружающих, и аффектом гневливости.
2. ускорение мышления (может доходить до «скачки идей»)
3. усиление речедвигательной активности

Может сопровождаться сверхценными идеями переоценки собственной личности или бредовыми идеями величия.

Морния – повышенное настроение с элементами паясничанья, дурашливостью, склонностью к плоским шуткам, т.е. двигательным возбуждением. Всегда с элементами снижения критики

и интеллектуальной недостаточностью (при органическом поражении лобных долей).

Эйфория — благодушное, беспечное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием, недостаточная оценка происходящих событий. В отличие от мании нет последних 2 составляющих из триады (состояния алкогольного, наркотического опьянения, органические заболевания ГМ, соматические заболевания — туберкулез).

Амбивалентность (двойственность чувств) — одновременное сосуществование двух противоположных эмоций, сочетающееся с амбигуэнтностью (при шизофрении, истерических расстройствах: невроз, психопатии).

Слабодушие (недержание аффекта) — легкая умиляемость, сентиментальность, недержание эмоций, слезливость (сосудистые заболевания головного мозга).

Дисфория — злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими, нередко агрессивными тенденциями. Часто сопровождается выраженными аффективными реакциями гневливости, ярости с агрессией, отчаяния с суицидальными тенденциями (эпилепсия, травматическая болезнь ГМ, абстиненция у алкоголиков, наркоманов).

Тревога — переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу.

Эмоциональная слабость — лабильность, неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий. У больных легко могут возникать состояния умиления, сентиментальности с появлением слезливости (слабодушие).

Болезненное психическое бесчувствие (anaesthesiapsychicadolorosa) - больные мучительно переживают утрату всех человеческих чувств — любви к близким, сострадания, горя, тоски.

Апатия (от греч. *apatia* — бесчувственность; синонимы: апормия, антиномия, болезненное безразличие) — расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью (шизофрения, органические поражения ГМ — травмы, атрофические процессы с явлениями аспонтанности).

Депрессия — психическое расстройство, сопровождающееся пониженным настроением, чувством тоски, тревоги и выраженным аффектом страха.

1. понижение настроения с ощущением подавленности, угнетенности, тоски и аффектом страха
2. замедление мышления
3. замедление речедвигательной активности

Воля – осознанная, целенаправленная деятельность человека

Гипербулия— повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления (маниакальные состояния).

Гипобулия — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться (депрессивные состояния, шизофрения).

Абулия— отсутствие каких – либо побуждений (шизофрения, органическое поражение головного мозга, опиийная наркомания).

Парабулия— извращение, изменение волевой активности – кататонический синдром в виде кататонического ступора или кататонического возбуждения – симптомокомплексе расстройств моторики и мышечного тонуса.

Практическое занятие №13-14.

Тема: Двигательно-волевые расстройства. Патология влечений. Расстройства пищевого поведения.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. Высшей составляющей интегративной психической системы является волевая сфера. Расстройства волевой деятельности часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологические процессы.

Воля – осознанная, целенаправленная деятельность человека

Гипербулия— повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления (маниакальные состояния).

Гипобулия — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться (депрессивные состояния, шизофрения).

Абулия— отсутствие каких – либо побуждений (шизофрения, органическое поражение головного мозга, опиийная наркомания).

Парабулия— извращение, изменение волевой активности – кататонический синдром в виде кататонического ступора или кататонического возбуждения – симптомокомплексе расстройств моторики и мышечного тонуса.

Практическое занятие №15, 16.

Тема: Расстройства сознания.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. Высшей составляющей интегративной психической системы является сфера сознания. Расстройства сознания часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Сознание – сложный интегративный психический процесс, определяющий познавательный синтез и включающий предметную (аллопсихическую) и личностную (аутопсихическую) ориентировку.

- Предметная ориентировка – ориентировка в месте, времени, чаще нарушается при экзогенных психозах: ЧМТ, инфекционных и интоксикационных психозах.
- Личностная ориентировка – ориентировка человека в своем духовном «я», в себе самом, чаще нарушается при эндогенных психозах.

Расстройства сознания разделяют: дефицит, угнетение, помрачение (непсихотические или количественные нарушения сознания) и изменение (психотические или качественные нарушения сознания).

Дефицит (угнетение) сознания

1. Оглушение
2. Сопор
3. Кома

Изменение сознания

1. Делирий
2. Онейроидное (сновидное) изменение сознания
3. Амения
4. Сумеречное помрачение сознания

Практическое занятие №17, 18.

