Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

**Психиатрия. Ординатура.**

Сборник методических рекомендаций

для преподавателя к практическим занятиям

Для специальности ординатуры 31.08.20 – Психиатрия

Блок 1

Учебный модуль

Специальные дисциплины

Красноярск

2018

УДК

ББК

Б

Психиатрия. Ординатура : сб. метод. рекомендаций для преподавателя к практ. занятиям по специальности ординатуры 31.08.20 – Психиатрия / сост. Березовская М.А. с соавт. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 1306 с.

**Составители:**

д.м.н., доценет Березовская М.А.

к.м.н., доцент Пичугина Ю.А.

к.м.н., доцент Арапиев Ю.У.

ассистент Афанасьева Н.А.

ассистент Максимова И.В.

ассистент Сергиенко Н.Н.

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с требованием Приказа Минобрнауки России от 25 августа 2014 № 1062 «Об утверждении федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (Очное, Ординатура, 2,00) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», Стандарта организации «Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшего образования в ординатуре СТО 7.5.09-16».

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №6 от «25»июня 2018).

© ФГБОУ ВО КрасГМУ

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России 2018

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.1.1 **Тема:** «Предмет психиатрии, ее задачи и методы. Понятие здоровья и патологии в психиатрии».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3. Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4. Значение темы**: Проблемы психиатрии привлекают в последние годы все больше внимания психиатров практически всех стран мира. Эти проблемы отражают сложившуюся реальность психиатрической науки и практики, а также являются отражением социальной и политической жизни общества. Современный специалист должен быть готов к самостоятельной работе в условиях рыночной экономики, с учетом потребностей органов практического здравоохранения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по общим вопросам психиатрии, понимать значение терминов «психическое здоровье», «психическая болезнь».

УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4

**- учебная:**

Знать: закономерности функционирования организма и механизмы обеспечения психического здоровья с позиции теории функциональных систем;

Уметь: выявлять расстройства психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневротлогического стационара.

**6. Оснащение занятия:** Тесты по теме занятия.

**7. Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности и целей изучения психиатрии. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Ознакомление ординаторов с основными понятиями психического здоровья и психиатрии. |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | Ординаторы самостоятельно изучают основные понятия и виды психиатрической помощи.  Обосновывают необходимость оказания различных видов психиатрической помощи на примере больных в отделении. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме занятия |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

### 8. Аннотация (краткое содержание темы):

Традиционное определение психиатрии как учения о распознавании и лечении психических болезней содержит самые существенные признаки этой медицинской дисциплины. Первая часть определения - р а с п о з н а в а н и е - включает не только диагностику, но и исследование этиологии, патогенеза, течения и исхода психических болезней; вторая часть — л е ч е н и е ,— помимо собственно терапии, включает организацию психиатрической помощи, профилактику и социальные проблемы психиатрии.

Задачи психиатрии:

1. Диагностика психических расстройств.

2. Изучение клиники, этиопатогенеза, течения и исхода психических заболеваний.

3. Изучение эпидемиологии психических расстройств.

4. Исследование воздействия лекарств на патоморфоз психических заболеваний.

5. Разработка методов лечения психической патологии.

6. Разработка способов реабилитации больных с психическими заболеваниями.

7. Разработка методов профилактики психической патологии среди населения.

8. Вопросы организации психиатрической помощи населению.

Психическое здоровье – это такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности, адекватные (с учетом этнокультуральных критерие3) формы поведения (ВОЗ).

Общественное психическое здоровье – характеризуется уровнем психического здоровья популяции, распространенностью в ней психических заболеваний, алкоголизма и наркоманий, олигофрении, суицидов. Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала (ВОЗ).

Понятие «психические болезни» не исчерпывается психозами. «Психозами» обозначаются лишь выраженные формы психических нарушений, т.е. такие патологические состояния психической деятельности, при которых психические реакции грубо противоречат реальным отношениям (И.П. Пав ло3), что и обнаруживается в расстройстве отражения реального мира и дезорганизации поведения. К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза, например, обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, соматогениями, интоксикациями и т.п. С.С. Корсаков в свое время писал, что психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах.

Психиатрия подразделяется на общую психиатрию (общую психопатологию), исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования, и частную психиатрию, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях.

Основным методом познания психических болезней остается метод клинико-описательный, исследующий в единстве статику и динамику психических расстройств. П.Б. Ганнушкин (1924) отстаивал следующие принципы изучения психических болезней: во-первых, изучение всех заболеваний под одним и тем же углом зрения, одними и теми же клиническими приемами; во-вторых, исследование личности больных в целом. В этом случае он имел в виду не только изучение больных в их взаимоотношении с окружающей средой, но и выявление соматических корреляций психических расстройств; в-третьих, познание больных не только в пределах болезни, но и на протяжении всей их жизни. Перечисленные положения П.Б. Ганнушкина нужно дополнить четвертым принципом — генетическим, в соответствии с которым необходимо изучение родственников больных.

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4

1). Перечислите задачи психиатрии.

2). Дайте определение индивидуального и общественного психического здоровья.

3). Что означает понятие «психическая болезнь»?

**10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4

1. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) цельностью и согласованностью всех психических функций организма

2) отсутствием психического заболевания

3) уровнем психического здоровья популяции

4) духовным потенциалом общества

5) ясным сознанием

2. ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДИКАТОРОМ

1) осмысленной деятельности человека

2) интеллектуального и нравственного состояния общества

3) согласованности психических функций человека друг другу

4) методов профилактики психической патологии среди населения.

5) эффективности методов лечения психически больных

3. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРИ КОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ГРУБО ПРОТИВОРЕЧАТ РЕАЛЬНЫМ ОТНОШЕНИЯМ, НАЗЫВАЮТСЯ

1) психические болезни

2) неврозы

3) психозы

4) умственное недоразвитие

5) расстройства личности

4. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ ИЗУЧАЕТ

1) основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности

2) общие вопросы этиологии и патогенеза

3) природу психопатологических процессов

4) отдельные психические заболевания

5) принципы классификации психических заболеваний

5. УЧЕНИЕ О РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) психопатология

2) патопсихология

3) психиатрия

4) психоневрология

5) клиническая психопатология

6. ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) предметом психиатрии

2) задачей психиатрии

3) вариантом организации психиатрической помощи

4) методом профилактики психической патологии

5) индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества

7. ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА, ПРИРОДУ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ИХ ПРИЧИНЫ, ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ, ПРОБЛЕМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗУЧАЕТ

1) общая психопатология

2) патопсихология

3) частная психиатрия

4) психоневрология

5) клиническая психиатрия

8. УРОВЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОПУЛЯЦИИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ В НЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) эпидемиология психических расстройств

2) индивидуальное психическое здоровье

3) общественное психическое здоровье

4) заболеваемость

5) болезненность

9. ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЗУЧАЕТ

1) общая психопатология

2) психоневрология

3) психиатрическая пропедевтика

4) частная психиатрия

5) общая патопсихология

10. Кому принадлежит высказывание «Психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах»?

1) С.С. Корсакову

2) И.П. Павлову

3) А.В. Снежневскому

4) О.В. Кербикову

5) Р.А. Наджарову

**12. Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4.

**-** Уметь выявить признаки психического нездоровья.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Индивидуальное и общественное психическое здоровье.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2. **Тема:** Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**2.Форма организации учебного процесса:** практическое занятие

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы**: Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности;  
учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку; отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства; принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина, Российская Федерация в настоящем Федеральном законе устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по правовым, организационным и экономическим вопросам оказания психиатрической помощи в Российской Федерации.

УК-2, ПК-1, ПК-2

**- учебная:**

Знать: основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Уметь: применить на практике основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи …»

Владеть: правилами оформления добровольной, недобровольной, принудительной госпитализации в психиатрический стационар.

**5. Место проведения занятия:** учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** Текст Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», тесты по теме занятия, ситуационные задачи.

**7. Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| пп/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) определение вида госпитализации;  3) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  1) в палатах с пациентами;  2) с историями болезни. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8. Аннотация** (краткое содержание темы).

На основании приказа № 245 МЗ РФ от 2 сентября 1992 г. «О Законе Российской Федерации "О психиатрическое помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"» госпитализация психически больных может проводиться:

* В добровольном порядка
* В недобровольном порядке
* Принудительно.

Госпитализация больных в добровольном порядке проводится по направлению участкового психиатра или врача-психиатра психиатрической бригады скорой помощи по их письменному согласию

Госпитализация в недобровольном порядке допускается по следующим критериям:

* при явном обнаружении психических расстройств, которые могут привести к действиям и поступкам, опасным для самого больного, либо окружающих;
* при беспомощности больного, т.е. невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
* при ухудшении психического состояния больного, если он будет оставлен без психиатрической помощи (ст. 29).

Больной, госпитализированный в недобровольном порядке, в течение 48 часов должен быть освидетельствован врачебно-консультативной комиссией, которая выносит заключение об обоснованности госпитализации и необходимости дальнейшего пребывания в психиатрическом стационаре. Это заключение направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.

Принудительное лечение проводится в соответствии с инструкцией МЗ "О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно-опасные действия". Оно назначается только при наличии постановления следователя или определения суда.

Внебольничная психиатрическая помощь осуществляется психоневрологическими диспансерами. В их задачи входит выявление и диагностика психических заболеваний, учет больных, оказание лечебной и социальной помощи, правовая, социально-бытовая, патронажная помощь, трудоустройство.

Группы диспансерного учета:

\* 1-я группа: больные находятся в стационаре или часто госпитализируются (наблюдение больного 1 раз в месяц);

\* 2-я группа: больные на б/л, на "пролонгах", суицидальные (наблюдение не реже 1 раза в 10 дней или до 1 месяц1);

\* 3-я группа: "компенсированные" больные (наблюдение 1 раз в 2-3 месяц1);

\* 4-я группа: больные, работающие в ЛТМ и нуждающиеся в трудоустройстве (наблюдение раз в 3 месяц1);

\* 5-я группа: социально-опасные (наблюдение раз в месяц);

\* 6-я группа: больные с хорошей ремиссией, которые в дальнейшем могут быть сняты с учета (наблюдение 1 раз в 6 месяце3) .

Основным директивным документом по организационным вопросам психоневрологической помощи является ЗАКОН РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и ПРИКАЗ МЗ РФ № 245 от 02.09.92 г. «О Законе РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании"

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-1, ПК-2.

1). Психиатрическая помощь и принципы её оказания.

2). Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

3). Права лиц, страдающих психическими заболеваниями.

4). Особенности оказания помощи в психиатрической больнице.

5). Как осуществляется госпитализация в психиатрический стационар?

6). Основания для принудительной госпитализации в психиатрический стационар.

**10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-1, ПК-2.

1. ОСОБЕННОСТЬЮ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) обязательное применение мер медицинского стеснения

2) большее количество ставок младшего медицинского персонала по сравнению с лечебными учреждениями соматического профиля

3) усиленный надзор и наблюдение за поведением больных

4) обязательное наличие в стационаре ставок медицинского психолога и психотерапевта

5) обязательное наличие в стационаре палаты интенсивной терапии

2. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

1) при наличии сопутствующей тяжелой соматической патологии

2) по заявлению родственников

3) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

4) по заявлению милиции

5) при наличии недееспособности пациента

3. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

1) при наличии психических расстройств, которые могут привести к действиям, опасным для самого больного или окружающих

2) по заявлению милиции

3) в случае ухудшения психического состояния больного

4) в случае, если пациент в момент госпитализации находится в нетрезвом состоянии

5) при отказе пациента от добровольного лечения

4. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

1) в случае, если больной проживает один

2) в случае ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи

3) по заявлению соседей

4) если больной является инвалидом по психическому заболеванию

5) если больной лишен дееспособности

5. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

1) при наличии психических расстройств, которые могут привести к действиям, опасным для самого больного или окружающих

2) в случае ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи

3) при признании больного невменяемым вследствие наличия у него хронического психического заболевания

4) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

5) в случае признания больного недееспособным

6. В СЛУЧАЕ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНО В ТЕЧЕНИЕ

1) 2 часов

2) 12 часов

3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72 часов

7. В СЛУЧАЕ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ПРОВОДИТ

1) лечащий врач

2) заместитель главного врача по лечебной работе

3) комиссия из трех врачей-психиатров

4) заведующий отделением

5) дежурный врач-психиатр

8. ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ

1) при наличии психических расстройств, которые могут привести к действиям, опасным для самого больного или окружающих

2) в случае ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи

3) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

4) по определению суда

5) по решению комиссии из трех врачей-психиатров

9. В СЛУЧАЕ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ДОКУМЕНТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАПРАВЛЕНЫ В СУД В ТЕЧЕНИЕ

1) 12 часов

2) 18 часов

3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72часов

10. ОСОБЕННОСТЬЮ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) усиленный надзор за питанием больных

2) обязательные ежедневные прогулки

3) принцип закрытых дверей

4) обязательное применение мер медицинского стеснения

5) добровольный выход из отделения в любое время

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-1, ПК-2.

**Задача №1**

Больной двигательно заторможен. Временами спонтанно застывает в странной позе. Если больному искусственно придать неестественную позу, например, поднять обе руки и поднять ногу так, чтобы он оставался стоять на другой ноге, то больной остается в таком положении на продолжительное время. На вопросы не отвечает, инструкции не выполняет, себя не обслуживает. Согласие на госпитализацию получить не удалось.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?
2. Определите вид госпитализации.
3. Обоснуйте ответ на 2-ой вопрос.
4. Определите порядок госпитализации.
5. Чем регламентируется данный порядок госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Госпитализация недобровольная.

3. Данная недобровольная госпитализация обусловлена тем, что пациент беспомощен, т. е. не способен осуществлять свои основные жизненные потребности.

4. Необходимо в течение 48 часов провести комиссионный осмотр, и в течение следующих 24 часов направить заключение комиссии в суд.

5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Задача №2**

Со слов пациента, «межпланетная организация» при помощи каких-то приборов заставляет его помимо воли скашивать глаза, целыми днями ходить, писать письма, декламировать стихи. Одновременно «организация» вызывает у него неприятные воспоминания, неприятные видения. На госпитализацию направлен участковым психиатром, согласие не дал.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?

1. Определите вид госпитализации.
2. Обоснуйте ответ на 2-ой вопрос.
3. Определите порядок госпитализации.
4. Чем регламентируется данный порядок госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Госпитализация недобровольная.

3. Данная недобровольная госпитализация обусловлена тем, что состояние пациента может значительно ухудшиться, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

4. Необходимо в течение 48 часов провести комиссионный осмотр, и в течение 24 часов направить заключение комиссии в суд.

5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Задача №3**

Больной много лет состоит на диспансерном учете по поводу эпилепсии со стойкими изменениями личности. Внезапно у больного развилось тоскливо-злобное настроение, он жалуется на плохое отношение к нему со стороны всех окружающих, набросился с ножом на соседа, жестоко избил жену и ребенка.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?

1. Определите вид госпитализации.
2. Обоснуйте ответ на 2-ой вопрос.
3. Определите порядок госпитализации.
4. Чем регламентируется данный порядок госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Госпитализация недобровольная.

3. Основанием для недобровольной госпитализации является психическое расстройство, которое обуславливает непосредственную опасность пациента для окружающих.

4. Необходимо в течение 48 часов провести комиссионный осмотр, и в течение 24 часов направить заключение комиссии в суд.

5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Задача №4**

У подростка 15 лет немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Движения заторможены. Мышление замедленно, высказывает идеи самоунижения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль и тоску.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?
2. Определите вид госпитализации.
3. Обоснуйте ответ на 2-ой вопрос.
4. Определите порядок госпитализации.
5. Чем регламентируется данный порядок госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Госпитализация недобровольная.

3. Данная недобровольная госпитализация обусловлена тем, что состояние пациента может значительно ухудшиться, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

4. Необходимо в течение 48 часов провести комиссионный осмотр, и в течение 24 часов направить заключение комиссии в суд.

5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Задача №5**

Врач школы-интерната рассказывает: «Мальчику 13 лет. Находится на полном государственном обеспечении. Вчера вечером он внезапно стал злобным, набросился на воспитателя, заявляя, что она собирается его убить, отравила пищу, специально наточила топор. На воспитателя смотрит злобно, разговаривать с ней не хочет». Сегодня в беседе больной напряжен, смотрит на врача подозрительно. Вероятно, галлюцинирует (со страхом внезапно оборачивается и смотрит то вверх, то назад, то подбегает к окну). Сознание ясное, назвал правильно место нахождения, дату, свои имя и фамилию.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?

2. Определите вид госпитализации.

3. Обоснуйте ответ на 2-ой вопрос.

4. Определите порядок госпитализации.

5. Чем регламентируется данный порядок госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Госпитализация недобровольная.

3. Основанием для недобровольной госпитализации является психическое расстройство, которое обуславливает непосредственную опасность пациента для окружающих.

4. Необходимо в течение 48 часов провести комиссионный осмотр, и в течение 24 часов направить заключение комиссии в суд.

5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**12. Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-1, ПК-2.

1). Уметь определить показания для добровольной, недобровольной и принудительной госпитализации в психиатрический стационар.

2). Уметь оформить акт недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Права лиц, страдающих психическими расстройствами.

2. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь.

3. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1.** **Индекс** ОД.О.01.1.1.3. **Тема:** «Распространенность психических болезней».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3. Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы**: Эпидемиология психических расстройств – раздел научной и практической психиатрии, изучающий и определяющий факторы и частоту возникновения психических расстройств, а также их распространённость, динамику и исход. Особая научная и практическая ценность эпидемиологии психических расстройств – направленность на поиски множественной причинности возникновения и распространённости психических заболеваний, на выявление факторов риска, создающих возможность для начала и дальнейшего развития психопатологического процесса, на совершенствование организационной работы психиатров и психиатрической службы. Учитывая быстрое развитие нейронаук, клинической психологии и психиатрии, а также системы общественного здравоохранения, возрастает роль эпидемиологии в фундаментальных, клинических и социальных исследованиях психических расстройств.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам эпидемиологии психических расстройств.

УК-3, ПК-2, ПК-9, ПК-11.

**- учебная:**

Знать: определение, основные понятия, виды эпидемиологических исследований.

Уметь: на основании данных эпидемиологических исследований определить факторы риска развития психических заболеваний.

Владеть: методами выявления факторов риска развития отдельных психических заболеваний.

**5. Место проведения занятия:** учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, методические рекомендации по теме занятия.

**7. Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности и целей изучения темы |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление ординаторов с основными понятиями и методами эпидемиологических исследований |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | Ординаторы самостоятельно изучают основные положения данной темы, определяют факторы риска развития психических заболеваний у пациентов |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Эпидемиология (греч. epidemia - от epi - над, demos - народ; logos - учение) - наука, изучающая распространение заболеваний среди населения разных стран, регионов, географических областей. В психиатрии представлен ее раздел, изучающий распространение психических расстройств.

Учет душевнобольных по мере развития психиатрии осуществлялся на основании преимущественно статистических данных психиатрических лечебниц и других медицинских учреждений, в которых находились психически больные, а также неоднократной переписи душевнобольных. Известно, что в первой половине XIX в. на 1000 человек населения в различных странах Запада приходилось 2-3 психически больных, а в России – 1 больной. В XIX в. эти исследования носили преимущественно характер переписей госпитализированных психически больных. Развитию эпидемиологии психических заболеваний в России способствовали исследования таких выдающихся психиатров, как В.А.Гомбах, П.И.Якоби, В.И.Яковенко и др. В первой половине XX в. начали проводиться клинико-статистические и социально-гигиенические исследования, а начиная с 1950-х годов – клинико-эпидемиологические и клинико-социальные исследования как на основе учетно-отчетной статистической информации, так и путем выборочных и сплошных клинико-эпидемиологических и социально-гигиенических исследований. Наиболее важными показателями эпидемиологии психических расстройств являются заболеваемость, болезненность населения и риск заболеваемости.

Заболеваемость – число впервые заболевших психическим расстройством в течение определенного времени (обычно 1 год1) в пересчете на 100, 1000 или на 10 000 населения, чаще на 100 000.

Болезненность, или распространенность, определяется общим числом больных, включающим и ранее состоявших на учете, и вновь заболевших за год. Расчет этих показателей также обычно ведется на 100, 1000 и 10 000 населения, чаще на 1000.

Риск заболеваемости – это вероятность возникновения того или иного психического расстройства (заболевания) у отдельного человека. Следует отметить, что риск заболевания зависит не только от его распространенности, но и от ряда других факторов – возраста, пола, наследственности, биологических и социально-психологических вредностей. Например, имеет значение «критический» возраст для разных психических заболеваний: олигофрения проявляется уже с первых лет жизни, шизофрения – чаще в 15-45 лет, а инволюционные (предстарческие) и сенильные (старческие) психозы – в возрасте обратного развития. В детстве высок риск невротических расстройств и развития эпилепсии. Шизофренией чаще болеют мужчины, а аффективными расстройствами – женщины.

Цели и задачи эпидемиологических исследований. Изучение распространенности психических расстройств (общих показателей и каждой болезни в отдельности) – важная, но не единственная задача эпидемиологических исследований. К задачам эпидемиологии психических расстройств относится также решение многих ключевых вопросов клинической, биологической, социальной психиатрии. Это касается поиска факторов, с которыми можно связать риск возникновения тех или иных психических заболеваний, в первую очередь – шизофрении и аффективных расстройств, невротической и личностной патологии.

Эпидемиологические исследования позволяют решать ряд научных и практических задач, связанных с психиатрической помощью населению. На основании данных о психических заболеваниях осуществляется планирование штатных нормативов и коечного фонда психиатрических учреждений на длительное время, оценивается эффективность работы психиатрических служб и социально-реабилитационных мероприятий, анализируется инвалидизация больных, их профессиональная занятость, а также роль различных факторов в развитии психических заболеваний, разрабатываются современные профилактические меры.

Методы эпидемиологических исследований. Показатели болезненности и распространенности психических заболеваний весьма вариабельны в разных странах. Это объясняется тем, что данные показатели зависят от многих факторов, в частности от понимания клиники психических состояний, от задач, целей и методических приемов исследования, а также от демографических и культурных особенностей населения разных стран. При этом возникают значительные затруднения в идентификации психических заболеваний по дифференциально-диагностическим признакам и проведении сравнительных исследований.

На величинах эпидемиологических показателей отражается метод выявления психически больных – активный или пассивный. Для успешного проведения эпидемиологических исследований необходимы объективные источники информации. Они могут быть первичными и вторичными. Первичные источники информации (активные) – это сведения, полученные при непосредственном (поголовном) обследовании населения. Они наиболее исчерпывающие и объективные, но и они не отражают истинной распространенности психических расстройств. Это объясняется прежде всего тем, что все равно не удается выявить всех больных. Кроме того, их качество зависит от квалификации исследователей и от унификации различных психопатологических состояний, принятых в той или иной научной школе. Вторичные источники информации (пассивные) – это отчетные данные лечебно-профилактических, социальных и других учреждений, где пребывают больные. Такие данные не всегда бывают достаточно полными, что зависит от ряда объективных факторов (от приближенности психиатрической помощи к населению, отношения общества к психически больным, от возраста и пола заболевших).

Данные госпитальной статистики, используемые во многих странах, т.е. сведения о больных, находящихся в стационарах, более или менее сопоставимы. Однако они охватывают лишь 1,2-7,2% всех больных. В странах, где основной формой психиатрической помощи являются диспансеры, сведения о числе психически больных среди населения на самом деле отражают число больных, находящихся под диспансерным наблюдением. Сплошные обследования выборочных групп населения показали, что значительная часть больных остаются вне поля зрения диспансерной службы.

В последнее время многие авторы подчеркивают необходимость децентрализации психиатрической помощи, интеграции ее с общесоматической и приближения к населению.

Задачей проводимых транскультуральных (кросскультуральных) эпидемиологических исследований является анализ распространенности и отличий различных психических расстройств в разных культурах – национальных, региональных, социальных. Некоторые характерологические свойства и связанные с ними черты поведения, квалифицируемые в одних культурах как психическое расстройство, в условиях другого социального уклада или культурных традиций рассматриваются как приемлемые и даже желательные. В 1980-е годы была проведена мультицентровая программа ВОЗ по изучению шизофрении в 9 странах мира. Главным итогом стало установление факта, что все основные проявления шизофрении в разных странах имеют значительно больше сходства в фундаментальных проявлениях болезни и заметные различия в частных, культурно-обусловленных проявлениях. Имеются данные о преимущественной распространенности истерических психозов у отдельных народов и в конкретных регионах, например, среди народностей Крайнего Севера. В XIX в. у них во множестве описывались индуцированные психозы в результате шаманских песнопений, которые могут приводить к возникновению психических эпидемий.

Психические эпидемии – массовое распространение какого-либо психического расстройства в определенном регионе в какую-либо эпоху. С XI в. в средневековой Европе известны массовые вспышки истерии, включая истерические психозы (галлюцинаторные видения, охватывающие толпы людей, одержимость дьяволом, превращение в животных и др.). В северных областях России были описаны психические эпидемии кликушества, меряченья, одержимости «икоткой». Во время Первой мировой войны среди солдат воюющих армий возникла эпидемия «травматического невроза»: даже после очень легких или мнимых контузий возникали истерическая глухота, немота, парезы и др. Эпидемический характер имеют также распространение наркоманий и токсикомании в подростковой среде. Причины всех этих эпидемий, как правило, социально-психологические.

Распространенность психических расстройств среди городского населения, по мнению ряда исследователей, в 2-3 раза выше, чем среди сельского. В то же время при высоком уровне организации помощи, как показали специальные исследования, эти показатели весьма сходны, а по некоторым заболеваниям в сельских районах они даже выше. Кроме того, социальная активность городских жителей с психической патологией способствует их выявляемости. В сельской местности отмечается рост числа случаев умственной отсталости. Связано это, по мнению большинства исследователей, с распространенностью алкоголизма в этих регионах, а также слаборазвитой системой оказания психиатрической помощи.

Остается спорным вопрос о влиянии социально-экономического состояния общества на распространенность психических заболеваний. Некоторые авторы считают, что высокие показатели распространенности психических заболеваний среди низших слоев населения (безработные, люди с низким уровнем образования и др.) связаны с неблагоприятными условиями жизни, и полагают, что при создании хороших условий частота психических расстройств среди этого контингента будет не выше, чем в других социальных группах. Однако не следует забывать и предположение о том, что, наоборот, возникшее расстройство может быть причиной неудовлетворительного социального положения («теория социального дрейфа»). Современные тенденции в исследовании проблем, связанных с психиатрией вообще и с эпидемиологией психических расстройств в частности, характеризуются смещением акцентов с классических клинических подходов в оценке психического состояния к более универсальным, основанным на представлении о психическом здоровье как о совокупности психического, социального, психологического благополучия. При этом как наиболее универсальный показатель благополучия индивидуума, уровня его адаптации и гармонии с окружающей средой могут рассматриваться параметры, определяющие социальное функционирование и качество жизни.

Эпидемиологические данные о распространенности психических расстройств. Многочисленные данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в ряде европейских стран и Российской Федерации психические расстройства становятся одной из самых распространенных форм патологии (Сидоров П.И., 2003; Хаксли П., 1999).

По данным ВОЗ, психические расстройства имеют существенный удельный вес в структуре хронических заболеваний и являются тяжелым бременем не только для служб здравоохранения, но и для общества в целом. Так, согласно этим данным, в большинстве стран около 10% населения страдают тяжелыми и хроническими формами психических заболеваний и еще у 10% обнаруживаются признаки непсихотических расстройств (невротические состояния, различные виды психических недоразвитии, аномалии личности). Установлено, что общий уровень распространенности психических заболеваний из года в год увеличивается и в настоящее время в развитых и некоторых развивающихся странах более 25% людей на протяжении всей жизни страдают от одного или большего числа психических расстройств. Указанная информация ВОЗ обязывает постоянно проводить специальный социально-гигиенический и клинико-статистический анализ психического здоровья населения.

Рост распространенности психических заболеваний объясняется, с одной стороны, улучшением работы служб по выявлению и учету больных с легкими формами психических расстройств и совершенствованием системы учета психически больных; с другой – постоянным ростом нервно-психического напряжения в современном обществе, что приводит к возникновению ряда психических расстройств, злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами. На увеличение же числа больных шизофренией влияют главным образом не социально-экономические, а эндогенные факторы, в частности генетические.

В докладе ВОЗ, посвященном психическому здоровью населения, указывается, что психические и поведенческие расстройства имеются у более 25% всех людей в определенные периоды их жизни. Среди всех причин инвалидности психоневрологические расстройства составляют 12,1%, к 2020г. прогнозируется их рост до 15%.

Данные, касающиеся заболеваемости и распространенности психических расстройств в РФ, отличаются некоторой противоречивостью, что отражает происходившие в последние годы реформы в государстве, медицине, в том числе в психиатрии. Однако приводимые в различных источниках сведения в целом сопоставимы с показателями ВОЗ.

Согласно данным Государственной статистической отчетности по психиатрии, начиная с 1991 г. наблюдается рост заболеваемости психическими расстройствами, особенно значительный – непсихотическими формами психической патологии (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2005). Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2015 г. составила 738,4 случаев на 100 тыс. населения. Более 30% населения нуждаются в лечебной или консультативной помощи врача-психиатра и других специалистов в области психического здоровья и до 5,5% населения нуждаются в активной психиатрической помощи. Всего впервые в течение года инвалидами вследствие психических расстройств признаются более 40 тыс. человек. Общее число инвалидов вследствие психических расстройств достигло 958,1 тыс. человек, что составляет более 10% от общей численности инвалидов по всем заболеваниям. Смертность от психических расстройств и расстройств поведения в 2005 г. составила 5,6 на 100 тыс. населения. Ежегодно в результате суицидов погибают почти 60 тысяч человек (в том числе и дети).

Специального обсуждения заслуживает проблема распространенности психических расстройств непсихотического уровня, в частности невротических и расстройств личности. Общее число больных непсихотического уровня намного превышает данные официальной статистики и составляет около 27% взрослого населения.

Доля расстройств личности в структуре пограничной психической патологии достаточно велика и колеблется от 2,3 до 32,7%. Распространенность расстройств личности выше среди городского населения и в группах с низким социально-экономическим статусом. Соотношение мужчин и женщин, страдающих расстройствами личности, составляет 2:1. Различия в зависимости от пола варьируют в соответствии с типом психопатии. Такие варианты, как истерический и зависимый, чаще наблюдаются у женщин, в то время как среди психопатических личностей диссоциального и обсессивно-компульсивного типов превалируют мужчины.

Помимо статистических данных о заболеваемости психическими расстройствами, психическое здоровье общества характеризуют данные о частоте совершаемых самоубийств. Причем в иностранной литературе придерживаются точки зрения о том, что большинство суицидентов – от 75% до 90,1% – имеют психические расстройства, которые и явились главной причиной суицида. В отечественной литературе, напротив, считают, что только 20% суицидентов состоят под диспансерным наблюдением в психоневрологических диспансерах и примерно 8-9% признаны нуждающимися в таком наблюдении, остальные лица находились в пределах психической нормы.

В последнее время все больше больных с непсихотическими расстройствами обращаются за помощью к психиатру. Это, несомненно, положительный факт, свидетельствующий о том, что люди стали меньше опасаться социальной стигматизации, связанной с обращением к психиатру, что им стало легче получить необходимую помощь, и в этом — очевидный позитивный результат проведенных реформ. Резкое уменьшение числа наблюдаемых больных психозами является достаточным основанием для усиления дальнейшей работы по совершенствованию юридической и организационной базы психиатрической службы: очевидно, что современная ситуация создает предпосылки для того, чтобы больные с психозами оставались без наблюдения и помощи, а это может привести к нежелательным последствиям и для них, и для общества.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-3, ПК-2, ПК-9, ПК-11.

1). Что изучает эпидемиология?

2). Дайте определение понятиям «заболеваемость» и «болезненность».

3). От чего зависит риск заболеваемости?

4). Каковы цели и задачи эпидемиологических исследований?

5). Какова задача транскультуральных эпидемиологических исследований?

6). С чем связана более высокая распространенность психических расстройств среди городского населения, по сравнению с сельским?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-3, ПК-2, ПК-9, ПК-11.

1. ЧИСЛО ВПЕРВЫЕ ЗАБОЛЕВШИХ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В ТЕЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННОГО ВРЕМЕНИ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА 100, 1000 ИЛИ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ – ЭТО

1) заболеваемость

2) болезненность

3) распространенность

4) встречаемость

5) риск заболеваемости

2. ОБЩЕЕ ЧИСЛО БОЛЬНЫХ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ И РАНЕЕ СОСТОЯВШИХ НА УЧЕТЕ, И ВНОВЬ ЗАБОЛЕВШИХ ЗА ГОД – ЭТО

1) риск заболеваемости

2) распространенность

3) болезненность

4) встречаемость

5) заболеваемость

3. РИСК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ – ЭТО

1) число впервые заболевших психическим расстройством в течение определенного времени

2) вероятность возникновения того или иного психического расстройства (заболевания) у отдельного человека

3) общее число больных

4) биологические и социально-психологические вредности, действующие на человека

5) неблагоприятная наследственность

4. В ДЕТСТВЕ ВЫСОК РИСК РАЗВИТИЯ

1) шизофрении

2) аффективных расстройств

3) расстройства личности

4) эпилепсии

5) симптоматических психозов

5. «КРИТИЧЕСКИЙ» ВОЗРАСТ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СЕНИЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

1) первые три года жизни

2) первые 12 лет жизни

3) 15-45 лет

4) инволюционный период

5) возраст «обратного развития»

6. СВЕДЕНИЯ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ (ПОГОЛОВНОМ) ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ – ЭТО

1) распространенность психических заболеваний

2) встречаемость психических заболеваний

3) пассивный метод выявления психически больных

4) активный метод выявления психически больных

5) статистический метод выявления психически больных

7. ШИЗОФРЕНИЕЙ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

1) дети

2) подростки

3) мужчины

4) женщины

5) люди преклонного возраста

8. КЛИКУШЕСТВО – ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ

1) шизофрении

2) эпилептического психоза

3) психической эпидемии

4) старческого слабоумия

5) умственной отсталости

9. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С СЕЛЬСКИМ

1) выше в 2-3 раза

2) выше в 4-5 раз

3) ниже в 2-3 раза

4) ниже в 4-5 раз

5) нет данных

10. СООТНОШЕНИЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, СОСТАВЛЯЕТ

1) 1:1

2) 2:1

3) 5:1

4) 1:2

5) нет данных

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-3, ПК-2, ПК-9, ПК-11.

1). Уметь рассчитать заболеваемость и болезненность населения психическими расстройствами.

2). Уметь определить риск возникновения психического расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Психические эпидемии средневековья.

2. «Травматический невроз» Первой мировой войны.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.1.4. **Тема: «**Организация психиатрической помощи в России».

**2.Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Организация психиатрической помощи в Российской федерации осуществляется в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности. Определены виды психиатрической помощи и порядок её оказания.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам организации психиатрической помощи в Российской Федерации.

ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11.

**- учебная:**

Знать: принципы организации психиатрической помощи в России.

Уметь: определять показания к оказанию психиатрической помощи.

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с принципами оказания психиатрической помощи в России  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

В основе организации психиатрической помощи в РФ лежат три основных принципа: дифференцированность (специализация) помощи различным  контингентам больных, ступенчатость и преемственность  помощи в системе различных психиатрических учреждений.

Дифференциация помощи больным психическими болезнями отражена в создании нескольких видов психиатрической помощи. Созданы специальные отделения для больных с острыми и пограничными состояниями, с возрастными психозами, детские, подростковые и др. Органами социального обеспечения создаются дома для инвалидов (психиатрические интернаты), для хронических больных, органами просвещения - интернаты и школы для умственно отсталых детей и подростков.

Ступенчатость организации психиатрической помощи выражается в наличии максимально приближенных к населению внебольничной, полустационарной и стационарной помощи. Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические,  психотерапевтические и наркологические кабинеты при поликлиниках, МСЧ, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. В полустационарную ступень  входят дневные стационары, в штатном отношении  принадлежащие психоневрологическим диспансерам; в стационарную - психиатрические больницы и психиатрические  отделения в других больницах.

Преемственность психиатрической помощи  обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней, что регламентируется положениями и инструкциями МЗ РФ. Это позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больным и его лечение при переходе из одного лечебного учреждения в другое.

В РФ установлен специальный учет психически больных, его осуществляют  областные, городские и районные психоневрологические диспансеры, психоневрологические кабинеты районных поликлиник и центральные районные  больницы, в которых органы  здравоохранения обязывают иметь полные списки психически больных, проживающих на обслуживаемой ими территории. Система учета позволяет с достаточной  степенью достоверности выявлять распространенность по стране основных форм психических болезней, в том числе легко протекающих и особенно так называемых пограничных состояний. Установлению  распространенности психических болезней  способствует доступность и приближенность  сети психоневрологических учреждений к населению и их контакт с неврологическими и другими медицинскими учреждениями.  Для осуществления исследования распространенности психических болезней МЗ РФ разработаны и утверждены клинические критерии учета. Соответствующие документы адаптированы к Международной классификации болезней, составленной ВОЗ. На основе  учетных данных и результатов клинико-статистических исследований,  проводимых научными и практическими учреждениями, получают достоверные сведения о показателях  распространенности психических болезней,  их структуре и динамике.

Приказ № 245 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Основывается на конституции РФ и правах человека. Лечение проводится при согласии больного, при этом необходимым условием является заполнение двух важных документов: согласие на госпитализацию и согласие на лечение. Недобровольная госпитализация осуществляется только если:

1. Есть угроза или непосредственная опасность деяний больного для него самого или окружающих.

2. Если психическое нарушение обуславливает его неспособность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности.

3. Если оставление лица без психиатрической помощи может нанести вред его здоровью вследствие его психического состояния.

Подобные больные подлежат обязательному врачебному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров в течение 48 часов, которая принимает решение об обоснованности госпитализации и заполняет соответствующую документацию. В случае необходимости госпитализации в суточный срок решение комиссии должно быть направлено в территориальный суд по месту нахождения психиатрического стационара. Суд обязан рассмотреть данное заявление в течение не более 5 суток и вправе отклонить или удовлетворить решение о госпитализации, санкция на пребывание пациента в стационаре и его срок дается судьей на срок, необходимый для рассмотрения заявления. Решение суда может быть обжаловано родителями (опекунами) в  10 дневный срок. Подобные больные подлежат ежемесячному переосвидетельствованию комиссией врачей-психиатров, решающей вопрос о продлении госпитализации или выписке больного.

Основными звеньями психиатрической помощи являются психоневрологический диспансер  и психиатрическая больница, как  правило, прикрепленная к диспансеру по территориальному признаку. Они оказывают психиатрической помощи населению,  проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров. Деятельность диспансеров построена по участково-территориальному принципу (участковый психиатр и его помощники оказывают психиатрическую помощь  жителям определенной территории - участк1).



Основные задачи психоневрологического диспансера:

выявление психически больных среди населения и активное наблюдение за ними (приглашение больного на прием и посещение его на дому), проведение всех видов амбулаторного лечения, трудоустройство больных, оказание помощи в социально-бытовых и юридических вопросах, направление на стационарное лечение, оказание консультативной психиатрической помощи лечебно- профилактическим учреждениям, санитарно-просветительная и психогигиеническая работа, проведение трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертиз.