Тема: Методика клинического обследования психически больных. Курация пациентов с психическими расстройствами.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптомы психических расстройств часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Конспект занятия.

Основы написания психического статуса.

Схема истории болезни психически больного.

Практическое занятие №19, 20.

Тема: Биполярное аффективное расстройство.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптомы эндогенных расстройств часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Эндогенное психическое заболевание которое характеризуется наличием фазных аффективных расстройств и периодов интермиссий (светлых промежутков), когда психическое состояние пациентов практически не отличается от состояния здорового человека. Наследственное предрасположение: риск заболевания МДП у сиблингов и дизиготных близнецов 20 – 25%, у монозиготных 66 – 96%, что дает основания предположить доминантный характер передачи болезни с эффектом одного гена и его неполной пенетрантностью, которую определяет пол пациента.

Типы течения:

Биполярное

Монополярное (имеется только одна фаза, чаще депрессивная)

Континуальное (без светлых промежутков)

Депрессивная фаза характеризуется пониженным настроением, чувством тоски, тревоги, сочетающимся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

Продолжительность в среднем 3 - 6 месяцев.

1. Пониженное настроение с ощущением подавленности, угнетенности, переживанием предсердечной тоски, сопровождающимся сжиманием, жгучей болью или тяжестью в области сердца.

2. Замедление темпа мышления

3. Угнетение рече-двигательной активности.

Маниакальная фаза

Характеризуется состоянием болезненного повышения настроения, сопровождающегося чувством радости и аффектом гневливости в сочетании с ускорением мышления и усилением рече-двигательной активности.

Как правило сопровождается отсутствием критики, возникновением сверхценных идей переоценки собственной личности, либо бредовых идей величия.

Формируется постепенно, через этап гипомании, являющийся продуктивным.

1. Повышение настроения с чувством радости, которым больные заражают окружающих

2. Ускорение мышления вплоть до скачки идей (fugaidearum)

3. Усиление рече-двигательной активности

Лечение и профилактика БАР

Шизофрения - психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.

Практическое занятие №21, 22.

Тема: Шизофрения. Методы психопсихологической диагностики.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных психозов. Симптомы эндогенных расстройств часто встречаются в практике специалиста.

Симптоматика. ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Этиология. Патогенез шизофрении не поддается изучению в полной мере, очевидно из-за его крайней сложности и многофакторности. Существуют теории, описывающие возможные механизмы патогенеза на самом разном уровне, начиная с психологического, кончая биологическим. Среди биологических теорий на сегодняшний день ведущей является теория, основывающаяся на повышенной активности дофаминэргических структур головного мозга, на чем и основано использование основных медикаментов, используемых для лечения шизофрении – нейролептиков.

Классификация.

3 основные формы течения шизофрении:

- Непрерывно-прогредиентная (без ремиссий)
- рекуррентная (периодическая)
- приступообразно-прогредиентная с разной степенью прогредиентности (грубо-, средне- и малопрогредиентная).

Клиника шизофрении.

Клиника шизофрении складывается из совокупности двух больших групп симптомов – позитивных и негативных.

Продуктивные симптомы

Негативные симптомы

Ранние симптомы

Основные симптомы

Характерные симптомы

Формы шизофрении

Лечение.

Практическое задание №23, 24.

Тема: Эпилепсия, травматические, инфекционные расстройства психики. Психические заболевания возраста обратного развития.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изу-

ченных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптомы экзогенно-органических расстройств часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

На протяжении последнего периода времени, в связи с увеличением средней продолжительности жизни, в особенности в развитых странах, отмечаются тенденции к увеличению в популяции количества пожилых людей (так называемое «старение нации»).

- Согласно статистике, до 25% лиц старше 60-65 лет имеют те или иные психические нарушения.

Периоды старения:

- Возраст 60 – 75 лет принято считать предстарческим, старость – после 75 лет.
- Современная градация выделяет «молодых пожилых» - 60 – 70 лет, «старых пожилых» - 70 – 90 лет и долгожителей.
- По классификации, принятой ВОЗ, возраст 45-59 лет считается средним, 60-74 – пожилым, 75-90 – старческим.

Этиопатогенетические факторы:

- Нейро – эндокринные сдвиги, наблюдаемые в возрасте обратного развития.
- Изменения всех систем и органов, обусловленные процессом старения.
- Наличие широкого круга соматических и неврологических расстройств.
- Изменения характера, наблюдаемые в ходе инволюции.
- Социально – психологические причины (смерть близких, одиночество, утрата прежних социальных связей, прекращение трудовой деятельности, трудности самообслуживания и пр.).