Структура психоневрологического диспансера:

1) лечебно-профилактическое  отделение;

2) экспертное отделение;

3) отделение социально-трудовой помощи;

4) лечебно-трудовые мастерские;

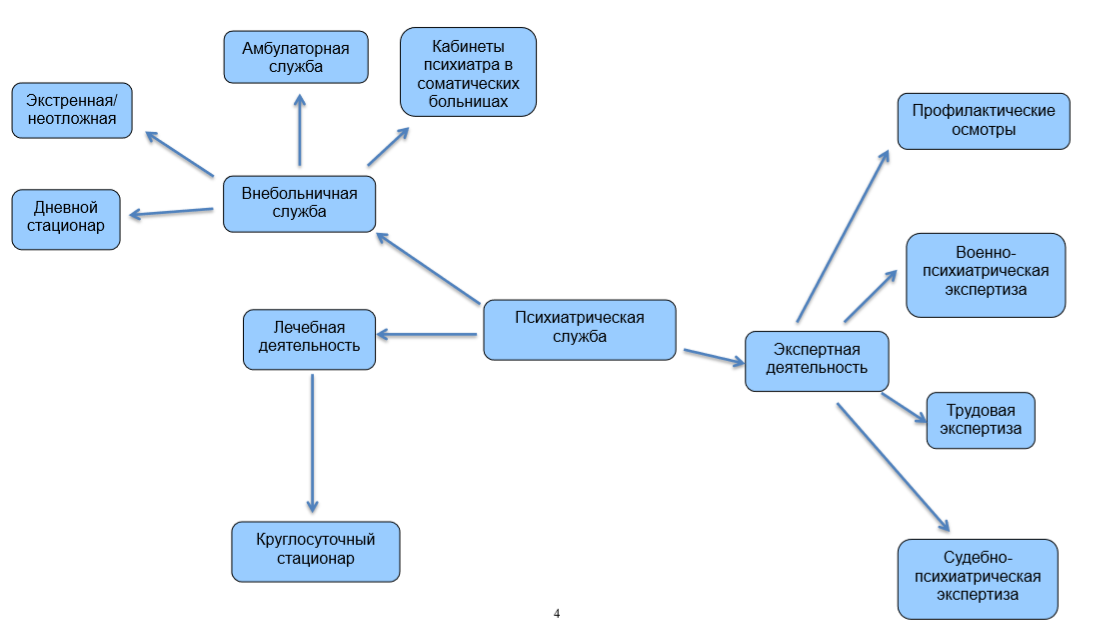
5) дневной стационар;

е) учетно-статистический кабинет;

ж) детское и подростковое отделения;

з) логопедический кабинет.

**Организация психиатрической помощи**



**Детский психиатр** осуществляет динамическое наблюдение за детьми и подростками от 5 до 15 лет. Он посещает детские сады и школы, выявляя нервных детей, детей с нарушенным поведением и умственно отсталых. Детский психиатр назначает им лечение, решает вопрос о типе школы, направляет при необходимости в больницу. Он ведет профилактическую и санитарно-просветительную работу среди родителей, педагогов и школьников. В специализированных (вспомогательных) школах для умственно отсталых детей обучаются дети со сниженным интеллектом. Обучение ведется педагогами-дефектологами по облегченной программе и по специальным учебникам. Учеба сочетается с производственным обучением (специальности столяра, швеи, картонажника, переплетчика и др.).

В эти учебные заведения больных направляет специальная комиссия: составе представителей отдела народного образования, педагогов-дефектологов и детского врача-психиатра.

**Лечебно-трудовые мастерские** - это одно из важных звеньев в структуре  психиатрических учреждений. Они имеют не только непосредственно лечебное значение (трудотерапия), но и являются этапом широкой реабилитационных мероприятий, которым в последние годы уделяется все большее внимание. Усложняющаяся система трудовых заданий позволяет значительно повысить уровень реадаптации больного.

**Дневной стационар** - новая форма амбулаторного лечения психически больных. В дневном стационаре находятся больные с не резко выраженными  психическими нарушениями и пограничными состояниями. В течение дня больные получают лечение, питание, отдыхают, а вечером возвращаются в семью. Лечение больных без отрыва от обычной  социальной среды способствует предупреждению социальной дезадаптации и явлений госпитализма.

Больные в психиатрическую больницу принимаются по направлению участковых психиатров (дежурных психиатров службы скорой помощи), а при отсутствии их - по направлениям врачей поликлиник, общесоматических больниц. В экстренных случаях больные могут быть приняты и без направления (вопрос о госпитализации в этих случаях решает дежурный врач). Направление в больницу осуществляется по согласованию с больным или его родственниками. Если же больной социально опасен, он может быть направлен в больницу и без согласия родственников (в данном случае госпитализированный больной в течение суток должен быть освидетельствован специальной комиссией в составе трех врачей-психиатров, которая рассматривает вопрос о правильности стационирования и определяет необходимость дальнейшего пребывания в стационаре). Психически больные, совершившие правонарушения и признанные судом невменяемы ми, направляются в больницу для принудительного лечения по постановлению суда.

Показания для госпитализации:

1) Острое психическое заболевание или обострение хронического психического заболевания, требующие стационарного лечения.

2) Опасность психически больного для окружающих или для самого себя (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям, систематизированные бредовые синдромы, если они определяют общественно опасное поведение больного, бред ревности, депрессивные состояния с суицидальными тенденциями, эпилептический статус, маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих и т. д.).

3) Проведение стационарной экспертизы (трудовой, военной, судебно - психиатрической) .

Показания для выписки:

1) Окончание лечения, полное пли частичное выздоровление больного

2) Лица с хроническим течением заболевания выписываются в том случае, сели они не нуждаются в дальнейшем больничном лечении и уходе, не представляют опасности для себя и для окружающих и могут по своему состоянию лечиться амбулаторно (ремиссия).

3) Больные, находящиеся на принудительном лечении, выписываются только на основании определения суда.

4) При решении экспертных вопросов.

****

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11.

1). Психиатрическая помощь и принципы её оказания.

2). Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

3). Права лиц, страдающих психическими заболеваниями.

4). Особенности оказания помощи в психиатрической больнице.

5). Как осуществляется госпитализация в психиатрический стационар?

6). Какие группы психиатрического диспансерного наблюдения Вам известны?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11.

1. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РФ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

1) добровольно

2) по просьбе родственников больного

3) по решению суда

4) по требованию органов правопорядка

5) по решению участкового психиатра

2. ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ВЗРОСЛОГО БОЛЬНОГО В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ДОПУСТИМЫ ПРИ

1) невменяемости больного

2) отказе от добровольного лечения

3) наличии социальной опасности больного

4) согласии ближайших родственников

5) наличии сопутствующей соматической патологии

3. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

1) при наличии сопутствующей соматической патологии

2) по заявлению органов правопорядка

3) при его непосредственной опасности для себя или окружающих

4) при наличии инвалидности по психическому заболеванию

5) при невменяемости больного

4. СТУПЕНЧАТОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЫРАЖАЕТСЯ В

1) наличии максимально приближенных к населению внебольничной, полустационарной и стационарной помощи

2) создании нескольких видов психиатрической помощи

3) функциональной связи психиатрических учреждений разных ступеней

4) лечении больного при переходе из одного лечебного учреждения в другое

5) системе учета психически больных

5. ЛИЦО, НАХОДЯЩЕЕСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) недееспособным

2) ограниченно дееспособным

3) дееспособным при отсутствии инвалидности

4) дееспособным, пока обратного не установил суд

5) частично дееспособным

6. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

1) по решению органов опеки и попечительства

2) при беспомощности больного

3) при недееспособности больного

4) по заявлению родственников

5) при невменяемости больного

7. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ

1) находящиеся в стационаре

2) работающие в ЛТМ

3) социально опасные

4) с хорошей ремиссией

5) получающие «пролонги»

8. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ

1) часто госпитализируемые

2) суицидальные

3) «компенсированные»

4) социально опасные

5) нуждающиеся в трудоустройстве

9. К ПЯТОЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ

1) суицидальные

2) нуждающиеся в госпитализации

3) направленные на МСЭ

4) социально опасные

5) получающие «пролонги»

10. В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ (ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ) ШКОЛЫ ДЛЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ НАПРАВЛЯЕТ КОМИССИЯ В СОСТАВЕ

1) трех врачей-психиатров

2) психиатра, участкового педиатра, директора школы

3) представителя отдела народного образования, педагога-дефектолога и детского врача-психиатра

4) детского врача-психиатра, логопеда, педиатра

5) детского врача-психиатра, педагога, педиатра

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11.

**Задача№1**

Мальчику 6 лет. Родители с ранних лет отмечают странный характер его игр. Ребенок на длительное время и устойчиво перевоплощается в персонажи игры, что сопровождается нарушением поведения. Так, изображая в игре «лошадку», придя с улицы, он продолжает требовать сена, ржет, не разговаривает с родителями, объясняя: «лошадки не говорят». Интеллект не нарушен.

1. Имеются ли основания для консультации у психиатра?

2. Обоснуйте ответ на 1-й вопрос.

3. Кто может дать согласие на такую консультацию?

4. Перечислите виды психиатрической помощи, необходимые этому ребенку.

5. Чем регламентируется порядок оказания психиатрической помощи в данном случае?

**Эталон ответа**

1.Основания для обращения к психиатру имеются.

2. Игровая деятельность выходит за рамки игры и приводит к выраженным нарушениям поведения, поэтому необходимо исключить психопатологические состояния, сопровождающиеся такими расстройствами.

3. Письменное согласие на консультацию дают родители ребенка.

4.Первичное психиатрическое освидетельствование, обследование, диагностика (нозологическая квалификация нарушения поведения), при необходимости лечение.

5.Данный порядок оказания помощи регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Задача №2**

У мальчика 5 лет родители обратили внимание на эпизоды немотивированного смеха. Известно, что с раннего детского возраста ребенок наблюдается неврологом по поводу генерализованных преимущественно тонико-клонических судорожных приступов, отмечается отставание в психомоторном развитии.

1.Подлежит ли ребенок диспансерному наблюдению у психиатра?

2.Обоснуйте ответ на 1-й вопрос.

3.Дают ли родители согласие для постановки ребенка на диспансерный учет?

4.Перечислите виды психиатрической помощи, необходимые этому ребенку.

5.Чем регламентируется порядок оказания такой помощи?

**Эталон ответа**

1. Ребенок подлежит диспансерному наблюдению у психиатра.

2.Основанием для диспансерного наблюдения является наличие признаков задержки психического развития.

3.Согласие у родителей не берут. Постановка на диспансерный учет проводится комиссией врачей-психиатров.

4. Противосудорожное лечение, диспансерное наблюдение, реабилитация в связи с ЗПР.

5.Данный порядок оказания помощи регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Задача №3**

У новорожденного ребенка при осмотре обращает на себя внимание повышенная возбудимость, повышенный тонус мышц. Сухожильные рефлексы резко оживлены, тремор рук, подбородка. Моча имеет специфический «мышиный» запах.

1. Определите предположительный диагноз.

2. Назначьте необходимое обследование.

3. Подлежит ли пациент диспансерному наблюдению?

4. Возможно ли избежать у этого пациента развития умственной отсталости?

5. Каковы лечебные мероприятия?

**Эталон ответа**

1. Фенилкетонурия.

2. Необходимо провести пробу Феллинга, определение концентрации фенилаланина в сыворотке.

3. Подлежит в связи с вероятностью развития умственной отсталости.

4. Возможно.

5. Назначение диеты, не содержащей фенилаланина.

Задача №4

Врач-психиатр призывной комиссии выявил у призывника пассивность, равнодушие к окружающему и своему положению, отсутствие эмоционального отклика; его ничто не радует и не огорчает. Ранее у психиатра не наблюдался. Дал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?
2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос.
3. Определите вид госпитализации.
4. Определите порядок госпитализации.

5. Как должна быть оформлена госпитализация?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар является необходимость проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы и согласие призывника на стационарное обследование.

3. Госпитализация добровольная.

4. Проводится по направлению врача-психиатра призывной комиссии.

5. Письменным согласием.

**Задача №5**

Больной двигательно заторможен. Временами спонтанно застывает в странной позе. Если больному искусственно придать неестественную позу, например, поднять обе руки и поднять ногу так, чтобы он оставался стоять на другой ноге, то больной остается в таком положении на продолжительное время. На вопросы не отвечает, инструкции не выполняет, себя не обслуживает. Согласие на госпитализацию получить не удалось.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?
2. Определите вид госпитализации.
3. Обоснуйте ответ на 2-ой вопрос.
4. Определите порядок госпитализации.
5. Чем регламентируется данный порядок госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Госпитализация недобровольная.

3. Данная недобровольная госпитализация обусловлена тем, что пациент беспомощен, т. е. не способен осуществлять свои основные жизненные потребности.

4. Необходимо в течение 48 часов провести комиссионный осмотр, и в течение 24 часов направить заключение комиссии в суд.

5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11.

1). Уметь определить показания для добровольной и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

2). Уметь определить группу диспансерного наблюдения пациента.

3). Уметь оформить направление в психиатрический стационар.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Группы диспансерного наблюдения.

2) Методы обследования психически больных.

3) Изучение творчества психически больных как метод обследования.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.1.5. **Тема:** «Этические аспекты психиатрии».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Этическое знание занимает одно из центральных мест в гуманитарной и мировоззренческой подготовке современного врача. Особое значение в профессиональном становлении принадлежит прикладным сферам этического знания – биомедицинской этике, экологической этике, медицинской этике. Основное предназначение биомедицинской этики как интегративного междисциплинарного направления в современной науке заключается в систематическом анализе действий человека в медицине и биологии в свете нравственных ценностей и принципов, разработке новых гуманистических и моральных ориентиров научного исследования в таких «тонких» сферах, как генная инженерия, клонирование человека, защите прав и достоинств человека при проведении биомедицинских исследований, нравственном контроле над экспериментальной деятельностью с животными, формировании морально-правовых и социально-этических основ решений в области трансплантации органов, эвтаназии, психиатрии и др.

Психиатрия и наркология являются частью медицины, поэтому общие принципы и нормы профессиональной медицинской этики безусловно распространяются на сферу деятельности психиатров и психиатров-наркологов.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам медицинской этики в психиатрии.

**- учебная:**

Знать: Ключевые понятия медицинской этики и деонтологии, нормативные и правовые основания этической позиции врача психиатра.

Уметь: выявлять основные показания для обоснования мер ограничительного характера

Владеть: Знаниями об основных нормативных документах освещающих этические аспекты в психиатрии.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, методические рекомендации по теме занятия.

**7. Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения этических аспектов в психиатрии |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | - Ознакомление с основными принципами обоснования ограничительных мер в психиатрии  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Нормативные и правовые документы освещающие этические аспекты в психиатрии».  - |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Профессиональная этика в психиатрии — часть медицинской этики, учитывающая специфику оказания психиатрической помощи. Необходимость осознания этических принципов и норм психиатрической деятельности определяется возрастающими возможностями воздействия на психику человека, сопряженными с риском причинения вреда от психиатрического вмешательства.

Основные задачи психиатрической этики:

1. Повышение терпимости общества к лицам с психическими отклонениями.

2. Ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью (что служит гарантией соблюдения прав человек1).

З. Установление оптимальных взаимоотношений между медицинским работником и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

4. Достижение баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Практика психиатрии является объектом этического регулирования со стороны профессионального сообщества (изнутри) и со стороны общества (извне).

19 апреля 1994 г. на Пленуме Правления Российского общества психиатров был принят Кодекс профессиональной этики психиатра. Он составлен с учетом этических стандартов, принятых Международным профессиональным сообществом. В Кодексе закреплены основные этические принципы, нормы и правила. К числу базисных этических принципов относятся:

— принцип автономии — уважение к личности пациента, признание права на самостоятельность и свободу вы бора;

— принцип не причинения вреда — предполагает не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно;

— принцип благодеяния — заключается в обязанности медицинского персонала действовать в интересах пациента;

— принцип справедливости — касается, прежде всего, распределения ресурсов здравоохранения.

Этические принципы являются основой для более конкретных этических норм:

— правдивость — предполагает обязанность и медика, и пациента говорить правду;

— приватность — подразумевает недопустимость вторжения в сферу личной (частной) жизни без согласия пациента, сохранение за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу;

— конфиденциальность — предполагает, что информация, полученная медицинским работником в результате об следования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента;

— компетентность — предполагает обязанность медицинского работника в полной мере овладеть специальными знаниями.

Проводниками этических принципов и норм служат профессионально-этические стандарты оказания психиатрической помощи. Они помогают в решении практически важных проблем: необходимо ли в данный момент психиатрическое вмешательство, в каких условиях (амбулаторно или стационарно) должна оказываться помощь, в каком объеме и какой форме сообщить пациенту информацию о его здоровье, как оценить способности пациента к принятию самостоятельных решений о лечении и т.п.

В российском Кодексе профессиональной этики психиатра подчеркивается, что опасность пренебрежения требованиям уважения моральной автономии личности, ее прав и законных интересов существует не только в лечебной деятельности, но и в учебном процессе. Привлечение пациента в качестве объекта учебного процесса ограничивает действие этической нормы конфиденциальности. Обязательным является добровольное согласие больного на такое привлечение. Преподаватели и студенты, озабоченные решением задач учебного процесса, должны найти время и место для слов благодарности пациенту за его согласие.

Моральным оправданием участия пациента в учебном процессе, кроме его добровольного согласия, будут следующие факторы: минимальное использование сведений, составляющих врачебную тайну; такт и деликатность преподавателя; профессионально ответственная позиция студентов.

Взаимоотношения общества и психиатрии включают взаимоотношения общества с душевнобольными, с психиатрами, с медицинским персоналом психиатрических учреждений. Они могут регулироваться этическими принципами, принципами, заложенными в указах, постановлениях и других нормативных документах или законодательством.

Любой закон о психиатрии направлен на решение четырех основных задач: 1) защиту прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь;

2) защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза;

3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами;

4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставлении им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи.

Первый закон об обращении с умалишенными был принят более 150 лет назад во Франции.

В России первые законодательные меры в отношении душевнобольных были приняты в Уложения 1669 г.

В советское время отечественная психиатрия развивалась в прямой зависимости от политических и общественных процессов, которые создали условия для развития ортодоксальной психиатрия, долгие годы существовавшей на основании указов и постановлений органов управления. Лишь в 1992 г. был принят Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», совершивший переворот во взаимоотношениях общества и психиатрии.

Он регламентирует законные права граждан, врачей-психиатров и среднего медперсонала, а также устанавливает ответственность за нарушение данного закона: административную, дисциплинарную, гражданскую и даже уголовную, к примеру, за незаконное помещение в психиатрическую больницу.

Закон закрепляет основные правовые принципы и процедуры оказания психиатрической помощи в России: добровольность обращения за психиатрической помощью (статья 4), права лиц, страдающих психическими расстройствами (статьи 5, 11, 12, 37), основания для проведения психиатрического освидетельствования (статьи 23, 24), диспансерного наблюдения (статья 27), госпитализации в психиатрический стационар (статьи 28, 29, 33), применение принудительных мер медицинского характера (статья 30).

Закон гарантирует право пациента на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства; право пациента на получение информации о своих правах, об имеющемся психическом расстройстве и применяемых методах лечения. Больной имеет право соглашаться или отказываться от применения тех или иных медицинских препаратов и методов лечения. Больной также имеет право вообще отказаться от лечения или прервать его на любой стадии. Однако закон предусматривает ограничение некоторых прав в связи с особым психическим состоянием пациента, когда он представляет опасность для себя или окружающих. В случаях, когда госпитализация осуществляется в недобровольном порядке, пациент имеет право на наименее ограничительные, щадящие меры, травмы и повреждения. Считается, что пациент может быть фиксирован к кровати с помощью эластичных полос, материи, ремней, которыми закрепляются руки выше лучезапястных суставов и ноги выше голеностопных суставов.

Вопрос о недобровольной госпитализации человека в психиатрический стационар решается исключительно в судебном порядке. При отсутствии письменного согласия на госпитализацию пациент может находиться в психиатрическом учреждении не более 72 часов, на дальнейшее пребывание требуется санкция судьи.

Закон гарантирует сохранение врачебной тайны обращения, наблюдения и лечения у психиатра (статьи 8, 9). Обязанность хранить врачебную тайну распространяется на всех работников психиатрических учреждений, включая медицинских сестер, санитаров, фармацевтов, психологов, педагогов, шоферов, работников кухни. В исключительных случаях допускается сообщение сведений, содержащих врачебную тайну государственным органам (следственным и судебным) по их запросу.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-9.

1. Назовите основные задачи психиатрической этики

2. Опишите основное содержание кодекса профессиональной этики психиатра.