Классификация:

1. *Пресенильные (предстарческие)* - группа психических заболеваний, начинающихся в возрасте 45 – 60 лет:

- Климактерические неврозоподобные состояния
- Пресенильные психозы (инволюционная меланхолия, инволюционный параноид)
- Пресенильная деменция (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика)
- Психические нарушения, обусловленные церебрально – сосудистой патологией.

2. *Сенильные (старческие)* - средний возраст начала заболевания составляет после 70 – 75 лет:

- Сенильная деменция: Психозы старческого возраста (зрительные, вербальные, тактильные, обонятельные галлюцинозы; острые состояния спутанности сознания с грубой дезориентировкой в окружающем, отрывочными галлюцинаторно – бредовыми переживаниями)

Лечение

Практическое занятие №25, 26.

Тема: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптомы экзогенно-органических расстройств часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Алкоголизм - хроническое заболевание, наступающее вследствие длительного злоупотребления алкоголем с патологическим влечением к нему. Проявляется в психической, а затем в физической зависимости.

Причины, ведущие к алкоголизму:

Типы злоупотребления алкоголем:

- Постоянный – ежедневное или почти ежедневное.
- Периодический – периоды ежедневного пьянства, чередующиеся с более или менее продолжительными интервалами, когда больной не употребляет спиртное или употребляет его эпизодически, в небольших дозах, без потери контроля.

1. *Псевдозапой* – подчиняются внешним обстоятельствам – начинаются в связи с какими-либо социальными поводами (встреча с друзьями) и заканчиваются тоже под влиянием ситуации (кончились деньги).

2. *Истинные запои* – подчиняются биологическим закономерностям – начинаются аутохтонно, преобладают характерные изменения настроения, поведения. Длится от нескольких дней до 2 и более недель.

3 степени опьянения:

- Легкая – гипоманиакальное состояние, эйфория, комфорт, общительность, жестикуляция, качество работы снижается, гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита. Сменяется вялостью, сном. Воспоминания сохраняются.
- Средняя – неврологические нарушения – смазанная речь, шаткая походка, тошнота, рвота, настроение неустойчивое (эйфория чередуется с раздражительностью), внимание переключается с трудом. Сменяется глубоким сном, Смутные воспоминания.
- Тяжелая – угнетение сознания (сопор, кома), лицо амимично, недержание мочи, кала, тело холодное, конечности цианотичные. Амнезия.

3 стадии алкоголизма:

1. Психическая зависимость (неврастеническая) стадия:

2. Физическая зависимость:

3. Алкогольная деградация (энцефалопатическая):

Лечение

Практическое занятие № 27.

Тема: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических и психоактивных веществ.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптомы экзогенно-органических расстройств часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Наркомании

- Хроническое, прогрессирующее, экзогенно – органическое психическое заболевание, которое характеризуется наличием физической и/или психической зависимости от психоактивных веществ, признанных наркотическими, формированием характерных изменений личности, достигающих в крайней степени уровня деградации.

Токсикомании

- Хроническое, прогрессирующее, экзогенно – органическое психическое заболевание, которое характеризуется наличием физической и/или психической зависимости от психоактивных веществ, не признанных наркотическими, формированием характерных изменений личности, достигающих в крайней степени уровня деградации.

Этиопатогенез

- Преморбидные личностные особенности (заболевают наркоманиями и токсикоманиями, как правило, личности психопатического склада)
- Наследственная отягощенность по различного рода химическим зависимостям, включая алкоголизм (передача наследственной предрасположенности)
- Нарушение обмена биогенных аминов (норадренэргическая, серотонинэргическая системы)
- Изменение активности рецепторов опиатной системы и эндогенных морфиноподобных веществ (эндорфины, энкефалины)
- Социально – психологические факторы (гедонистические – стремление к удовольствию; атарактические – стремление забыться; субмиссивные – подчинение влиянию других).

Основные звенья формирования наркоманий и токсикоманий

- I. Стремление к эйфории
- II. Формирование предпочтения определенного наркотика
- III. Регулярность приема
- IV. Угасание первоначального эффекта (ослабление действия прежних доз)

Основные синдромы, отмечаемые при наркоманиях и токсикоманиях:

1. Синдром измененной реактивности на наркотик или иное психоактивное вещество:
 - Утрата защитных биологических механизмов на передозировку наркотика либо иного психоактивного вещества.
 - Рост толерантности
 - Утрата количественного контроля за мерой потребления
2. Синдром психической зависимости:
 - Наличие патологического влечения к наркотику или иному психоактивному веществу (на первых этапах болезни представлено в форме навязчивых мыслей, затем – сверхценных идей).
 - Состояние психического комфорта возможно только в интоксикации.
3. Синдром физической зависимости:
 - Компульсивный (с явлениями неодолимости) характер влечения к наркотику или иному психоактивному веществу.
 - Абстиненция.
4. Синдром изменения личности:
 - Имеет общие тенденции: признаки нарастающего интеллектуально – мнестического снижения в сочетании с картиной морально – этического дефекта.
 - Специфические особенности при каждом варианте заболевания (например, при злоупотреблении барбитуратами напоминают изменения личности при эпилепсии; при злоупотреблении опиатами – при шизофрении).

Клинические формы наркоманий:

- Наркомания, вызванная злоупотреблением каннабиондов.
- Опиоидная наркомания.
- Кокаиновая наркомания.
- Наркомания, вызванная злоупотреблением барбитуратов.
- Наркомания, вызванная злоупотреблением галлюциногенами.
- Наркомания, вызванная злоупотреблением амфетаминами.
- Наркомания, вызванная злоупотреблением эфедрона и его производных.

Клинические формы токсикоманий:

- Токсикомания, вызванная злоупотреблением препаратами бытовой химии (клей, растворители, бензин и пр.).
- Токсикомания, вызванная злоупотреблением корректорами психофармакотерапии (циклодол, паркопан и пр.).
- Токсикомания, вызванная злоупотреблением транквилизаторами (феназепам, реланиум и пр.).

Наркомания, вызванная злоупотреблением каннабиоидами.

- В зависимости от того, из какой части растения приготовлен наркотик, его разделяют на план, анану, гашиш.
- Основной путь потребления – курение.
В странах Центральной Азии – сублингвально (насвай), либо внутрь в виде каши, либо при длительной варке в молоке.
- Как правило, употребляется в группе. При этом происходит индуцирование друг другом участников наркотизации.
- Картина интоксикации проявляется психосенсорными расстройствами. На высоте возможны эпизоды делириозного помрачения сознания.
- Формируется лишь психическая зависимость, вопрос о физической зависимости остается дискуссионным.
- Возникают соматические и неврологические осложнения.
- Формируются изменения личности.
- Возможно возникновение психозов с пизоформной симптоматикой.

Опийная наркомания

- Доля официальных наркотических анальгетиков в структуре потребления опиатов ничтожно мала.
- Во всем мире основной удельный вес в структуре опиатов составляет героин.
- Основные пути потребления – ингаляционный, парентеральный, значительно реже – курение и внутрь.
- При внутривенном введении опиатов возникает «приход» (ощущение прохождения теплой волны по всему телу и покалывания кожных покровов). В дальнейшем развивается состояние физического комфорта и «блаженства», при этом нет стремления к деятельности, характерно созерцательно – мечтательное поведение.
- Формируется как психическая (в среднем через 3-6 мес. от начала злоупотребления), так и физическая (в среднем 9-12 мес. от начала злоупотребления) зависимость.
- Клиническая картина абстиненции определяется «ломкой» (неприятные болевые ощущения в крупных суставах и позвоночнике с явлениями невозможности сколь – либо долго находиться в определенном положении), compulsивным характером влечения к наркотику, нарушенном сна, профузными потами в ночные часы, желудочно – кишечными расстройствами, ринорреей, расширением зрачка, дисфориями.

Коккаиновая наркомания

- Основной путь потребления – ингаляционный, реже курение (крэк).
- Картина интоксикации характеризуется картиной псевдоманиакального состояния.
- Имеет место только психическая зависимость.
- Возможно развитие так называемого галлюциноза (симптом Маньяна), а также кокаиновых параноидов.

Наркомания, вызванная злоупотреблением барбитуратов.

- « Основной путь потребления – пероральный.
- « Клиническая картина интоксикации напоминает обычное алкогольное опьянение.
- « Формируется психическая и физическая зависимость.
- « Изменения личности напоминают эпилептические.
- « Картина абстиненции угрожаема в плане развития эпилептического статуса.
- « В следствие этого, одномоментной отмены наркотика, только при этом варианте наркомании, никогда не производят.