3. Дать определение базисным этическим принципам в психиатрии.

4.Дать определение основным этическим нормам.

5.Опишите основные права пациентов согласно закону РФ « О психиатрической помощи…»

6.Дать определение понятию принципа добровольного согласия на лечение

7. Дать определение принципам и основаниям недобровольной госпитализации в психиатрии.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-9.

1. К БАЗИСНЫМ ЭТИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ В ПСИХИАТРИИ ОТНОСЯТСЯ

1. принцип коммерческой выгоды
2. принцип экономической целесообразности
3. принцип политической целесообразности
4. принцип справедливости
5. принцип толерантности

2. К БАЗИСНЫМ ЭТИЧЕСКИМ НОРМАМ В ПСИХИАТРИИ ОТНОСЯТСЯ

1) индифферентность

2) конформность

3) целеустремленность

4) конфиденциальность

5) антипатия

3. К ОСНОВАНИЯМ ДЛЯ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

1. Неадекватное поведение гражданина
2. Несогласие с действиями власти.
3. Асоциальный образ жизни
4. Непосредственная угроза жизни и здоровью пациента
5. Злоупотребление психоактивными веществами

4. К ПРАВАМ ПАЦИЕНТА СОГЛАСНО ЗАКОНА «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ…» ОТНОСЯТСЯ

1. Право на отдых
2. Право на труд
3. Право на бесплатное обучение
4. Право на сохранение врачебной тайны
5. Право на пенсионное обеспечение

5. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА – ЭТО

1. Сохранение тайны вклада
2. Сохранение военной тайны
3. Тайное голосование на выборах
4. Неразглашение порочащих сведений
5. Сведения о пациенте, которые не могут разглашаться сотрудниками мед. учреждений

6. ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО

1. Раздел биологии
2. Медицинская наука
3. Раздел логики
4. Раздел этики, учение о проблемах морали и нравственности
5. Религиозное понятие

7. МЕДИЦИНСКФЯ ЭТИКФ – ЭТО

1. Правила терапии психических расстройств
2. Правила и нормы взаимодействия врача с коллегами и пациентами
3. Правила взаимодействия врача с руководством мед учреждения
4. Правила поведения врача в общественных
5. Нормы поведения граждан в мед учреждениях

8. ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ В МЕД УЧРЕЖДЕНИИ

1) 24 часа

1. Двое суток
2. Пожизненно
3. 48 часов
4. 72 часа

9. ВОПРОС О НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИНИМАЕТСЯ

1. По просьбе родственников пациента
2. По решению органов местного самоуправления
3. По решению лечащего врача
4. Исключительно в судебном порядке
5. По направлению из органов МВД

10. ЗАКОН О «ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ…» В РФ БЫЛ ПРИНЯТ

1. В российской империи в 1905г
2. В 1937г
3. Постановлением правительства РФ в 1971г
4. Уложением 1669г
5. В 1992г

**11.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-2, ПК-9.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления расстройств, связанных с различными факторами возникновения.

2). Уметь правильно выявлять основные показания для госпитализации и обоснования мер ограничительного характера, владея знаниями об основных нормативных документах, освещающих этические аспекты психиатрии .

3). Уметь правильно обследовать больного с психическими расстройствами и описать выявленные расстройства.

**12. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1**.** Развитие этических норм в истории психиатрии.

2. Этические аспекты дистанционного консультирования в психиатрии.

3. Проблемы стигмы в психиатрии .

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.1.6. **Тема:** «Психиатрическая экспертиза».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3. Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный, решение ситуационных задач.

**4. Значение темы**: Основными показателями социально-трудовой дезадаптации пациентов являются длительность временной нетрудоспособности больных и инвалидность. Вопросы годности к воинской службе лиц с психическими расстройствами решаются в зависимости от нозологической природы имеющихся нарушений, степени их компенсации, ближайшего и отдаленного клинического прогноза. Вопросы судебно-психиатрической экспертизы регламентированы уголовным и уголовно-процессуальным, гражданским и гражданско-процессуальным законодательством. Таким образом, любой психиатр должен обладать широкими познаниями в различных областях психиатрии и должен быть знаком с основами проведения МСЭ, ВПЭ, СПЭ.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам экспертных вопросов в психиатрии. ПК-2

**- учебная:**

Знать: теоретические основы МСЭ, ВПЭ, СПЭ.

Уметь: оформить заключение на МСЭ, оформить акт ВПЭ.

Владеть: методами выявления показаний для определения временной и стойкой нетрудоспособности.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с экспертными вопросами в психиатрии |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

В психиатрии выделяют следующие виды экспертиз:

• Судебно-психиатрическую (СПЭ)

• Военно-психиатрическую (ВПЭ)

• Медико-социальную (трудовую) экспертизу (МСЭ).

Военно-психиатрическая экспертиза

В Вооруженных Силах РФ военно-психиатрическая экспертиза (ВПЭ) проводится на основании Приказа Министра Обороны РФ № 315 от 1995 года (Расписание болезней). В зависимости от характера заболевания и его длительности заключение может быть:

* годен к военной службе;
* ограниченно годен к военной службе;
* временно не годен к военной службе;
* не годен к военной службе.

Трудовая (медико-социальная) зкспертиза

Трудовая экспертиза решает вопрос о степени нетрудоспособности больного по психическому состоянию. В зависимости от характера и степени выраженности психических нарушений может быть установлена:

1 группа инвалидности – нетрудоспособен, нуждается в постороннем уходе;

2 группа – нетрудоспособен;

3 группа – ограниченно трудоспособен.

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ)

Судебно-психиатрической экспертизой называется процедура выявления юридически значимых свойств психических расстройств. Объектом судебно-психиатрической экспертизы является человеческая психика.

Экспертиза может проводиться в исключительных случаях одним лицом - врачом-психиатром, но, как правило, в состав экспертной комиссии должны входить три врача психиатра. Ввиду сложности судебно-психиатрической экспертизы органы следствия и суда предпочитают коллегиальное освидетельствование обвиняемого. Этим достигается большая авторитетность экспертных заключений. Проведение судебно-психиатрической экспертизы возложено на органы здравоохранения.

Виды судебно-психиатрической экспертизы:

* экспертиза в кабинете следователя;
* амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
* стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
* экспертиза в судебном заседании;
* заочная (и, как частный вид, посмертная) судебно-психиатрическая экспертиза.

Последний вид экспертизы наиболее сложен. Например, вопрос о психическом состоянии самоубийцы или завещателя только на основании материалов дела значительно осложняет поставленную перед экспертом задачу.

Решение экспертной комиссии оформляется актом, который состоит из следующих разделов: введение, сведения о прошлой жизни испытуемого; сведения о физическом, неврологическом и психическом состоянии испытуемого; мотивировочная часть; заключение.

Критерии невменяемости сформулированы в ст. 21 УК РФ, принятом Государственной Думой 24.05.96. Правильное их понимание и трактовка имеют большое значение. Требуется четко понимать, какой смысл вкладывается в понятие хронической душевной болезни, слабоумия, временного расстройства душевной деятельности или иных состояний. Перечисленные психические расстройства относятся к медицинскому критерию невменяемости. Однако для признания испытуемого невменяемым требуется, чтобы указанный медицинский критерий совпадал с юридическим, когда лицо не могло осознавать фактический характер своих действий (бездействия) или руководить ими. Оба эти критерия тесно связаны между собой и служат обязательными дополнениями друг друга. Попытка решить вопрос о невменяемости испытуемого лишь на основании одного из критериев может привести к серьезным ошибкам. Медицинский критерий невменяемости (психическая болезнь) становится действительным только в том случае, когда больной утрачивает способность осознавать фактический характер своих действий (бездействия) или руководить ими.

Кроме того, клинические интерны должны знать, что границы между нормой и патологией не являются застывшими. Они динамичны, подвижны даже в таких состояниях, как, например, олигофрения, эпилепсия, эпидемический энцефалит, церебральный атеросклероз, сифилис мозга и др. Одна и та же форма психического заболевания может обусловливать различные судебно-психиатрические выводы в зависимости от степени и глубины психических изменений.

В гражданском процессе судебно-психиатрическая экспертиза решает вопросы дееспособности.

Понятие **недееспособности** сформулировано в ст. 29 ГК РФ. В этой статье мы также встречаемся с медицинским (душевная болезнь, слабоумие) и юридическим (неспособность понимать значение своих действий или руководить ими) критериями. Оба эти критерия должны совпадать при решении вопроса о недееспособности испытуемого.

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-2

1). Какие Вам известны виды экспертиз в психиатрии?

2). Назовите основные вопросы СПЭ.

3). Какой вопрос решает ВПЭ?

4). Какие Вам известны группы инвалидности?

5). Каковы критерии невменяемости и недееспособности?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-2.

1. ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЮНОШЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ БОЛЬНЫЕ

1) нуждаются в оформлении первой или второй группы инвалидности, но могут работать в ЛТМ

2) нуждаются в оформлении второй или третьей группы инвалидности

3) большую часть времени могут сохранять работоспособность

4) могут работать на обычных промышленных предприятиях и наблюдаться в ПНД для коррекции терапии

5) показаний для оформления группы инвалидности нет

2. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ

1) рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к рекуррентной

2) параноидной шизофрении

3) злокачественной шизофрении

4) приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к параноидной

5) форма шизофрении не имеет значения

3. СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕЛОВЕК НЕ МОЖЕТ ОСОЗНАВАТЬ ФАКТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР И ОБЩЕСТВЕННУЮ ОПАСНОСТЬ СВОИХ ДЕЙСТВИЙ (БЕЗДЕЙСТВИЯ) И/ИЛИ РУКОВОДИТЬ ИМИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) инвалидность

2) невменяемость

3) недееспособность

4) слабоумие

5) умственная отсталость

4. ПРИ ЗАТЯЖНЫХ, МНОГОМЕСЯЧНЫХ ИЛИ КОНТИНУАЛЬНЫХ ПРИСТУПАХ ШУБООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

1) устанавливается инвалидность второй группы и возможен благоприятный прогноз трудоспособности

2) устанавливается инвалидность первой группы

3) устанавливается инвалидность только третьей группы

4) прогноз трудоспособности неблагоприятен

5) вопрос об инвалидности не решается никогда

5. В СЛУЧАЯХ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, КОГДА ИЗ-ЗА ОСОБЕННОСТЕЙ РЕМИССИИ (АСТЕНИЯ, АФФЕКТИВНЫЕ КОЛЕБАНИЯ) БОЛЬНЫЕ НЕ МОГУТ ВЫПОЛНЯТЬ ПРЕЖНЮЮ РАБОТУ И НУЖДАЮТСЯ В ТРУДОУСТРОЙСТВЕ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ

1) устанавливается первая группа инвалидности

2) устанавливается вторая группа инвалидности

3) устанавливается третья группа инвалидности

4) больной направляется в ЛТМ

5) больного следует направить в дневной стационар при ПНД

6. ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

1) всегда сохраняется работоспособность

2) работоспособность сохраняется у большей части больных, у меньшей части пациентов определяется третья группы инвалидности

3) работоспособность сохраняется у меньшей части больных

4) чаще определяется первая группа инвалидности

5) чаще определяется вторая группа инвалидности

7. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТЕН В ПЛАНЕ ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА ВЯЛОТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

1) со стойкими систематизированными навязчивостями с ритуалами

2) при паранойяльной ипохондрии

3) с грубыми истерическими расстройствами

4) со стойкими деперсонализационными расстройствами

5) с легко развивающимися сутяжно-паранойяльными состояниями

8. ПРИЗНАНИЕ БОЛЬНЫХ НЕВМЕНЯЕМЫМИ ВОЗМОЖНО

1) при шизофрении в форме психоза или с выраженными изменениями личности

2) при стойкой ремиссии после психотического приступа без выраженных личностных изменений

3) в доманифестный период болезни в случае наличия форпост-симптомов

4) только в случаях злокачественной шизофрении

5) только в случае вялотекущей шизофрении

9. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О

1) признании брака недействительным

2) лишении родительских прав

3) вменяемости или невменяемости лица в момент совершения деликта

4) признании недействительной сделки, совершенной недееспособным лицом

5) гражданской недееспособности лица и назначении над ним опеки

10. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О (О2)

1) гражданской недееспособности лица и назначении над ним опеки

2) ответственности лица, совершившего преступление в состоянии опьянения

3) назначении принудительных мер медицинского характера

4) освобождении от наказания в связи с болезнью

5) временной нетрудоспособности

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-2.

**Задача №1**

Призывник К. работает конюхом. В свое время с тру­дом окончил 3 класса, с тех пор выполняет несложные сель­скохозяйственные работы. В беседе на призывном пункте с трудом понимает обращенные к нему вопросы. Из городов назвал «Томск, Колпашево, Шегарка». Не знает столицу РФ, сколько месяцев в году. Прямой счет до 10 правильный, обратный – с затруднением.

1. Определите диагноз.
2. Дайте экспертную оценку.
3. Показана ли в данном случае госпитализация в психиатрическую больницу?
4. Определите вид госпитализации.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации

**Эталон ответа**

1. Легкая умственная отсталость без нарушений поведения.
2. К воинской службе не годен.
3. Показана госпитализация в психиатрический стационар.
4. Госпитализация добровольная.
5. Основанием для госпитализации является необходимость проведения военно-психиатрическойэ кспертизы.

**Задача №2**

Призывник с трудом улавливает смысл задаваемых вопросов о месте рождения, социальном происхождении и положении, часто переспрашивает, хотя слышит хорошо. Речь бедная с небольшим запасом слов. Мысль формирует с тру­дом. Из всех космонавтов знает только Гагарина, из городов назвал Красноярск. В беседе о рыболовстве (больной сын рыбака и сам рыбак) проявил хорошее знание разных видов рыб. Много рассказал об их повадках, о способах ловли. С горечью отметил, что вода в Енисее постоянно загрязняется: «Если так дело пойдет дальше, совсем рыбы не станет».

1. Определите диагноз.
2. Дайте экспертную оценку.
3. Показана ли в данном случае госпитализация в психиатрический стационар?
4. Определите вид госпитализации.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации

**Эталон ответа**

1. Легкая умственная отсталость без нарушений поведения.
2. К воинской службе не годен.
3. Показана госпитализация в психиатрический стационар.
4. Госпитализация добровольная.
5. Основанием для госпитализации является необходимость проведения военно-психиатрической экспертизы.

**Задача №3**

При призыве выяснилось, что призывник с детства страдает какими-то судорожными припадками. Раньше при­падки были частыми, теперь – один-два в год. В школе учился плохо, с трудом закончил 3 класса, дублировал 1, 2, 3 классы. В беседе обнаруживается конкретное мыш­ление, с трудом ориентируется в ситуации, медлителен, мыш­ление вязкое, тугоподвижное.

1. Определите диагноз.
2. Дайте экспертную оценку.
3. Показана ли в данном случае госпитализация в психиатрический стационар?
4. Определите вид госпитализации.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации

**Эталон ответа**

1. Выраженные изменения личности вследствие эпилепсии.
2. К воинской службе не годен.
3. Показана госпитализация в психиатрический стационар.
4. Госпитализация добровольная.
5. Основанием для госпитализации является необходимость проведения военно-психиатрической экспертизы.

**Задача №4**

У солдата второго года службы ночью, по словам дежурного, наблюдался какой-то приступ. Был направлен на экспертизу в госпиталь, где ночью наблюдался еще один судорожный припадок с непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. На ЭЭГ – единичные комплексы «пик-медленная волна».

1. Определите диагноз.
2. Дайте экспертную оценку.
3. Показана ли в данном случае госпитализация в психиатрический стационар?
4. Определите вид госпитализации.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации

**Эталон ответа**

1. Эпилептическая болезнь.
2. К воинской службе не годен.
3. Показана госпитализация в психиатрический стационар.
4. Госпитализация добровольная.
5. Основанием для госпитализации является необходимость проведения военно-психиатрической экспертизы.

**Задача №5**

На судебно-психиатрической экспертизе подэкспертный рассказал следующее: «Обычно я могу выпить 300-400 г водки, не пьянея. В тот же день я выпил граммов 50 водки, а дальше ничего не помню. Очнулся уже в милиции». Из материалов следственного дела известно, что подэкспертный после приема 50-60 г водки держался как обычно, только выражение лица было каким-то необычно строгим. Затем, без видимого повода, схватил нож и ударил им своего друга.

1. Определите диагноз.
2. Дайте экспертную оценку.
3. Показана ли в данном случае госпитализация в психиатрическую больницу?
4. Определите вид госпитализации.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации

**Эталон ответа**

1. Патологическое опьянение.
2. Невменяем.
3. Показана госпитализация в психиатрический стационар.
4. Госпитализация принудительная по постановлению суда.
5. Основанием для госпитализации является необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы.
6. **Перечень и стандарты практических умений.**

Профессиональные компетенции: ПК-2.

1). Знать критерии невменяемости и недееспособности.

2). Уметь оформить посыльный лист на МСЭ.

3). Уметь оформить акт ВПЭ.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Предмет и задачи судебной психиатрии.

2) Проблема невменяемости.

3) Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.

4) Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.

5) Исключительные состояния в психиатрии.

6) Симуляция и диссимуляция психических расстройств.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.7. **Тема:** «Этиология и патогенез психических расстройств».

**2.Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный, решение ситуационных задач.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам этиологии и патогенеза психических расстройств.

УК-1, ПК-5.

**- учебная:**

Знать: факторы, влияющие на развитие психических заболеваний.

Уметь: выявлять экзогенные и эндогенные факторы развития психических заболеваний.

Владеть: этиологическими и патогенетическими подходами к диагностике психических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление этиологическими и патогенетическими подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза психических расстройств».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Современное учение об этиологии психических болезней еще несовершенно. И теперь в какой-то мере не потеряло значения давнее высказывание H.Maudsley (1871): «Причины помешательства, обыкновенно перечисляемые авторами, так общи и неопределенны, что весьма трудно при встрече лицом к лицу с достоверным случаем помешательства и при всех благоприятных условиях исследования с несомненностью определить причины болезни».

Для возникновения психической болезни, как и всякой другой, решающее значение имеют те внешние и внутренние условия, в которых действует причина. Причина вызывает болезнь не всегда, не фатально, а лишь при стечении ряда обстоятельств, причем для разных причин значение условий, определяющих их действие, различно. Это касается всех причин, вплоть до возбудителей инфекционных болезней. Один вид инфекции, попав в организм, почти неизбежно вызывает болезнь (возбудитель чумы, оспы), другие инфекционные болезни развиваются лишь в соответствующих условиях (скарлатина, грипп, дифтерия, дизентерия). Не каждое инфицирование вызывает болезнь, в свою очередь не каждая инфекционная болезнь приводит к психозу. Из этого следует, что «линейное» понимание этиологии не объясняет всю сложность возникновения психических болезней, как, впрочем, и любых других [Давыдовский И.В., 1962]. «Линейное» понимание гриппа как причины инфекционного психоза, психической травмы как причины невроза очевидно. Вместе с тем такая на первый взгляд безусловно верная трактовка причины и следствия становится упрощенной и беспомощной при толковании не только природы возникающих в таких случаях болезней, но и заболевания отдельного больного. Нельзя, например, ответить на вопрос, почему одна и та же причина, в данном случае грипп, у одного вызывает преходящий, у другого хронический психоз, а у огромного большинства людей вообще не приводит к какому-либо психическому расстройству. То же относится и к психогенной травме, в одних случаях обусловливающей невроз, в других — декомпенсацию психопатии и в третьих — не вызывающей никаких болезненных отклонений. Далее обнаруживается, что очень часто причина, непосредственно вызвавшая патологию, не равна следствию — ничтожная причина имеет следствием далеко идущие изменения. Так, на первый взгляд основная и единственная причина болезни, тот же грипп или психическая травма, по мере развития психического патологического процесса превращается в нечто совсем второстепенное, в одно из условий возникновения заболевания. Примером этого может служить хроническая прогрессирующая психическая болезнь (шизофрения), возникающая непосредственно после гриппа или психогенной травмы, или даже физиологического процесса — нормальных родов.

Во всех подобных случаях, неизбежно подчиняясь законам детерминизма, первоначальные «линейные» связи начинают расширяться и в дополнение к ним вводятся различные индивидуальные свойства заболевшего. В результате этого видимая внешняя причина (causa externa) становится внутренней (causa interna), т.е. в процессе анализа происхождения и развития болезни обнаруживаются чрезвычайно сложные причинно-следственные отношения (И.В. Давыдовский).

Возникновение болезней, в том числе психических, их развитие, течение и исход зависят от взаимодействия причины, различных вредных влияний окружающей среды и состояния организма, т.е. от соотношения внешних (экзогенных) и внутренних (эндогенных) факторов (движущих сил).

Под эндогенными факторами понимают физиологическое состояние организма, определяемое типом высшей нервной деятельности и ее особенностями в момент действия вредности, полом, возрастом, наследственными задатками, иммунологическими и реактивными особенностями организма, следовыми изменениями от различных вредностей в прошлом. Таким образом, эндогенное не рассматривается ни в качестве только наследственно обусловленного, ни неизменного состояния организма [Давыдовский И.В., 1962].

Значение экзогенных и эндогенных движущих сил различно при разных психических болезнях и у разных больных. Каждая болезнь, возникая от причины, развивается в результате характерного для нее взаимодействия названных движущих сил. Так, острые травматические психозы возникают при преобладании непосредственного внешнего воздействия. Для инфекционных психозов нередко большое значение имеют эндогенные особенности (наиболее часто лихорадочный делирий развивается у детей и женщин). Наконец, существуют отдельные психические болезни, при которых, говоря словами И.В.Давыдовского, производящий этиологический фактор непосредственно не ощущается, и само развитие болезненных явлений идет подчас как бы из основного физиологического (эндогенного) состояния субъекта, без ощутимого толчка извне. Ряд психических болезней не только начинается с младенческого возраста, но и обнаруживается в последующих поколениях (у детей и внуко3). У каждой нозологически самостоятельной болезни есть своя история (hystoria morbi), охватывающая у некоторых видов не одно, а несколько поколений.

Условия окружающей и внутренней среды в зависимости от конкретных обстоятельств могут препятствовать или способствовать возникновению болезни. Вместе с этим одни условия, даже в чрезвычайном сочетании, без причины не могут вызвать болезнь. Нейтрализация причины предупреждает возникновение болезни даже при всех необходимых для него условиях. Так, своевременно начатое интенсивное лечение инфекционных болезней антибиотиками, сульфаниламидными препаратами предупреждает развитие делирия, в том числе и при эндогенном предрасположении к нему. С началом асептического ведения родов число септических послеродовых психозов снизилось во много раз во всех странах.

Нозологическая самостоятельность каждой отдельной психической болезни определяется единством этиологии и патогенеза (Нозология — классификация болезней (греч. nosos — болезнь). Нозологически самостоятельная психическая болезнь (нозологическая единиц1) складывается только из тех случаев заболевания, которые возникают в результате действия одинаковой причины и обнаруживают одинаковые механизмы развития. Заболевания, возникающие от одной причины, но с разным механизмом развития, нельзя объединить в нозологически самостоятельную болезнь. Примером таких этиологически однородных, но нозологически разных болезней могут быть сифилитический психоз, спинная сухотка, прогрессивный паралич. Все эти заболевания возникают в результате сифилитической инфекции, но их патогенез совершенно различен, что и делает их нозологически разными болезнями. То же можно сказать о белой горячке, корсаковском психозе, алкогольном бреде, ревности, алкогольном галлюцинозе: их этиология едина — хронический алкоголизм, но патогенез различен, поэтому каждая представляет собой самостоятельную болезнь. Совершенно так же нельзя рассматривать в качестве нозологически единой болезни заболевания с одним патогенезом, но различной этиологией. Патогенез делирия одинаков и при хроническом алкоголизме, и при ревматизме, и при пеллагре, но его этиология различна. В соответствии с этим выделяются самостоятельные болезни (отдельные нозологические единицы): белая горячка, ревматический психоз, пеллагрозный психоз.

Единство этиологии и патогенеза установлено в настоящее время далеко не при всех психических болезнях: в одних случаях найдена причина, но еще не исследован патогенез; в других более совершенно изучен патогенез, но неизвестна этиология. Многие психические заболевания выделены в качестве нозологических единиц лишь на основании единообразия клинического выражения. Такое установление нозологической самостоятельности болезней обосновывается тем, что клинические проявления, их развитие и исход представляют собой внешнее выражение особенностей патогенеза и патокинеза заболевания и, следовательно, косвенно отражают и его этиологические особенности. Историческим примером этого может быть прогрессивный паралич, который в середине XIX в. выделили как нозологическую единицу только на основании данных клинического обследования. Установление в начале XX в. его сифилитической этиологии и патогенеза, отличающегося от других форм сифилиса ЦНС, подтвердило нозологическую самостоятельность этой болезни, обоснованную сначала исключительно клиническим методом.

Столь значительное различие в знании природы отдельных психических болезней отражает и историю развития, и современное состояние психиатрии. Несомненно, что дальнейший прогресс в исследовании патогенеза, этиологии и клинической картины психических болезней внесет дальнейшие существенные коррективы в современную нозологическую классификацию болезней.

Nosos — болезненный процесс, динамическое, текущее образование; pathos — патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок, отклонение развития. Nosos и pathos не разделены жесткой границей. Переход одного состояния в другое можно обнаружить экспериментальным путем, моделировать.

К pathos относятся и диатезы, характеризующиеся своеобразными реакциями на физиологические раздражения и проявляющиеся более или менее выраженными патологическими изменениями, предрасположенностью к некоторым заболеваниям. Диатез, трактуемый в широком смысле, относится к недугу в понимании И.В.Давыдовского. Об этом он писал следующее: «Недуги старости, как и другие недуги или недомогания при общем упадке жизнедеятельности, свидетельствуют о том, что диапазон приспособительных способностей не измеряется альтернативой — болезнь или здоровье. Между ними располагается целая гамма промежуточных состояний, указывающих на особые формы приспособления, близкие то к здоровью, то к заболеваниям, и все же не являющиеся ни тем, ни другим».

Вполне возможно, что ни одно из установленных в настоящее время биологическими исследованиями отклонений в деятельности организма больного шизофренией не относится к проявлениям собственно процессуального развития болезни, а представляет собой признак, стигмат pathos, диатеза. Применительно к шизофрении речь идет о патологической, т.е. шизофренической, конституции, о чем впервые в 1914 г. сказал П.Б. Ганнушкин в статье «Постановка вопроса о шизофренической конституции».

Nosos и pathos не тождественны, но их абсолютное отличие, противопоставление было бы ошибочным. В прошлом отечественные психиатры достаточно абсолютистеко-критически относились к концепции E.Kretschmer об исключительно количественном отличии шизоидии от шизофрении. Между тем заслуга E.Kretschmer, а также E.Bleuler, I.Berze, E.Stransky и других исследователей заключается в том, что они обнаружили и описали наличие почвы (истоко3) в виде шизоидии, латентной шизофрении, на которой под влиянием еще не известных нам условий кристаллизуется в ограниченном числе случаев шизофренический процесс. В 1941 г. о соотношении шизоидной конституции и шизофрении писал J.Wyrsch. Все эти авторы описывали носителей патогенетических механизмов шизофрении, содержащих в себе предпосылки для ее развития как болезни. И.В. Давыдовский постоянно подчеркивал, что патологические процессы у человека возникли в отдаленные эпохи как продукт недостаточного приспособления человека к окружающей среде (социальной и природной); многие из болезней человека наследственно закреплены, проявление ряда из них обусловлено онтогенетическими факторами — детство, половое созревание, старость. С.Н. Давыденков, исследуя патогенез невроза навязчивости, также считал, что болезненные факторы неврозов возникли в обществе очень давно и вполне вероятно, что от них не был свободен и доисторический человек. В свете естественно-исторического и биологического понимания проблем медицины бесспорно, что болезни возникли с первыми признаками жизни на Земле, что болезнь есть явление естественное, приспособительное (С.П.Боткин (Цит. Бородулин Ф.Р. С.П.Боткин и неврогенная теория медицины. — М., 1953.), Т. Сокольский (Цит. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в психиатрии. Этиология. — М., 1962. - 176 с.)).

Это приспособление чрезвычайно вариабельно. Диапазон его распространяется от отклонения, обозначаемого акцентуацией, выраженной стигматизацией, диатезом, до качественных отличий, знаменующих собой превращение патогенетических механизмов в патогенетический процесс (патокинез).

Приведенные сопоставления позволяют рассматривать nosos и pathos в единстве, несмотря на их качественное отличие. Теперь уже многолетний опыт показал, что наиболее оправданное исследование шизофрении, как, впрочем, и многих других болезней, возможно, если оно, во-первых, не ограничивается статикой, но постоянно сочетается с динамикой, с тщательным исследованием всех особенностей течения; во-вторых, когда оно не ограничивается клинической картиной, а становится клинико-биологическим; в-третьих, когда оно не ограничивается исследованием только заболевшего, а распространяется по возможности на многих родственников, т.е. исследование nosos сочетается с изучением pathos. Такой подход открывает наибольшие возможности для установления как патогенетических механизмов, так и причин, превращающих их в патокинез.

Говоря о nosos и pathos, следует отметить динамичность их взаимоотношений. Закончившийся шизофренический процесс или приступ обычно оставляет после себя стойкие изменения личности. Впрочем и полное выздоровление от любой болезни «не есть восстановление бывшего ранее здоровья, это всегда новое здоровье, т.е. какая-то сумма новых физиологических корреляций, новый уровень нервнорефлекторных гуморальных иммунологических и прочих отношений» (И.В.Давыдовский).

Дифференциальная диагностика ремиссий и стойких изменений личности трудна и становится еще более сложной, если возникает дополнительное расстройство в виде непрерывных (континуальных) циклотимических фаз. Такие фазы, как выражение неспецифического расстройства, могут возникать не только в течении шизофрении, но и многих других психических заболеваний — эпилепсии и органических психозов (например, прогрессивного паралич1). Возможно, что в ряде случаев это результат стойких, возникающих в процессе изменений, сливающихся с pathos. В связи с этим следует напомнить, что П.Б.Ганнушкин относил циклотимию к конституциональным психопатиям, а И.П.Павлов в свое время говорил: «Нарушенная нервная деятельность представляется более или менее правильно колеблющейся... Нельзя не видеть в этих колебаниях аналогии с циклотимией и маниакально-депрессивным психозом. Всего естественнее было бы свести эту патологическую периодичность на нарушение нормальных отношений между раздражительным и тормозным процессами, что касается их взаимодействия». П.Д.Горизонтов также отмечает, что течение любых функциональных изменений чаще всего носит волнообразный характер с чередованием различных фаз.

Поскольку циклотимические фазы сочетаются с резидуальными симптомами, имеется основание рассматривать их в качестве выражения ослабленного, но еще текущего процесса. Правда, нередко встречаются перенесшие приступ больные, у которых легкие континуальные циклотимические фазы скорее всего относятся к стойкому, остаточному состоянию. Патогенетическая природа циклотимических фаз остается еще далеко не ясной.

Стойкие постпроцессуальные изменения личности, проявляющиеся психопатическими расстройствами в широком смысле (динамикой психопатий), необходимо отличать от психопатических (психопатоподобных) изменений, которыми характеризуется начальный период или малопрогредиентное течение шизофренического процесса. Сходство их заключается не только в том, что они ограничиваются изменениями личности, но очень часто в наличии инфантилизма или ювенилизма у таких больных (общего или только психического). Однако есть и существенные различия: изменения склада личности, возникшие в результате постпроцессуального развития, неизменны в интенсивности проявлений; при психопатическом типе начала шизофрении эти изменения крайне лабильны и имеют явную тенденцию к усилению; личность в последнем случае изменена, но не видоизменена, «представляет собой только выраженное развитие и усиление выделяющихся черт характера и свойств индивидуума» (W.Griesinger).

Сопоставление приведенных изменений личности — инициальных и постпроцессуальных, а также циклотимических иллюстрирует единство nosos и pathos и одновременно их различие. Единство pathos (стойких изменений) и nosos (развития процесс1) особенно отчетливо в случаях детской шизофрении. Клинические проявления ее включают наряду с собственно шизофреническими расстройствами изменения в виде задержки или остановки психического развития, т.е. в форме вторичной олигофрении или в виде признаков психического инфантилизма.

Начальное психопатического типа расстройство личности, возникающее как выражение малопрогредиентного шизофренического процесса, свидетельствует об относительно благоприятном течении болезни и достаточности компенсаторно-приспособительных механизмов.

Особый склад личности у предрасположенных к маниакально-депрессивному психозу E.Kraepelin в свое время определял как первоначальное, продромальное, рудиментарное проявление этого психоза, которое может оставаться в течение всей жизни без дальнейшей динамики или стать при известных обстоятельствах исходным пунктом для полного развития болезни. То же и в такой же мере может относиться и к шизофрении.

Как уже упоминалось, «компенсаторные и приспособительные механизмы и реакции приобретают тем большее значение, чем медленнее развертывается основной патологический процесс» (И.В.Давыдовский). К чести психиатров надо сказать, что попытка понимания симптомов болезни как проявления приспособительно-компенсаторных механизмов принадлежит им. В первой половине XIX в. В.Ф. Саблер рассматривал, например, бред как приспособительное, компенсаторное явление, которое «отодвигает на задний план и покрывает собой первичный тоскливый аффект». Приспособительный, компенсаторный смысл психопатологических расстройств трактовался им в данном случае в психологическом смысле. Психологически как приспособительное расстройство трактуется рядом авторов, например, и аутизм, когда он рассматривается как компенсация, как своего рода изоляция от внешнего мира вследствие несовершенства, слабости адаптации к нему.

Толкование В.Ф. Саблером некоторых психических расстройств как приспособительных механизмов выходит за рамки собственно психологического аспекта и в известном смысле распространяется и на патогенез. Так, например, он пишет: «В большинстве случаев мы наблюдаем, что с возникновением сумасшествия грозные физически симптомы ослабевают. Если у стариков после апоплексии, например, наступает сумасшествие, то таковым можно предсказать еще несколько лет жизни».

Рассматривая психопатологические симптомы как проявления действия приспособительных механизмов, можно предполагать, что такие расстройства, как изменения склада личности (психопатоподобные состояния, психопатическое развитие личности, циклотимические расстройства, а также паранойяльные изменения), свидетельствуют не только о медленном развертывании патологического процесса, но и о поражении относительно неглубоких уровней биологических систем, лежащих в основе психической деятельности. Последнее подтверждается незначительной выраженностью в клинической картине подобных состояний признаков дефекта (регресс1). G.Schtile считал, что негативные расстройства (слабоумие) определяют объем психического расстройства. По объему психического расстройства можно судить о тяжести негативных расстройств.

Из всех вышеприведенных положений следует вывод об относительной специфичности клинических проявлений психогенных и эндогенных психозов, малой и большой психиатрии. Патологическое развитие личности может наступить как ее видоизменение в результате психогенной травмы и вследствие перенесенного приступа шизофрении. Невротические расстройства развиваются как реакция на ситуацию и эндогенно, в форме «малых психических нарушений» — астенических, психастенических, истерических. Психопатия может быть врожденной и приобретенной в результате перенесенного или текущего малопрогредиентного процесса. Об этом в свое время говорили В.Х. Кандинский и С.С. Корсаков, подразделявшие психопатии на оригинарные (врожденные) и приобретенные. Последние они называли конституциональными в смысле коренного видоизменения конституции под влиянием перенесенного, легко текущего болезненного процесса или, наконец, патологически протекающего возрастного сдвига — юношеского, климактерического, старческого. То же относится и к циклотимическим расстройствам. О двузначности понятий «неврозы», «психопатии», «психозы» впервые поставил вопрос Т.И. Юдин. Они суть и нозологические категории, и общепатологические — степени тяжести психического расстройства.

Экзогенные и органические психозы, как известно, могут протекать и в виде эндогенных расстройств (так называемые промежуточные синдромы, поздние симптоматические психозы, эндоформные синдромы). Все это еще раз свидетельствует о внутренней опосредованности (causa interna) как психических, так и соматических проявлений болезни. Такая относительная специфичность психических расстройств тем не менее не исключает нозологической обусловленности проявлений болезни. Последняя представляет совокупность позитивных и негативных, конституциональных и индивидуальных особенностей, выражающих единство этиологии и патогенеза нозологически самостоятельной болезни и реализации ее у конкретного больного. G.Schule в свое время говорил, что нозологическая самостоятельность психического заболевания (следовательно, специфичность проявлений) может быть установлена в результате клинического анализа качества, особенностей течения и определения объема психического расстройства.

Результат клинико-патогенетического и генеалогического исследования нозологически самостоятельной болезни зависит от обнаружения и точности распознавания всех отклонений психической деятельности родственников пробанда, отклонений не только в форме болезни, но и «патий» — истинных психопатий, псевдопсихопатий, инициальных и постпроцессуальных состояний. Однако все это возможно сделать, лишь идя от знания выраженных проявлений болезни к невыраженным, от вполне развитых ее форм к едва намеченным, от болезни к недугу и здоровью (П.Б. Ганнушкин).

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Какие группы факторов влияют на развитие психических заболеваний?

2). Какие факторы относят к группе экзогенных?

3). Какие факторы относят к группе эндогенных?

4). Какие психические заболевания чётко связаны с генетической патологией?

5). Какие генетические методы исследования Вы знаете?

6). Чем характеризуется генеалогический метод исследования?

7). Чем характеризуется близнецовый метод исследования?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1. ЭНДОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) черепно-мозговые травмы

2) радиационные поражения

3) нарушения развития в раннем возрасте

4) эмоциональный стресс

5) отрицательные социальные влияния на личность

2. ЭНДОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) генетические факторы

2) внутриличностные конфликты

3) межличностные конфликты

4) интоксикации

5) инфекции

3. К ЭКЗОГЕННЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСЯТСЯ

1) соматические заболевания

2) эндокринные заболевания

3) черепно-мозговые травмы

4) генетические факторы

5) нарушения развития в раннем возрасте

4. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА, ОПРЕДЕЛЯЕМОЕ ТИПОМ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЕЕ ОСОБЕННОСТЯМИ В МОМЕНТ ДЕЙСТВИЯ ВРЕДНОСТИ, ПОЛОМ, ВОЗРАСТОМ, НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАДАТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) эндогенным фактором развития психической болезни

2) экзогенным фактором развития психической болезни

3) соотношением внешних и внутренних факторов

4) движущей силой

5) наследственно обусловленным состоянием организма

5. ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПСИХОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ (ИМЕЕТ)

1) эндогенные особенности организма

2) наследственная предрасположенность

3) непосредственное внешнее воздействие

4) наличие соматических заболеваний

5) этиологический фактор не определяется

6. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ЕДИНИЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ ДЕЙСТВИЯ

1) одинаковой причины и одинаковых механизмов развития

2) одной причины с разным механизмом развития

3) различной этиологии с одним патогенезом

4) экзогенных и эндогенных факторов развития психических болезней

5) не зависит от особенностей этиологии и патогенеза, а определяется сходной клинической картиной

7. NOSOS – ЭТО

1) стойкие изменения

2) результат патологического процесса

3) патологическое состояние

4) отклонение развития

5) болезненный процесс

8. НАЧАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПСИХОПАТИЧЕСКОГО ТИПА ПРИ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (О2)

1) злокачественном течении болезни

2) быстром развитии психопатического дефекта личности

3) относительно благоприятном течении болезни

4) прогредиентном течении болезни

5) отсутствии компенсаторно-приспособительных механизмов

9. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЦИКЛОТИМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

1) поражении относительно неглубоких уровней биологических систем, лежащих в основе психической деятельности

2) поражении глубоких уровней биологических систем, лежащих в основе психической деятельности

3) быстром развитии болезненного процесса

4) злокачественном течении заболевания

5) инвалидизации больного

10. PATHOS – ЭТО

1) болезненный процесс

2) изменение состояния

3) стойкое отклонение развития

4) текущий процесс

5) динамическое образование

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

**Задача№1**

Больному 74 года. Много лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией. Последнее время отмечает, что стал чрезвычайно чувствительным, всегда плачет, когда смотрит старые фильмы, фильмы про войну, т.к. вспоминает свою молодость; плачет от умиления и растроганности. Сдерживать эмоции он не может.