Используется «полестничное» (поэтапное) снятие наркотика по схеме 1/2 от принятой дозировки, затем 1/4, затем 1/8, только после этого полный отказ от наркотика.

Наркомания, вызванная злоупотреблением галлюциногенами (психотомиметиками).

- « Природные галлюциногены содержатся в некоторых видах кактусов и грибов.
- « Наиболее известным препаратом этой группы является ЛСД (синтезирован в 1943 г. фирмой «Сандос»).
- « Препараты, способствующие искусственно вызывать психоз.
- « Легкое опьянение сменяется переходом в мир грез и галлюцинаций.
- « Имеет место только психическая зависимость.
- « Крайне сложно контролировать дозировку принимаемого наркотика.

Наркомания, вызванная злоупотреблением амфетаминами.

- « Основной путь потребления – пероральный.
- « Картина интоксикации определяется псевдоманиакальным состоянием.
- « Имеет место только психическая зависимость.
- « Так называемый «дискотечный» наркотик «экстази» является сочетанием амфетамина и галлюциногена.

Наркомания, вызванная злоупотреблением эфедрона и его производных.

- « Специфический вариант наркомании, имевший широкое распространение в России во 2-ой половине 90-х гг. и начале 2000-х гг.
- « Приготавливается кустарно из эфедрина.
- « По эффектам – психостимулятор.
- « Картина интоксикации характеризуется псевдоманиакальным состоянием.
- « Особенностью является цикличность злоупотребления наркотика.
- « Имеет место психическая зависимость.
- « В связи с тем, что в процессе приготовления наркотика используется ряд токсических веществ, возникают грубые соматоневрологические осложнения.

Токсикомания, вызванная злоупотреблением препаратами бытовой химии.

- « Как правило, наблюдается у подростков в препубертатном возрасте.
- « Интоксикация характеризуется визуализацией представлений («о чем подумаю, то и увижу»), различными вариантами расстройства сознания (оглушенность, делирий, онейроид), возможно судорожным синдромом.
- « Формируется только психическая зависимость.
- « Быстро происходит развитие интеллектуально – мнестического снижения.

Токсикомания, вызванная злоупотреблением корректорами психотерапии.

- « Картина интоксикации характеризуется психосенсорными расстройствами, либо формированием циклодолового делирия с характерным симптомом «исчезающей сигареты» (когда больной не видит своей руки, но чувствует сигарету).
- « Формируется только психическая зависимость.

Токсикомания, вызванная злоупотреблением транквилизаторами.

- Клиническая картина интоксикации может напоминать обычное алкогольное опьянение (при чем нередко имеет место сочетание небольших дозировок алкоголя с транквилизатором).

- Возможно развитие делириозного расстройства сознания, оглушенности, сопора.

- Обнаруживается только психическая зависимость, хотя некоторые авторы полагают, что может быть и физическая зависимость, основным проявлением которой являются выраженные тревожные расстройства.

Принципы терапии

- Дезинтоксикация (глюкозо – солевые растворы, низкомолекулярные декстраны, энтеросорбенты, тиоловые препараты, витамины группы В, аскорбиновая кислота, малые дозы инсулина и пр.).

- Дезактуализация патологического влечения к наркотику или другому психоактивному веществу.

- Психофармакотерапевтическая коррекция личности (неулептил).

- Симптоматические средства (кардио-, гепатопротекторы и пр.).

- Нейрометаболические протекторы.

- Психотерапия.

- Реабилитация.

Практическое занятие №28, 29.

Тема: Психогенные заболевания: неврозы, реактивные состояния.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптомы инволюционных расстройств часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Три варианта динамики пограничных состояний:

реакции (невротические и психопатические):

состояния (невроз, декомпенсации у психопатов, психотические состояния):

развития (невротические, патохарактерологические, развития на органически - измененной почве).

Неврозы

- обусловленное фрустрацией нервно-психическое расстройство непсихотического регистра, в основе которого лежит аутопсихологический конфликт.

Классификация: неврастения; невроз навязчивых состояний; фобический невроз; ипохондрический невроз; депрессивный невроз.

Лечение и реабилитация

Практическое занятие №30.

Тема: Психопатии

Обновление темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптомы инволюционных расстройств часто встречаются в практике специалиста. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Психопатии

- стойкая, резко выраженная аномалия личности, преимущественно в сфере темперамента и характера, формирующаяся в детско - подростковом периоде и ведущая к значительной социально - психологической дезадаптации индивида.