1. Назовите симптом.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. С какими расстройствами обычно сочетается?

4. Проявлением каких заболеваний является?

5. К каким факторам развития психических заболеваний относится?

**Эталон ответа**

1. Эмоциональная лабильность (слабодушие).

2. Расстройство эмоциональной сферы психической деятельности.

3. Обычно сочетается с нарушениями памяти.

4. Развивается при сосудистых заболеваниях головного мозга.

5. Относится к экзогенным факторам.

**Задача№2**

Больной, перенесший грипп в тяжелой форме, жалуется, что обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лампочки очень ярким, обычные прикосновения вызывают болезненные ощущения.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.В структуру какого синдрома входит?

4. К какому регистру психических расстройств он относится?

5. К каким факторам развития психических заболеваний относится?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений.

3. Входит в структуру астенического синдрома.

4. Непсихотический регистр.

5. Относится к экзогенным факторам.

**Задача№3**

Мужчина 27 лет во время игры в шахматы внезапно застыл с фигурой коня в руке, фигура выпала. Лицо побледнело, взор стал «плавающий», неосмысленный. Это продолжалось 1-2 секунды. После этого он был растерян, не мог сразу собраться с мыслями, не понимал, что произошло.

1. Назовите состояние.

2. К каким расстройствам оно относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Почему пациент не понимал, что произошло?

5. Какой фактор развития психических заболеваний имеет место?

**Эталон ответа**

1. Малый припадок (абсанс).

2. Относится к эпилептиформным пароксизмам.

3. Чаще всего встречается при эпилепсии.

4.Абсанс сопровождается кратковременным выключением сознания с последующей амнезией.

5. Эндогенный фактор.

**Задача№4**

Через месяц после перенесенного клещевого энцефалита у больного 43 лет впервые в жизни развился тонико-клонический припадок с внезапной потерей сознания, падением на пол, непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. Припадок длился около двух минут, закончился глубоким сном. Впоследствии пациент о нем не помнил, не понимал, что произошло. В дальнейшем подобные припадки возникали с частотой 2-3 раза в месяц.

1.Назовите состояние.

2.Установите диагноз.

3.Какова первая помощь во время припадка?

4. Что явилось причиной развития данного заболевания?

5. Какой фактор развития психических заболеваний имеет место?

**Эталон ответа**

1. Большой (генерализованный) судорожный припадок.

2. Симптоматическая эпилепсия.

3. Сразу после прекращения судорог показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиум1) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

4. Причиной развития данного заболевания явился перенесенный клещевой энцефалит.

5. Экзогенный фактор.

**Задача№5**

Мужчина 25 лет был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течение 20 минут находился без сознания. На момент осмотра врачом скорой помощи больной находился в сознании, выявлялась нерезко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение, где у него внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут.

1.Назовите состояние.

2.Установите диагноз.

3.Какова терапевтическая тактика?

4.Что явилось причиной развития данного состояния?

5. Какой фактор развития психических заболеваний имеет место?

**Эталон ответа**

1. Эпилептический статус.

2. Травматическая эпилепсия.

3. Показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиум1) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. При неэффективности – повторить через 20 минут. При неэффективности – ингаляционный наркоз с применением миорелаксантов.

4. Причиной развития данного состояния явилась черепно-мозговая травма.

5. Экзогенный фактор.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Уметь определить факторы развития психических заболеваний.

2). Уметь использовать различные методы исследования.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Проблема Nosos и pathos в психиатрии

2) Проблема причинности в медицине (по материалам книги И.В. Давыдовского).

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.8. **Тема:** «Психологические факторы в возникновении психических расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: В настоящее время многие области трудовой деятельности человека связаны с нервно-психическим напряжением. Урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки, усиливая это напряжение, зачастую способствуют возникновению и развитию пограничных форм нервно-психической патологии, что выводит вопросы психогигиены и психопрофилактики в ряд важнейших задач охраны психического здоровья человека. Решение этих проблем связано, прежде всего, с необходимостью ранней диагностики субклинических проявлений такого рода состояний, в частности, невротизации, психопатизации и предрасположенности к ним. Актуальность и увеличение численности невротических и соматоформных расстройств (т.е. расстройств, связанных с эмоциональным стрессом) обусловливают необходимость знаний вопросов диагностики и лечения данных заболеваний врачами-психиатрами.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с эмоциональным стрессом в психиатрии.

УК-1.

**- учебная:**

Знать: основы диагностики и систематики расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больных с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с вопросами значения психологических факторов в возникновении психических расстройств |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Общим для всех психогенных заболеваний является их возникновение после психической травмы, причем все болезненные проявления по содержанию связаны с психотравмирующим фактором, а после его исчезновения переживания исчезают или значительно уменьшаются.

При неврозах происходят нарушения в психической сфере у людей, чаще всего имеющих определенную предрасположенность, а травматизирующее внешнее воздействие провоцирует возникновение психического заболевания.

Помимо наследственного фактора, существенное влияние на состояние психики оказывает окружающая среда. Внешние факторы, в том числе и те, которые непосредственно не влияют на развитие патологических процессов, могут формировать предрасположенность к болезни, облегчать ее возникновение под влиянием провоцирующего воздействия, которым может быть и острая хроническая травма, и хронических стресс.

Ситуация постоянного или часто повторяющегося эмоционального и умственного напряжения, психологического стресса провоцирует различные отклонения в психической деятельности и физиологических функциях организма, которые условно можно разделить на 2 группы – субклинические и клинические. Субклинические – это психические нарушения, с которыми человек обычно справляется сам, без помощи психиатра. Клинические - это более выраженные расстройства, где уже требуется помощь психиатра.

Вариантов психологической защиты бывает множество в зависимости от вида психологической травмы и характера самого человека. Но способность к психологической защите у разных людей различна. Одни обладают психической сопротивляемостью и способны переработать в своем сознании степень важности отрицательного воздействия, создать новые установки. Они могут преодолеть психологические травмы необычной силы и у них не возникают тяжелые расстройства настроения, или же таковые появляются лишь на короткое время. Таких людей называют психологически хорошо защищенными (или конкордантно-нормальными). Другие пасуют даже перед незначительным препятствием на их пути, малейшая неприятность вызывает у них изменение настроения и чувство неполноценности, они плохо приспосабливаются к быстрым изменениям жизни, а при значительной психологической травме их механизмы защиты и компенсации оказываются слабыми, происходит дезинтеграция психической деятельности и развивается невроз. У таких людей возможности субклинического реагирования ограничены, и их называют психологически плохо защищенными (или дискордантно-нормальными).

При затяжном течении неврозов весьма заметна динамика механизмов психической адаптации. Первоначально нестойкие защитные психологические механизмы сменяются все более устойчивыми, приобретающими ригидный характер, патологическими защитными механизмами, тесно связанными с преимущественно пассивной позицией больных, их личностными особенностями и симптоматикой.

При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации.

Вторая стадия невротического заболевания – стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть, по сути дела, зафиксированное и устойчивое отношение к себе.

Третья стадия невроза (при затяжном его течении) отличается усилением этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию.

Важной особенностью неврозов является то, что человек осознает свою болезнь и стремится ее преодолеть. Неврозы имеют четкое начало, и они обратимы. В случае запущения болезни говорят о затяжном невротическом состоянии или даже о невротическом развитии личности.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1.

1). Назовите 2 группы проявлений различных отклонений психической деятельности и физиологического функционирования организма.

2) К каким психическим расстройствам приводят психологические факторы?

3). Что значит конкордантно-нормальные люди?

4). Что значит дискордантно-нормальные люди?

5).Дайте характеристику стадиям развития невроза.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1.

1. ГРУППА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ В СИТУАЦИИ ТЯЖЕЛОГО ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ МЯГКОЙ СИМПТОМАТИКОЙИ НАРУШЕНИЯМИ В СОМАТО-ВЕГЕТАТИВНОЙ СФЕРЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) психогении

2) неврозы

3) психозы

4) акцентуация характера

5) развитие личности

2. ЭПИЛЕПСИЯ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ

1) психогенным

2) эндогенным

3) экзогенным

4) экзогенно-органическим

5) эндогенно-органическим

3. К ПСИХОГЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) шизофрения

2) БАР

3) реактивные психозы

4) слабоумие

5) расстройства личности

4. К ПСИХОГЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) шизофрения

2) БАР

3) невротические состояния

4) слабоумие

5) расстройства личности

5. ОБСЕССИИ – ЭТО

1) навязчивые мысли

2) навязчивые страхи

3) навязчивые действия

4) панические расстройства

5) навязчивые воспоминания

6. В ОСНОВЕ ЭТИОЛОГИИ ПТСР ЛЕЖИТ

1) неблагоприятная наследственность

2) интоксикационные факторы

3) физиогенные факторы

4) соматогенные факторы

5) психическая травма

7. «ЗАЩИТНЫЕ» ДЕЙСТВИЯ СИМВОЛИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, СОВЕРШАЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ТРЕВОГИ И НАПРЯЖЕНИЯ, НАЗЫВАЮТСЯ

1) обсессии

2) компульсии

3) фобии

4) ритуалы

5) контрастные навязчивости

8. НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) навязчивые мысли, навязчивые страхи, ритуальные действия

2) ком в горле, астазию-абазию, парезы

3) наплывы мыслей, утомляемость, раздражительность

4) тоску, безысходность, подавленность

5) пароксизмальные колебания настроения

9. ПОЯВЛЕНИЕ ДЕТСКОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО СОБЫТИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) неврозов

2) аффективно-шоковой реакции

3) реактивного параноида

4) истерических психозов

5) соматоформных расстройств

10. НАДЕЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ПСИХОГЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) экстрасистолы и тахикардия на ЭКГ

2) лейкопения в крови

3) начало связано с психотравмой

4) острые волны и пики на ЭЭГ

5) ошибки при выполнении психологических тестов на интеллект

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1.

**Задача№1**

Больной 32 года, артистка. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно – постоянно и эмоционально рас­сказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т. п. С детства упрямая, капризная, повышенно эмоциональна. На незначительные неприятности давала бур­ные реакции плача, рыданий и «припадков». В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Счита­ет, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечался судорожный припадок с плачем и смехом. Очень внушаема.

1. Поставьте диагноз.
2. Вследствие чего развился судорожный приступ?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический невроз.
2. Приступ развился в связи с психотравмирующей ситуацией – конфликтом с администрацией театра.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Лечение у психотерапевта.
5. При разрешении ситуации – полное выздоровление, при длительном существовании неразрешенного конфликта – формирование невротического развития личности.

**Задача №2**

Больной 34 года, домохозяйка, на приеме в сопровождении мужа. Причина обращения – тяжелое расстройство походки. С детства упрямая, капризная, требующая признания. Некоторое время назад муж привел домой дочь от первого брака, у которой умерла мать. Вскоре у пациентки появились боли в спине, которые усиливались утром, когда муж уходил на работу, и вечером, если он задерживался. Иногда не спала ночью от боли. Принимала обезболивающие и противовоспалительные средства – без эффекта. Неврологи патологии не обнаружили, однако состояние ухудшилось, появилась слабость в ногах, не могла ходить на прямых ногах, передвигалась вприсядку гусиным шагом.

1. Поставьте диагноз.
2. С чем связано ухудшение состояния?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический невроз.
2. Ухудшение состояния связано с психотравмирующей ситуацией, неприемлемой для пациентки.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Лечение у психотерапевта, возможен прием эглонила.
5. При разрешении ситуации – полное выздоровление, при длительном существовании неразрешенного конфликта – формирование невротического развития личности.

**Задача №3**

Мужчина 26 лет, астенического телосложения, с детства плохо переносит физические нагрузки. Последнее время стал быстро уставать, плохо переносит перепады погоды. Яркий свет и громкие звуки раздражают его. Испытывает постоянный звон в ушах и голове. Жалуется, что иногда не может сразу вспомнить имени и отчества сослуживцев, с ко­торыми давно работает. Отмечает, что с трудом засыпает, просыпается рано, сон не приносит отдыха. Нетерпимость, раздражительность становится причиной конфликтов с родными, что еще больше ухудшает самочувствие пациента.

1. Назовите все психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий синдром.
3. Поставьте диагноз.
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия, гипомнезия, нарушение сна, раздражительность, нарушение внимания.
2. Ведущий синдром – астенический.
3. Неврастения.
4. Лечение амбулаторное: режим труда и отдыха, общеукрепляющая терапия (витамины, ноотропы, нейрометаболические средств1), транквилизаторы.
5. Прогноз благоприятный – практическое выздоровление или стойкое улучшение состояния.

**Задача №4**

Мужчина 28 лет, жалобы на повторные приступы страха, возникающие преимущественно в метро. С детства – аккуратный, послушный, осторожный, склонный к тревожности. Трудно сходится с людьми, несколько проще становится общаться после приема алкоголя. Около года назад после приема алкоголя в метро впервые возник внезапный приступ страха, похожий на сердечный приступ. Врач «скорой помощи» зарегистрировал повышение АД до 180/110. Подобные приступы в более мягкой форме стали повторяться 1-2 раза в месяц. Полностью отказался от приема спиртного, постоянно контролировал АД, наблюдался у терапевта, принимал гипотензивную терапию. В ситуации выбора (возможность повышения по службе с изменением профиля работы) приступы усилились и участились до 2-3 в неделю, в связи с чем обратился к психиатру. О своем состоянии рассказывает с иронией, просит помощи, однако не верит в полное выздоровление.

1. Определите ведущий синдром.
2. Поставьте диагноз.
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Панические атаки.
2. Невроз навязчивых состояний.
3. Относится к классу расстройств, связанных с эмоциональным стрессом – неврозам.
4. Психотерапия, мягкие нейролептики (сульпири5), антидепрессанты с анксиолитическим действием.
5. Возможно длительное волнообразное течение заболевания с постепенным расширением круга ситуаций, вызывающих страх.

**Задача №5**

Студент-медик длительное время сочетал учебу с работой, спал 5-6 часов в сутки, перенес «на ногах» легкую респираторную вирусную инфекцию, после чего одногруппники стали отмечать у него повышенную раздражительность, колебания настроения, стал невнимательным на занятиях. Продолжал сочетать работу и учебу, во время занятий возникали вспышки раздражительности, когда кричал на других студентов, в дальнейшем был слезливым, заметно снизилась успеваемость. Жаловался близким друзьям, что у него «совсем нет сил учиться», «все время хочется отдохнуть». После каникул состояние улучшилось.

1. Назовите все психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий синдром.
3. Поставьте диагноз.
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия, гипомнезия, нарушение сна, раздражительность, нарушение внимания.
2. Ведущий синдром – астенический.
3. Неврастения.
4. Лечение амбулаторное: режим труда и отдыха, общеукрепляющая терапия (витамины, ноотропы, нейрометаболические средств1), транквилизаторы.
5. Прогноз благоприятный – практическое выздоровление или стойкое улучшение состояния.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между невротическими расстройствами .

3). Уметь правильно обследовать больного с невротическими расстройствами и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

* Психодинамическая концепция развития психических расстройств.
* Механизмы психологической защиты.
* Роль эмоционального стресса и внутриличностных конфликтов в развитии психических расстройств.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.9. **Тема:** «Факторы риска возникновения психических расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Большинство психиатров признают ведущую роль эмоциональ­ного стресса и внутриличностных конфликтов в возникновении таких заболеваний, как неврозы и реактивные психозы. Но и течение многих эндогенных заболеваний может быть модифи­цировано психосоциальными факторами. В настоящее время многие области трудовой деятельности человека связаны с нервно-психическим напряжением. Урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки, усиливая это напряжение, зачастую способствуют возникновению и развитию пограничных форм нервно-психической патологии, что выводит вопросы психогигиены и психопрофилактики в ряд важнейших задач охраны психического здоровья человека. Решение этих проблем связано, прежде всего, с необходимостью ранней диагностики субклинических проявлений такого рода состояний, в частности, невротизации, психопатизации и предрасположенности к ним. Актуальность и увеличение численности невротических и соматоформных расстройств (т.е. расстройств, связанных с эмоциональным стрессом) обусловливают необходимость знаний вопросов диагностики и лечения данных заболеваний врачами-психиатрами.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с эмоциональным стрессом в психиатрии.

УК-1, ПК-5.

**- учебная:**

Знать: основы диагностики и систематики расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больных с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение факторов риска в возникновении психических расстройств |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Внутриличностный конфликт как фактор развития психического расстройства».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Социальные факторы играют важную роль в возникновении каждой болезни, так как причины болезней оказывают влияние на организм человека в условиях труда и быта, т. е. опосредованы социальными факторами. Условия, оказывающие влияние одновременно с причиной, вызывающей болезнь, могут быть благоприятными и неблагоприятными. Это относится и к социальным факторам.

Общепринятой теории, объясняющей механизмы влияния психосоциальных факторов на возникновение и проявления психических заболеваний, не существует, но это находит от­ражение в ряде различных подходов и концепций.

***Бихевиористский (поведенческий) подход*** предполагает, что формирование поведения человека обусловленонаучением, т.е. усвоением того стереотипа поведения, который поощряется об­ществом, и подавлением стереотипов, порицаемых социумом. Теоретической базой такого подхода является учение об услов­ных рефлексах И.П. Павлова. Подобный взгляд вполне уместен при объяснении возникновения аномальных черт характера человека, воспитывавшегося в необычных условиях (тюрьма, монастырь). Возможно, влиянием научения можно объяснить стремление некоторых душевнобольных находиться в стациона­ре и, напротив, смягчение проявлений шизофрении у лиц, проживающих постоянно среди здоровых (на этом принципе основан метод патронаж1). Однако теория положительного и отрицательного подкрепления не может объяснить, почему сформировавшиеся в детстве и юности черты характера оста­ются относительно стойкими и не подвергаются коренному преобразованию у взрослого человека даже при длительном неблагоприятном воздействии микросоциума. Бихевиористский подход более эффективен в так называемой поведенческой те­рапии.

***Социобиологическое направление*** исходит из общности про­исхождения человека и животных. Это позволяет использовать животных в качества модели для изучения общих механизмов работы нервной системы. В рамках этого подхода были откры­ты новые механизмы формирования поведения. Так, австрий­ский ученый К. Лоренц обнаружил явлениеимпринтинга, прочного запечатления опыта первых дней жизнивповедении животных. Хотя нет свидетельств ведущей роли импринтинга в формировании личности человека, показано, что некоторые особенности индивидуума, например артикуля­ция (акцент), закладываются в очень раннем детстве. В рам­ках социобиологического подхода было обнаружено, что у высших приматов наблюдаются не только сходные с челове­ком способы выражения эмоций (улыбка, поцелуи, нахмуривание бровей), но и общественные формы поведения. В ра­ботах Э. Уилсона и В.П. Эфроимсона показано, что не только «низшие» с точки зрения морали поведенческие акты (агрессия, конкуренция, стремление к доминированию), но и «высшие» стремления человека (альтруизм, сотрудниче­ство, самопожертвование) являются отобранными эволюцией и генетически закрепленными приспособительными формами поведения.

Согласно ***психодинамической концепции*** основные способы социального общения человека складываются в раннем детстве, еще до периода полового созревания. Препятствия в удовлет­ворении важнейших потребностей малолетнего ребенка могут вызывать фиксацию на ранних стадиях развития и у взрослого человека приводить к нарушениям адаптации. При этом пси­ходинамическая концепция уделяет особое внимание неосозна­ваемым процессам в психике человека.

Психодинамическая концепция включает в себяпсихоанали­тическуютеорию З. Фрейда, работы его учеников А. Адлера, К. Г. Юнга и др. С точки зрения Фрейда, взаимодействие человека с окружающей сре­дой в том или ином направлении определяется сформирован­ным в детстве скрытым конфликтом между силами подсозна­ния и внешней реальностью. При этом движущими силами психики являются сексуальная энергия (либидо), а также стрем­ление к агрессии и самоуничтожению.

В ранних работах Фрейд описывал 3 области психики:

1) *бессознательную,* содержащую подавленные, т.е. недоступ­ные сознанию, идеи и чувства, которые связаны с особым типом мышления. Этот тип он называет лишенным логики и чувства времени первичным процессом;

2) *подсознатель­ную,* формирующуюся в процессе развития ребенка и обеспе­чивающую приспособление к реальности на основе логики;

3) *сознательную,* осуществляющую целенаправленную деятель­ность человека на базе информации, получаемой от подсозна­ния; бессознательная информация недоступна сознанию и мо­жет быть получена им только посредством подсознания.

Позднее З. Фрейд выделил также 3 психические подструктуры:

* ИД, или «Оно», — комплекс биологических влечений и потребностей, в большинстве своем неосознаваемых, требующих удовлетворения (принцип удовольствия);
* Сверх-Я, или **«**Супер-эго»,отражающее понятия морали и нравственности, формирующееся под влиянием соци­альной среды и ее запретов, оценивающее каждый по­ступок человека с точки зрения «добра» и «зла»;
* Я, или «Эго», регулирующее взаимоотношения Оно и Сверх-Я, исходя из принципа реальности.

Важное значение для теории и практики психиатрии имеет учение озащитных механизмах. Оно исходит из того, что поведение человека опреде­ляется необходимостью реализовать его доминирующие потреб­ности в приемлемой для общества форме. При невозможнос­ти этого возникает тягостное состояние, называемоефрустра­цией, для уменьшения которого человек бессознательно осуще­ствляет некие психологические действия, снижающие дезорга­низующее влияние стресса. Эти действия, совершающиеся неосознанно, и называют защитными механизмами, или ме­ханизмами психологической защиты. Некоторые из них наблюдаются уже в раннем детстве, другие возникают в процессе формирования психики взрослого человека. Иногда защитные механизмы применяются без учета реальной ситуа­ции («на всякий случай») — тогда они мешают человеку осоз­нать его важнейшие потребности, приводят к отказу от дея­тельности и могут вызвать формирование патологического ха­рактера (психопатия) или временного психического расстрой­ства (невроз). Особенно опасно неоправданно частое и стерео­типное применение древних, менее развитых защитных механизмов.

***Когнитивный подход*** рассматривает человека как уникальное существо, наделенное в отличие от животных способностью не только наблюдать, но и понимать окружающий мир. Умение человека выделять существенное (форму, гештальт) из окру­жающих объектов рассматривается как одна из основ гештальт-психологии.Изучению логических процессов и этапов форми­рования мышления были посвящены работы выдающихся пси­хологов В. Келлера и Ж. Пиаже. Осо­бое развитие когнитивная психология получила в эпоху при­менения компьютерной техники. Информационные теории (теория игр, понятие обратной связи) дали новый толчок к изучению мышления человека и созданию искусственного ин­теллекта. Представители когнитивного направления связывают появление психических расстройств с ошибками в осмыслении ситуации, основанными на заложенных в человеке глубинных потребностях (потребность рассчитывать на поддержку других, потребность быть любимым, проявлять свою компетентность). По мнению А. Эллиса, причиной большинства неадек­ватных поступков человека являютсяиррациональные представ­ления («главное — заставить всех, с кем приходится сталкивать­ся, полюбить себя», «важно всегда проявлять компетентность, вести себя, сообразуясь с обстоятельствами, и доводить до успешного конца любое начинание», «жизнь представляется катастрофой, если события представляются не так, как того хотелось бы», «людей, желающих нам зла, следует всегда по­рицать и наказывать», «против суровой жизненной реальности всегда можно найти эффективное средство»), В клинической психиатрии можно уловить подобные представления при лич­ностной патологии — типах личности с преобладанием рацио­нального мышления над эмоциями (психастеники, паранои­ки). На принципах когнитивного подхода основан метод ког­нитивной психотерапии.

С точки зрения ***социокультурального подхода*** психические заболевания представляют собой не более чем «миф»; «ярлык», приклеиваемый обществом к человеку, который отличается от многих других людей своими мыслями и поведением, что по­буждает его вести себя, как подобает «больному». Если такой подход в какой-то мере правомерен для культур, в которых аномальные психические процессы поощряются и специально культивируются, то в развитых обществах он неприемлем, ибо противоречит медицинской сущности психиатрии. Социокультуральная концепция теоретически тесно смыкается с филосо­фией экзистенциализма, а в психиатрической практике она привела к появлению такого движения, как антипсихиатрия, оказавшего крайне неблагоприятное влияние на развитие пси­хиатрической помощи и положение больных в некоторых стра­нах.

***Климатические и географические факторы***

Большинство психических заболеваний не обнаруживает тесной связи с этими факторами. Так, шизофрения примерно с оди­наковой частотой встречается в странах с холодным и жарким климатом. Вместе с тем метеорологические условия могут вли­ять на самочувствие и частоту обострений у больных с сосуди­стыми заболеваниями и с перенесенной в прошлом черепно-мозговой травмой. У больных эпилепсией пребывание в жар­кой атмосфере может спровоцировать возникновение припад­ков. Для ряда эндогенных психозов (особенно для БАР и рекуррентной шизофрении) характерны сезонные обострения в осенне-весенний период, не имеющие четкой связи с ме­теоусловиями. В отдельных работах сообщается также о влия­нии солнечной активности на вероятность рождения детей, которые в последующем заболеют шизофренией. Считается, что рожденные в «темные» месяцы года (зимой — в северном полушарии, летом — в южном) имеют несколько большую вероятность возникновения этого заболевания.

Медицинская климатология – это наука, изучающая особенности климата и погоды с точки зрения их влияния на организм человека.

В настоящее время в медицинской практике используют деление климата на щадящий и раздражающий. Именно раздражающий климат оказывает большое влияние на развитие сезонных заболеваний.

Для раздражающего климата характерны значительные суточные и сезонные колебания метеорологических факторов, вследствие чего к адаптационным механизмам организма предъявляются повышенные требования. Примерами раздражающего климата являются холодный климат Севера, высокогорный климат и жаркий климат пустынь и степей.

Холодный климат Севера отличается низкими температурами воздуха, высокой относительной влажностью, вечной мерзлотой, полярными ночами с отсутствием солнечной радиации, сильными ветрами и т. д.

Особенности этого климата способствуют возникновению у человека напряжения терморегуляции и гемодинамики, усилению основного обмена, гиперсекреции желудка, изменениям в нервной системе в виде усиления процессов торможения, понижения условно-рефлекторной деятельности, снижении работоспособности, расстройств сна (во время полярного дня).

Низкие же температуры воздуха в сочетании с его высокой влажностью приводят к возникновению простудных заболеваний, ревматизма, заболеваний периферической нервной системы в виде радикулитов, невритов, миалгий, миозитов и т. д.

Жаркий климат пустынь и степей отличается жарким летом, резким размахом суточных температур, сухостью воздуха, избытком солнечного излучения.

В этих условиях могут наблюдаться явления перегрева организма в виде теплового и солнечного ударов, нарушение водно-солевого обмена, снижение величины основного обмена, расстройства гемодинамики (расширение капилляров, снижение уровней АД, тахикардия), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (понижение аппетита, жажд1), росту возникновения кишечных инфекций (дизентерии, брюшного тифа, паратифов, холеры и т. д.), пищевых отравлений бактериальной природы в связи с быстрой порчей продуктов питания, а также массовым размножением насекомых – переносчиков инфекций и инвазий. Кроме того, отмечается снижение работоспособности, растет риск развития раковых поражений кожи из-за избытка ультрафиолетового облучения (особенно при слабо пигментированном типе кожи), уролитиаза вследствие нарушений минерального обмена при потреблении больших количеств высокоминерализованной питьевой воды, катаракты из-за избытка инфракрасных лучей.

***Социальные и культуральные факторы в развитии патологии***

В рамках социального подхода утверждается, что в развитии болезней наибольшую роль играет характер взаимоотношений индивида с микро- и макросоциальным окружением, а также культурные нормы и ценности.

К микросоциалъным влияниям на здоровье можно отнести:

* раннюю депривацию вследствие неправильного поведения родителей, их потери и последующей институционализации. Негативную роль могут сыграть как отсутствие любви и заботы, так и недостаток перцептивной стимуляции, жестокое обращение, депривация физиологических потребностей;
* психическую травму детского возраста;
* особый стиль воспитания, что может быть связано с патологическими особенностями родителей (например, дети, чьи матери страдали депрессией, имеют повышенный риск развития этого расстройств1), либо с их неопытностью;
* семейные разногласия и развод;
* проблемы со сверстниками;
* недостаток социальной поддержки.

К макросоциальным факторам в развитии психической патологии относят:

• низкий социально-экономический статус;

• дискриминацию и предубеждение;

• безработицу;

• особые социальные роли, которые предписано исполнять индивиду (обычно речь идет не столько о провоцирующем влиянии одной роли, сколько о противоречии между ними);

• резкие социальные перемены, вызывающие отсутствие уверенности в завтрашнем дне.

Культурные различия влияют на особенности переживания и проявления отдельных психических расстройств. Так, переживание депрессии жителями Китая связано с преобладанием соматических жалоб над психиатрическими. Идея вины более характерна для жителей Запада и т.п. Кроме того, существуют отдельные культурно-специфические синдромы заболеваний, такие как амок в Малайзии или виндиго среди индейцев Северной Америки. Необходимо обратить внимание и на то, что представления о нормальном и патологическом поведении также различаются в зависимости от культуры.

В целом можно заметить, что данный подход рассматривает реакцию стресса в качестве опосредующего звена в развитии заболеваний, концентрируясь при этом на рассмотрении социальных факторов уязвимости.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Перечислите факторы риска возникновения психических расстройств.

2) Дайте характеристику психодинамической концепции возникновения психических расстройств.

3). Что относят к микросоциальному влиянию на психическое здоровье?

4). Что относят к макросоциальному влиянию на психическое здоровье?

5).Дайте характеристику климатическому и географическому влиянию на психическое здоровье.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ГРУППА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ В СИТУАЦИИ ТЯЖЕЛОГО ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ МЯГКОЙ СИМПТОМАТИКОЙИ НАРУШЕНИЯМИ В СОМАТО-ВЕГЕТАТИВНОЙ СФЕРЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) психогении

2) неврозы

3) психозы

4) акцентуация характера

5) развитие личности

2. К МИКРОСОЦИАЛЬНОМУ ВЛИЯНИЮ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОСИТСЯ

1) психическая травма детского возраста

2) безработица

3) низкий социально-экономический статус

4) дискриминация и предубеждение

5) резкие социальные перемены

3. К МИКРОСОЦИАЛЬНОМУ ВЛИЯНИЮ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОСИТСЯ

1) проблемы со сверстниками

2) безработица

3) низкий социально-экономический статус

4) дискриминация и предубеждение

5) резкие социальные перемены

4. К МИКРОСОЦИАЛЬНОМУ ВЛИЯНИЮ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОСИТСЯ

1) недостаток социальной поддержки

2) безработица

3) низкий социально-экономический статус

4) дискриминация и предубеждение

5) резкие социальные перемены

5. К МИКРОСОЦИАЛЬНОМУ ВЛИЯНИЮ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОСИТСЯ

1) семейные разногласия и развод

2) безработица

3) низкий социально-экономический статус

4) дискриминация и предубеждение

5) резкие социальные перемены

6. К МАКРОСОЦИАЛЬНОМУ ВЛИЯНИЮ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОСИТСЯ

1) психическая травма детского возраста

2) безработица

3) ранняя депривация вследствие неправильного поведения родителей

4) проблемы со сверстниками

5) развод родителей

7. К МАКРОСОЦИАЛЬНОМУ ВЛИЯНИЮ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОСИТСЯ

1) психическая травма детского возраста

2) резкие социальные пермены

3) ранняя депривация вследствие неправильного поведения родителей

4) проблемы со сверстниками

5) развод родителей

8. К МАКРОСОЦИАЛЬНОМУ ВЛИЯНИЮ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОСИТСЯ

1) психическая травма детского возраста

2) отсутствие уверенности в завтрашнем дне

3) ранняя депривация вследствие неправильного поведения родителей

4) проблемы со сверстниками

5) развод родителей

9. СОЦИОБИОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОБЬЯСНЯЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПОЗИЦИИ

1) общности происхождения человека и животных

2) уникальной способности человека понимать окружающий мир

3) усвоения стереотипа поведения, поощряемого обществом

4) наличия скрытого конфликта между силами подсознания и внешней реальностью

5) «ярлыка», приклеиваемого человеку обществом

10. СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОБЬЯСНЯЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПОЗИЦИИ

1) общности происхождения человека и животных

2) уникальной способности человека понимать окружающий мир

3) усвоения стереотипа поведения, поощряемого обществом

4) наличия скрытого конфликта между силами подсознания и внешней реальностью

5) «ярлыка», приклеиваемого человеку обществом

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

**Задача№1**

Больной В., 22 года, солдат. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесённым гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что болен туберкулёзом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди всё пусто, всё сгнило. Отказывается от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мёртвый», все внутренности склеились. Заявляет, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. В стационаре бездеятелен, одинок и тревожен. Настроение подавленное.

1. Назовите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Назовите уровень расстройств.

4. Каковы лечебные рекомендации.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, тревожность, нигилистические бредовые идеи.
2. Синдром Котара.
3. Психотический.
4. Психофармакотерапия.
5. Относительно благоприятный.

**Задача №2**

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущение во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвётся. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного никаких патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьёзное заболевание.

1. Назовите психопатологические симптомы.

1. Определите синдром.
2. Назовите уровень расстройств.
3. Каковы лечебные рекомендации.
4. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, инсомния, сенестопатии, тревожность.

1. Ипохондрический.
2. Психотический.
3. Психофармакотерапия, психотерапия.
4. Относительно благоприятный.

**Задача №3**

Пациентка Д., 25 лет, выпускница института, при поступлении в больницу предъявляла многочисленные жалобы: на плохой сон, раздражительность, плаксивость, отсутствие аппетита, неустойчивое настроение, головные боли, чувство онемения кистей. Соматический статус без отклонений от нормы. Из истории развития заболевания: указанные при поступлении симптомы появились и сохраняются в течение последнего года. В этот период у пациентки сложилась трудная жизненная ситуация: неудачное замужество, последующий развод и необходимость размена жилплощади, а также и необходимость отъезда по распределению (чего она очень не хотела делать из-за неуверенности в своих силах). Во время пребывания пациентки в клинике она предъявляла необоснованные претензии к медицинскому персоналу, требовала к себе особого внимания. Во время и после приема пищи часто возникала рвота, особенно в присутствии персонала клиники. При проведении физиотерапевтических процедур трижды теряла сознание, что сопровождалось преходящим парезом кистей рук.

1. Назовите психопатологические симптомы.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Назовите уровень расстройств.
3. Каковы лечебные рекомендации.
4. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, инсомния, парастезии, тревожность.

2. Истерический невроз.

3. Невротический.

4. Проведение психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №4**

Пациент Г., 35 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, положения в обществе. Учеба давалась ему с большим трудом. Однако, желая удовлетворить амбиции родителей и свои, Г. стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это большие усилия. После школы по желанию родителей он поступил в институт, занятия в котором требовали еще больших усилий. Г. много занимался, нередко в ночное время. По окончании института поступил работать на завод сменным мастером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Став начальником цеха, столкнулся с большими трудностями. Руководимый им цех перестал выполнять производственные задания, что вызывало нарекания и критику со стороны администрации и коллектива цеха. Именно в этот период у него появились головные боли, болезненные ощущения в области сердца, бессонница, раздражительности, повышенная утомляемость, снизилась работоспособность. При осмотре: АД 170/90 мм рт. ст., пульс 90 мин. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено.

1. Назовите психопатологические симптомы.

2. Квалифицируйте состояние.

3. Назовите уровень расстройств.

4. Каковы лечебные рекомендации.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, инсомния, раздражительность.

2. Неврастения.

3. Невротический.

4. Проведение психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиа полётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

1. Назовите психопатологические симптомы.

2. Квалифицируйте состояние.

3. Назовите уровень расстройств.

4. Каковы лечебные рекомендации.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Фобия, тревога, инсомния, панические атаки.

2.Обсессивно-фобический невроз.

3. Невротический.

4. Проведение психотерапии.

5. Благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления расстройств, связанных с различными факторами возникновения.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между психическими расстройствами .

3). Уметь правильно обследовать больного с психическими расстройствами и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Гештальт-терапия.

2) История психических заболеваний.

3) Этнокультуральные особенности психических расстройств.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.10. **Тема:** «Нейронауки в психиатрии».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: В последние годы во многих странах мира отмечается большой интерес к изучению мозга. Причина столь повышенного интереса к нейронаукам объясняется прежде всего в огромном теоретическом и практическом значении этой проблемы для понимания природы человека и его здоровья. Другим важным обстоятельством явился тот факт, что крупные теоретические разработки мультидисциплинарных исследований мозга привели к созданию принципиально новых подходов и технологий. Последние поставили нейронауки на качественно новый уровень развития, создав в ряде областей прорыв наших знаний о структуре и функциях мозга. Одними из таких научных областей являются биотехнология и основанная на ней молекулярная генетика мозга. Поиск генов, контролирующих и регулирующих развитие и метаболизм мозга (нейрогено3), оказался в настоящее время магистральным направлением современной нейрогенетики.

Обогащаясь новыми теоретическими концепциями и принципиально новыми технологиями, нейронауки в свою очередь начинают оказывать все большее влияние на развитие других областей биомедицинской науки и здравоохранения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам нейрофизиологии, молекулярно-биологических основ психических заболеваний.

УК-1, ПК-1.

**- учебная:**

Знать: знать структурно-функциональные основы деятельности мозга.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с психическими расстройствами.

Владеть: владеть методами обследования больных с психическими расстройствами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарт1).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения структурно-функциональных основ деятельности мозга |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными направлениями в генетике, имунной системы в изучении психических расстройств  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Молекулярно-генетические основы шизофрении».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Психические процессы человека являются сложными функциональными образованиями и не локализованы в определенных участках мозга, а осуществляются при участии сложных комплексов совместно работающих мозговых структур, необходимо выяснить, из каких функциональных единиц состоит мозг человека и какую роль играет каждая из них в осуществлении сложных форм психической деятельности. А.Р. Лурия выделял три основных функциональных блока (основных аппарат1) мозга, участие которых необходимо для осуществления любой психической деятельности.

I. Блок регуляции тонуса и бодрствования. Полноценная деятельность предполагает активное состояние человека. Лишь в условиях оптимального бодрствования человек может успешно принимать и перерабатывать информацию, планировать свое поведение, осуществлять намеченные программы действий и т.д.

Мозговые структуры, обеспечивающие тонус коры больших полушарий, находятся не в самой коре, а располагаются в стволовых и подкорковых отделах мозга. Это ретикулярная формация, которая и поддерживает активное состояние нервного аппарата. Одни из волокон ретикулярной формации направляются вверх, оканчиваясь в коре. Это восходящая ретикулярная система, играющая решающую роль в активизации коры и в ее регуляции. Другие волокна идут в обратном направлении -это нисходящая ретикулярная система. Она ставит нижележащие образования под контроль тех программ, которые образуются в коре и выполнение которых нуждается в регуляции состояний бодрствования. Оба эти раздела ретикулярной формации составляют единую систему, обеспечивающую изменение тонуса коры, и в то же время сама формация находится под влиянием коры головного мозга. Первый функциональный мозговой блок, регулируя тонус коры и состояние бодрствования, обеспечивает решение различных задач. Этот блок вызывает реакцию пробуждения, повышает возбудимость, обостряет чувствительность и оказывает тем самым общее активизирующее влияние на кору головного мозга.