Характерно:

выраженность патологических черт личности:

относительная стабильность и малая обратимость этих особенностей личности:

деформация социальных контактов («ситуативно-неадекватное поведение») из-за патологии в сфере темперамента и характера приводит к периодически обостряющемуся внутреннему психологическому дискомфорту:

стабильность патологии личности диалектически обуславливает ее динамику:

а) «возрастная» динамика:

б) иные динамические (переходящие) структуры (фазы, психопатические реакции, психопатические состояния (декомпенсации).

Классификация и клинико-психологическая характеристика.

1. возбудимого круга: несдержанны, склонны к дисфориям, экзо- и аутоагрессии, крайне эгоцентричны, эгоизмы: самооценка и уровень притязаний неадекватно завышены,

эксцизионный вариант склонность к агрессии, к бурным кратковременным аффективным реакциям на вербальном и двигательном уровне:

эпилептоидный вариант - брутальный затяжной аффект, склонность к дисфориям; по харак-

теру мелочно-недагитичны, скрупулезны: жестки в организации системы отношений «Я - группа», «Я - они», что является основной причиной социально- психологической дезадаптации:

истерический вариант - театральность, демонстративность в поведении, эгоизм, завышенная самооценка и уровень притязаний, склонность к псевдологии, капризность, повышенная внушаемость: ярко аффективно окрашенный стиль социально-психологических контактов: основной конфликт «Я - группа»:

паранойяльный вариант (т. н. «паранойяльная психопатия») - узко направленная застойная аффективная заряженность, волевая и мыслительная активность приводит к конфликтам в социальных группах, служит основой для формирования сверхценных идей различного содержания, изобретательства, реформаторства, инхондрических и др. В этот вариант обычно входят «пироманы» (неудержимое влечение к поджогам, виду пожара), «клентоманы» (неудержимое влечение к мелкому, бессмысленному воровству), «дромоманы» (влечение к бродяжничеству), «дипсоманы», сексуально-перверзные (садомазохисты, педо- и геронтофилы, эксгибиционисты, фетишисты, истинные гомосексуалисты и т. д.), «игроки» (неудержимое влечение к азартным играм) и ряд других вариантов расстройств влечений.

2. тормозимого круга: склонны к так называемым «реакциям ухода» - суицидным попыткам, уходу в болезнь, аутистическим реакциям, внешне мало мотивированному оставлению социальной группы, отказам от деятельности и т. п.

астенический вариант - быстрая утомляемость, истощаемость энергетического потенциала, стремление сузить круг деятельности, в связи с чем возникают конфликты «Я- группа»:

психастенический вариант - низкий энергетический потенциал ведет к преобладанию «рассудочной», аналитико - синтетической деятельности, постоянному взвешиванию аргументов «за» и «против», что без эмоциональной составляющей затрудняет принятие решения («буриданов осел»). Как следствие сложности в ситуациях «семья», «работа», «образование», «секс» и т. п.

шизоидный вариант (патологически замкнутые) - слабость эмоционального регистра, обуславливает «ненужность» контактов, эмоциональную холодность к членам социальной группы, замкнутость, интравертность, склонность к фантазированию, интерес к абстрактному резонерскому рассуждательству.

3. «стимопаты» (эмотивно - лабильные): ситуативно - неадекватный общий, постоянный фон настроения.

гипертимический вариант - постоянно повышенный фон настроения, крайне высокая продуктивность деятельности, гиперсексуальность, малая нуждаемость в отдыхе, сне и т. п., быстрый темп мышления в сочетании с активностью затрудняет контакты в семье, в работе с

коллегам. Они слишком быстро и хорошо организуют свою деятельность, что вызывает недовольство других членов группы:

гипотимический вариант - постоянно сниженный фон настроения, медленный темп мышления и деятельности, иншондричность, пессимизм и т. п. затрудняют социальные контакты:

эмотивно - лабильный вариант - резкие перепады настроения, эмоциональная лабильность затрудняет достижение конечного результата деятельности, приводит к поверхностным межличностным контактам.

Лечение и реабилитация

Практическое занятие №31, 32.

Тема: Основные методы лечения психических расстройств. Общие принципы неотложной терапии критических состояний в психиатрии и наркологии.

Обоснование темы: Психика человека представляет собой сложный интегративный процесс, объединяющий собой функционирование многих психических функций. На основании изученных симптомов и синдромов можно говорить о клинической картине отдельных нозологий. Симптоматика, ее знание дает возможность врачу любой специальности предположить наличие у больного психического расстройства и своевременно направить его к психиатру, умение установить психотерапевтический контакт, организовать уход и надзор за больным, при необходимости организовать транспортировку с сопровождающим, все это сможет сделать врач, изучающий патологию данных процессов.

Нейролептики

Клиническая характеристика. Препараты этого класса занимают центральное положение в терапии психозов. Однако этим сфера их применения не исчерпывается, так как в небольших дозах в сочетании с другими психотропными средствами они могут использоваться в лечении расстройств аффективного круга, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных и соматоформных расстройств, при декомпенсации личностных расстройств.

Независимо от особенностей химической структуры и механизма действия, все препараты этой группы имеют сходные клинические свойства: они оказывают выраженное антипсихотическое действие, снижают психомоторную активность и уменьшают психическое возбуждение, нейротропное действие, проявляющееся в развитии экстрапирамидных и вегетососудистых нарушений, многие из них обладают также противорвотным свойством.

Побочные эффекты. Основные побочные эффекты при лечении нейролептиками образуют нейролептический синдром. Ведущими клиническими проявлениями этого синдрома считают экстрапирамидные расстройства с преобладанием либо гипо-, либо

гиперкинетических нарушений. К гипокинетическим расстройствам относится лекарственный паркинсонизм, проявляющийся повышенном мышечном тоне, тризмом, ригидностью, скованностью и замедленностью движений и речи. Гиперкинетические нарушения включают тремор и гиперкинезы. Обычно в клинической картине в тех или иных сочетаниях имеются как гипо-, так и гиперкинетические нарушения. Явления дискинезии могут носить пароксизмальный характер, локализуясь в области рта и проявляясь спазматическими сокращениями мышц глотки, языка, губ, челюстей. Нередко наблюдаются явления акатизии – чувства неуверенности, “беспокойства в ногах”, сочетающейся с тахикинезией (потребностью двигаться, менять положение). К особой группе дискинезий относят позднюю дискинезию, возникающую через 2-3 года приема нейролептиков и выражающуюся в непроизвольных движениях губ, языка, лица.

Среди расстройств вегетативной нервной системы чаще всего наблюдаются ортостатическая гипотензия, потливость, увеличение массы тела, изменения аппетита, запоры, поносы. Иногда отмечаются холинотропические эффекты – расстройства зрения, дизурические явления. Возможны функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы с изменениями на ЭКГ в виде увеличения интервала Q-T, снижения зубца T или его инверсии, тахи- или брадикардии. Иногда возникают побочные эффекты в виде фотосенсибилизации, дерматитов, пигментации кожи; возможны кожные аллергические реакции.

Нейролептики новых поколений по сравнению с традиционными производными фенотиазинов и бутирофенонов вызывают значительно меньшее число побочных эффектов и осложнений.

Транквилизаторы

Клиническая характеристика. В эту группу входят психофармакологические средства, снимающие тревогу, эмоциональную напряженность, страх непсихотического происхождения, облегчающие процесс адаптации к стрессогенным факторам. Многие из них обладают противосудорожным и миорелаксирующим свойствами. Использование их в терапевтических дозах не вызывает значительных изменений познавательной деятельности и восприятия. Многие из препаратов этой группы оказывают выраженное гипнотическое действие и используются преимущественно как снотворные средства. В отличие от нейролептиков транквилизаторы не обладают выраженной антипсихотической активностью и применяются в качестве дополнительного средства при лечении психозов – для купирования психомоторного возбуждения и коррекции побочных эффектов нейролептиков.

Побочные эффекты в процессе лечения транквилизаторами чаще всего проявляются сонливостью в дневное время, вялостью, мышечной слабостью, нарушениями концентрации внимания, кратковременной памяти, а также замедлением скорости психических реакций. В

некоторых случаях развиваются парадоксальные реакции в виде тревоги, бессонницы, психомоторного возбуждения, галлюцинаций. Среди нарушений функции вегетативной нервной системы и других органов и систем отмечаются гипотония, запоры, тошнота, задержка или недержание мочи, снижение либидо. Длительный прием транквилизаторов опасен в связи с возможностью развития привыкания к ним, т.е. физической и психической зависимости.

Антидепрессанты

Клиническая характеристика. К этому классу лекарственных средств относятся препараты, повышающие патологический гипотимический аффект, а также уменьшающие обусловленные депрессией соматовегетативные нарушения. В настоящее время все больше научных данных свидетельствует о том, что антидепрессанты эффективны при тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах. Предполагается, что в этих случаях реализуются не собственно антидепрессивный, а антиобсессивный и антифобический эффекты. Есть данные, подтверждающие способность многих антидепрессантов повышать порог болевой чувствительности, оказывать профилактическое действие при мигрени и вегетативных кризах.

Побочные эффекты. Побочные эффекты, относящиеся к ЦНС и вегетативной нервной системе, выражаются головокружением, тремором, дизартрией, нарушением сознания в виде делирия, эпилептиформными припадками. Возможны обострение анксиозных расстройств, активизация суицидальных тенденций, инверсия аффекта, сонливость или, напротив, бессонница. Побочное действие может проявляться гипотензией, синусовой тахикардией, аритмией, нарушением атриовентрикулярной проводимости.

При приеме трициклических антидепрессантов нередко наблюдаются разнообразные холинолитические явления, а также повышение аппетита. При одновременном применении ингибиторов MAO с пищевыми продуктами, содержащими тирамин или его предшественник – тирозин (сыры и др.) возникает "сырный эффект", проявляющийся гипертензией, гипертермией, судорогами и иногда приводящий к летальному исходу.

При назначении ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС) и обратимых ингибиторов MAO-A могут наблюдаться нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, головные боли, бессонница, тревога, на фоне ИОЗС возможно развитие импотенции. В случае комбинации ИОЗС с препаратами трициклической группы возможно формирование так называемого серотонинового синдрома, проявляющегося повышением температуры тела и признаками интоксикации.

Нормотимики

Клиническая характеристика. К нормотимикам относят средства, регулирующие

аффективные проявления и обладающие профилактическим действием при фазно протекающих аффективных психозах. Часть из этих препаратов является антиконвульсантами.

Побочные эффекты при использовании солей лития чаще всего представлены тремором. Нередко бывают нарушения функции желудочно-кишечного тракта – тошнота, рвота, снижение аппетита, диарея. Часто наблюдается увеличение массы тела, полидипсия, полиурия, гипотиреондизм. Возможны появление акне, макуло-папулезной сыпи, алопеции, а также ухудшение течения псориаза.

Признаками тяжелых токсических состояний и передозировки препарата являются металлический привкус во рту, жажда, выраженный тремор, дизартрия, атаксия: в этих случаях прием препарата следует немедленно прекратить.

Следует также отметить, что побочные эффекты могут быть связаны с несоблюдением пищевого режима – большим потреблением жидкости, соли, копченостей, сыров.

Побочные эффекты антиконвульсантов чаще всего связаны с функциональными нарушениями деятельности ЦНС и проявляются в виде вялости, сонливости, атаксии. Значительно реже могут наблюдаться гиперрефлексия, миоклонус, тремор. Выраженность этих явлений значительно уменьшается при плавном наращивании доз.

При выраженном кардиотоксическом действии может развиваться атриовентрикулярный блок.

Ноотропы

Клиническая характеристика. К ноотропам относятся препараты, способные положительно влиять на познавательные функции, стимулировать обучение, усиливать процессы запоминания, повышать устойчивость мозга к различным неблагоприятным факторам (в частности, к гипоксии) и экстремальным нагрузкам. При этом они не оказывают прямого стимулирующего действия на психическую деятельность, хотя в некоторых случаях могут вызывать беспокойство и расстройство сна.

Побочные эффекты – наблюдаются редко. Иногда появляются нервозность, раздражительность, элементы психомоторного возбуждения и расторможенности влечений, а также тревожность и бессонница. Возможны головокружение, головная боль, тошнота и боли в животе.

Психостимуляторы

Клиническая характеристика. Как следует из названия класса, в него входят психотропные средства, повышающие уровень бодрствования, оказывающие стимулирующее действие на психическую и физическую деятельность, временно усиливающие умственную и физическую работоспособность и выносливость, уменьшающих чувство усталости и сонливости.

Побочные эффекты связаны главным образом с воздействием на ЦНС (тремор, эйфория, бессонница, раздражительность, головные боли, признаки психомоторного возбуждения) и вегетативную нервную систему (потливость, сухость слизистых оболочек, анорексия). Кроме этого, могут наблюдаться расстройства сердечно-сосудистой деятельности (аритмия, тахикардия, повышение АД), а также изменение чувствительности организма к инсулину у больных сахарным диабетом. Длительное и частое применение стимуляторов может привести к развитию психической и физической зависимости.