II. Блок приема, переработки и хранения информации. Этот блок расположен в задних отделах коры головного мозга, включая в свой состав структуры зрительной (затылочной), слуховой (височной) и общечувствительной (теменной) области. По своим функциональным особенностям структуры блока приспособлены к приему раздражителей, доходящих до головного мозга от периферических рецепторов, к дроблению их на огромное число составляющих элементов и к новым их комбинациям. Второй блок мозга имеет иерархическое строение и состоит из надстроенных друг над другом корковых зон трех типов: первичных (или проекционных), куда поступают импульсы с периферии, вторичных (или проекционно-ассоциативных), где происходит переработка получаемой информации, третичных (или «зон перекрытия»), обеспечивающих наиболее сложные формы психической деятельности, требующие совместного участия различных зон мозговой коры. Особая функция принадлежит третичным зонам, работа которых необходима не только для успешного синтеза доходящей до человека сенсорной информации, но и для построения сложных синтезов на уровне символических процессов - для операций со значениями слов, сложными грамматическими и логическими структурами, системами счисления и др. В силу этого третичные зоны являются структурами, обеспечивающими превращение образов восприятия в материал для отвлеченного мышления, сохранение в памяти структур организованного опыта, иначе говоря - не только для получения и первичной переработки, но и для хранения по особым законам организованной информации. Именно по этой причине весь этот функциональный блок назван блоком получения, переработки и хранения информации.

III. Блок программирования, регуляции и контроля деятельности. Человек является активным субъектом своей жизнедеятельности. Он ставит цели, формирует планы и программы своих действий, следит за их выполнением, регулирует свое поведение, приводя его в соответствие с планами и программами; он контролирует свою сознательную деятельность, сличая эффект действий с исходными намерениями и корригируя допущенные ошибки. Осуществлению этих задач способствует третий блок головного мозга. Его структуры расположены в передних отделах больших полушарий. Наиболее существенной частью третьего функционального блока мозга являются лобные доли. Именно эти разделы мозга играют решающую роль в формировании намерений и программ, в регуляции и контроле наиболее сложных форм поведения человека. Особенностью данной области мозга является ее богатейшая система связей с нижележащими отделами мозга, с ретикулярной формацией и со всеми остальными отделами коры. Лобные доли мозга обладают особенно мощными пучками восходящих и нисходящих связей с ретикулярной формацией. Они получают импульсы от систем первого функционального блока, «заряжаясь» от него соответствующим энергетическим тонусом. Вместе с тем лобные доли оказывают регулирующее влияние на саму ретикулярную формацию, приводя активирующие импульсы в соответствие с динамическими схемами поведения, формируемыми в лобных долях. Разрушение лобных долей приводит к глубокому нарушению сложных программ поведения: к невозможности их построения, реализации, контроля и коррекции. Лобные доли человека развиты неизмеримо больше, чем лобные доли высших обезьян. У человека процессы программирования, регуляции и контроля поведения в несравненно большей степени зависят от лобных отделов мозга.

Основная отличительная черта регуляции человеческого поведения заключается в том, что она совершается при участии речи. Высшие психические процессы человека формируются на речевой основе. Именно в силу этого естественно искать программирующее, регулирующее и контролирующее действие человеческого мозга прежде всего в тех формах сознательной деятельности, управление которыми совершается при участии речи. Совместная работа всех трех функциональных блоков мозга составляет необходимое условие осуществления любой психологической функции человека.

Нейрофизиология:

Выделение особого — нейрофизиологического уровня системы структурно-функциональных основ обеспечения психической деятельности имеет, естественно, условный характер, поскольку к нейрофизиологическому уровню следовало бы отнести и мембраны нервных клеток, и внутриклеточные и синаптические ионные процессы, лежащие в основе потенциалов покоя, действия и постсинаптических потенциалов, а также и нейроглиальные отношения. Кроме того, нейрофизиологический уровень не может рассматриваться без учета макро-, микро- и ультраструктур мозга, соответствующих нейроанатомических и нейрохимических проекций, не говоря уже о физиологических процессах, лежащих в основе поведенческих реакций в связи с воздействиями на соответствующие мозговые структуры и проводящие пути. Это обусловливает необходимость ограничиться описанием тех особенностей интегративной деятельности мозга, которые наиболее близки к уровню психической патологии, прежде всего процессов возбуждения и торможения в нервных сетях головного мозга, состояние которых дает возможность оценить ряд современных нейрофизиологических методов, применимых в условиях психиатрической клиники.

Основные сведения, которые могут иметь отношение к психиатрической феноменологии и патогенезу психических болезней, были получены в последние годы благодаря широкому внедрению современных компьютеризированных методов нейрофизиологии.

Психиатры-клиницисты нередко обращаются к нейрофизиологическим исследованиям с целью уточнения диагноза болезни, исключения того или иного мозгового процесса или установления его локализации. При этом врач должен владеть определенными знаниями для понимания получаемых результатов, иметь возможность оценить их биологический смысл и клиническое значение.

Молекулярно-биологические основы психических заболеваний

Изучение биологических основ психических болезней проводится на основе общепринятых представлений относительно фундаментальных процессов, определяющих деятельность мозга. Это процессы, которые обеспечивают сбор, обработку и сохранение информации о состоянии организма человека и окружающей среды и выработку на этой основе команд, необходимых для реализации оптимальной для индивида формы поведения. Их важной составной частью является передача информации между нервными клетками. Межнейрональная передача информации осуществляется в определенных структурных элементах нейронов, а именно в их синапсах.

Причины заболевания эндогенными психозами, как и факторы, запускающие болезненный процесс и определяющие характер его течения, остаются малоизвестными. Однако нет сомнений в том, что при этих заболеваниях наблюдаются разнообразные нарушения процессов синаптической передачи. Полагают также, что психотропные препараты, используемые в терапии эндогенных психозов, улучшают состояние больных благодаря их способности нормализовывать синаптическую передачу или изменять ее в направлении компенсации процессов, определяющих клиническую картину заболевания.

Для осуществления синаптической передачи необходимо, чтобы нейрон синтезировал в достаточном количестве все участвующие в этом процессе соединения, т.е. соответствующие нейротрансмиттеры, или медиаторы и модуляторы, а также иные активные соединения. Медиаторы — это низкомолекулярные соединения, которые синтезируются в пресинаптических окончаниях нейрона, в то время как модуляторы (пептиды) доставляются туда посредством быстрого аксонального транспорта. Относительное содержание медиатора в нейроне не характеризует уровень его функциональной активности: он может накапливаться в нейроне благодаря снижению интенсивности синаптической передачи.

В результате деполяризации синаптической мембраны под действием пришедшего по аксону нервного импульса открываются потенциалзависимые натриевые (Na+), а затем и кальциевые (Са2+) каналы, через которые внутрь клетки проникают ионы кальция. Одновременно происходит высвобождение Са2+из внутриклеточных депо. Тысячекратное увеличение концентрации Са2+в пресинапсе запускает многоступенчатый процесс, завершающийся экзоцитозом — высвобождением содержимого синаптических пузырьков, содержащих медиаторы, модуляторы, АТФ, Са2+и др. в синаптическую щель. Молекулы этих соединений, диффундируя через синаптическую щель, связываются (обратимо и на короткий промежуток времени) с рецепторами пост- и пресинаптической мембраны. Их избыток быстро удаляется из синаптической щели посредством диффузии, ферментативного расщепления и обратного захвата пресинаптическим нейроном.

Обратный захват медиаторов осуществляется с помощью особых белков, получивших название транспортеров (следует заметить, что модуляторы не подвергаются обратному захвату). Белки-транспортеры дофамина, норадреналина, серотонина, ГАМК, глицина и ряда аминокислот являются членами одного семейства (Na+/С1-зависимого) и имеют между собой структурное сходство. Каждый из них кодируется единичным геном и представляет собой единичную белковую молекулу, многократно «прошивающую» клеточную мембрану. Процесс обратного захвата медиатора — чрезвычайно важное звено синаптической передачи. Это видно на примере действия антидепрессантов, которые способны блокировать этот процесс. Часть вышедших в синаптическую щель молекул медиатора и модулятора, связавшаяся с пресинаптическими рецепторами (ауторецепторами), изменяет функциональное состояние пресинаптического нейрона, например, понижая его активность.

Рецепторы пре- и постсинаптической мембраны подразделяются на 2 типа: связанные с ионными каналами (каналообразующие) и не связанные с ними.

Каналообразующие рецепторы опосредуют быстрые (несколько миллисекун5) постсинаптические эффекты. К ним относятся никотиновые ацетилхолиновые рецепторы (нАХР), два каналообразующих рецептора к глутамату, рецепторы к ГАМК и глицину. Первые две разновидности рецепторов, связавшись с соответствующими медиаторами, изменяют свою конформацию, образуя ионные каналы для катионов, что приводит к деполяризации постсинаптического нейрона (его активации), в то время как ГАМК- и глициновые рецепторы образуют каналы для ионов хлора, которые, проникая внутрь клетки, гиперполяризуют ее (тормозят ее активность).

Рецепторы второго типа образованы единичной белковой цепью, также неоднократно пронизывающей плазматическую мембрану. Наибольший интерес представляют рецепторы, сопряженные с G-белком. Образование комплекса «медиатор-рецептор» изменяет конформацию рецептора, который приобретает способность связываться своей находящейся внутри пре- или постсинапса «частью» с одним из представителей семейства G-белков и активировать его. Следует иметь в виду, что за время своего существования медиатор-рецепторный комплекс успевает взаимодействовать с несколькими G-белками. К числу рецепторов, сопряженных с G-белком, относятся рецепторы к эндогенным опиатам, дофамину, серотонину и норадреналину.

На протяжении многих лет внимание исследователей, ориентированных на выявление возможных нарушений синаптической системы при эндогенных психозах, было сконцентрировано на изучении моноаминовых систем мозга — дофаминергической, норадренергической и серотонинергической и, в меньшей степени, систем ГАМКергической, холинергической и глутаматергической.

Внимание к первым трем системам оправдано рядом наблюдений: сходством структуры дофамина и некоторых природных галлюциногенов (мескалин, псилоцибин); сходством строения серотонина и диэтиламида лизергиновой кислоты, т.е. соединений, которые к тому же обладают очень высоким сродством к одному из серотониновых рецепторов, способностью амфетамина (агониста дофамин1) вызывать при хроническом введении шизофреноподобные психозы, психотомиметической активностью ряда производных норадреналина, способностью резерпина вызывать депрессии (резерпин ингибирует работу «насоса», закачивающего катехоламины в синаптические пузырьки, вследствие чего они подвергаются распаду посредством фермента МАО). Однако наиболее существенным явилось установление того факта, что терапевтическая активность многих групп психотропных лечебных средств — нейролептиков, антидепрессантов и анксиолитиков находится в тесной связи с их способностью влиять на функции моноаминовых и ГАМКергической систем. Это влияние было бы неверно сводить к стимуляции или подавлению их активности. Действительно, ряд соединений, которые действуют на здоровый организм как психостимуляторы (амфетамин), неэффективны при депрессиях, в то время как эффективные антидепрессанты со стимулирующим действием не оказывают психостимулирующего влияния на здоровый организм.

Иммунология в психиатрии

Развитие иммунологического направления в биологических исследованиях психических заболеваний всегда было тесно связано с прогрессом в фундаментальной иммунологии. Оно отражало все этапы развития иммунологии — от первых концепций гуморального иммунитета до современных теорий клеточно-гуморальных взаимодействий при формировании иммунного ответа в организме человека.

Иммунологическая функция осуществляется специализированной системой клеток, тканей и органов, которая называется иммунной. Главными особенностями иммунной системы являются ее распространенность по всему организму, постоянная рециркуляция соответствующих иммунных клеток и их способность вырабатывать специфические молекулы — антитела в отношении каждого антигена. Функционирование иммунной системы обеспечивается ее морфологическим субстратом, основными компонентами которого являются центральные и периферические лимфоидные органы, кровеносные и лимфатические сосуды. Все перечисленные компоненты функционируют как единое целое и это единство обеспечивается внутрисистемными связями, генетической обусловленностью и механизмами нейроэндокринной регуляции.

Иммунную систему в морфологическом аспекте можно рассматривать как совокупность лимфоцитов, макрофагов, ряда сходных с макрофагами клеток, включая дендритные клетки и эпителиальные клетки Лангерганса (эпидермоциты белые отростчатые). Клеточные элементы иммунной системы организованы в тканевые и органные структуры, к которым относятся селезенка, лимфатические узлы, групповые лимфатические фолликулы (пейеровы бляшки) кишечника, миндалины, вилочковая железа (тимус) и костный мозг. К иммунной системе относятся также лимфоциты и макрофаги, которые составляют рециркулирующую популяцию иммунных клеточных элементов.

Лимфоциты представляют собой клетки, специализированные в отношении способности отвечать лишь на ограниченную группу структурно сходных антигенов, т.е. быть коммитированными в отношении этих антигенов. Эта коммитированность определяется наличием у лимфоцита соответствующих мембранных рецепторов, специфических для детерминант того или иного антигена. Предполагают, что каждый лимфоцит обладает популяцией рецепторов с одинаковыми антигенсвязывающими центрами, а отдельная группа, или клон, лимфоцитов будет отличаться от другого клона структурой антигенсвязывающего центра рецепторов, способных реагировать только на определенный набор антигенов. Способность же организма отвечать практически на любой антиген обеспечивается наличием большого числа различных групп лимфоцитов. Это означает, что лимфоциты человека составляют неоднородную популяцию клеток. Допускают, что число рецепторов лимфоцитов с различными антигенсвязывающими центрами в организме взрослого человека превышает 106.

Иммунная реакция может быть неспецифической (неспецифический иммунитет) и специфической (специфический иммунитет).

Неспецифический иммунитет обеспечивает первую линию зашиты от чужеродных частиц и организмов и осуществляется несколькими типами клеток. Например, фагоциты — моноциты крови и тканевые макрофаги — поглощают и разрушают многие чужеродные частицы. Полиморфно-ядерные лейкоциты вместе с тучными клетками участвуют в защите от микроорганизмов, являясь важнейшими компонентами реакции острого воспаления. Кроме того, еще один класс клеток, названный естественными киллерами (от *англ.,* kill — убивать), обеспечивает первую линию защиты организма, поражая инфицированные вирусами или неопластическим процессом клетки собственного организма. В формировании реакций неспецифического иммунитета важную роль играют так называемые белки острой фазы воспаления и система комплемента.

Специфический иммунитет отличается от неспецифического наличием специфичности, обучаемости и памяти. Как уже говорилось, отдельный лимфоцит имеет на своей поверхности только один тип рецептора (антигенсвязывающего центр1) и поэтому отвечает только на один или несколько родственных антигенных структур выработкой антител. Если однажды индивидуум встречался со специфическим антигеном, то соответствующие лимфоциты запоминают его структуру. Повторная встреча с этим же антигеном ведет к тому, что иммунная система вспоминает его и ответ на него бывает более быстрым и сильным. Феномены обучения и памяти осуществляются по законам так называемой клональной селекции. Лимфоцит, который распознает антиген, пролиферирует в клон идентичных клеток, каждая из которых несет на себе рецепторы той же специфичности, т.е. способна продуцировать соответствующие этой специфичности антитела. В последнем случае лимфоциты дифференцируются в антителопродуцирующие плазматические клетки, другие же лимфоциты остаются длительно живущими клетками памяти. Клетки памяти сохраняют готовность активироваться при каждой последующей встрече с идентичным антигеном, оставаясь неактивными («отдыхающими») клетками. В результате последующей активации происходит значительное увеличение числа лимфоцитов, способных распознать данный антиген за счет быстрой и широкой пролиферации лимфоцитов. Таким образом, вторичная иммунная реакция по сравнению с первичной всегда более быстрая и сильная (феномен обучения на уровне клеточных популяций).

Лимфоциты различаются между собой не только по специфичности своих рецепторов, но и по их функциональным свойствам. Согласно последним, различают два основных класса лимфоцитов: В-лимфоциты и Т-лимфоциты. В соответствии с этим различают Т- и В-системы иммунитета.

***В-лимфоциты*** происходят из клеток-предшественников костного мозга. Место их созревания у человека остается неизвестным. В-лимфоциты являются антителообразующими клетками.***Т-лимфоциты,*** или тимусзависимые лимфоциты, также происходят из клеток-предшественников костного мозга, но затем созревают и дифференцируются в вилочковой железе — тимусе. Т-лимфоциты подразделяются на ряд подклассов. Часть из них опосредуют важные регуляторные функции: «помогают» — хелперы (от *англ.,* help) или «подавляют» — *супрессоры* (от *англ.,* supress) развитие иммунного ответа, в том числе и образование антител. Т-лимфоциты выполняют также эффекторные функции, например вырабатывают растворимые вещества, запускающие разнообразные воспалительные реакции, или осуществляют прямое разрушение клеток, несущих на себе антигены (киллерная функция). В соответствии с этим различают следующие подклассы Т-лимфоцитов:*Т-хелперы, Т-супрессоры, Т-киллеры* и Т-клетки, участвующие в реакции замедленной гиперчувствительности и связанных с нею иммунологических явлениях.

На мембранах зрелой В-клетки имеются рецепторы для антигена. При связывании антигена с этими рецепторами клетка активируется. Для такой активации обычно нужно, чтобы В-клетка одновременно со связыванием антигена вступила во взаимодействие со специфической хелперной Т-клеткой или чтобы последняя синтезировала растворимые факторы роста и дифференцировки. В противном случае, когда связывание антигена не сопровождается поступлением сигналов от растворимых факторов роста или от хелперных Т-клеток, может произойти инактивация В-лимфоцита, т.е. может развиться состояние иммунологической толерантности.

Иммунологическая толерантность представляет собой явление, обратное иммунному ответу.

Аутоиммунными заболеваниями называют такие состояния, при которых в организме появляются антитела или сенсибилизированные лимфоциты против нормальных антигенов собственного организма.

В последние годы значительное развитие получило направление исследований, связанное с изучением взаимодействия и взаимообусловленности функционирования иммунной, нервной и эндокринной систем. До недавнего времени считалось, что основная роль в реализации взаимодействия между нейроэндокринной и иммунной системами принадлежит катехоламинам, ацетилхолину и глюкокортикоидным гормонам. В дальнейшем появилось достаточное количество экспериментальных данных о модулирующем влиянии на иммунный ответ таких пептидных гормонов, как АКТГ, соматотропин, аргинин-вазопрессин, окситоцин, тиреотропин, вещество P, вазоактивный интестинальный пептид и др. Доказано, что в иммунорегуляции принимают участие эндорфины и энкефалины.

Установлено, что функция иммунной системы регулируется такими мозговыми структурами, как гипоталамус, гипофиз, миндалина, вентральное поле покрышки и др., а также нейрохимическими системами мозга — дофаминергической, серотонинергической и др. На основе соответствующих данных возникло предположение о существовании иммунных расстройств, обусловленных нарушением нервной регуляции.

Ключевым звеном аппарата регуляции является гипоталамус. Он связан со всеми звеньями аппарата и дает начало сложному эфферентному пути передачи центральных нейрорегуляторных влияний на иммунокомпетентные клетки, которые обладают соответствующими рецепторами к нейротрансмиттерам, нейропептидам, а также к гормонам эндокринных желез.

Выявлены конкретные медиаторы, с помощью которых реализуется взаимосвязь между иммунокомпетентными и нервными клетками. Большое значение имело открытие в мозге эндогенных морфиноподобных соединений и рецепторов к ним. Речь идет о группе нейропептидов — опиоидных пептидов.

Были открыты иммуномодулирующие свойства нейропептидов, что позволило существенно дополнить представления о механизмах передачи сигналов от нервной системы к иммунной. На иммунокомпетентных клетках обнаружены рецепторы ко многим известным нейропептидам, что доказывает их участие в реализации эфферентного звена нейроиммунного взаимодействия.

Принципиально важными явились также работы по изучению нейротропной активности медиаторов иммунитета. Показано, что такие медиаторы, как интерлейкин 1 (ИЛ-1), интерлейкин 2 (ИЛ-2), интерферон (ИФ), тимозин, фактор некроза опухоли (ФНО) обладают способностью регулировать функции ЦНС.

Прижизненная визуализация мозговых структур.

Одной из характерных черт современной психиатрии является широкое использование различных методов, позволяющих получить прижизненное изображение структур и функциональных характеристик головного мозга и дать им количественную оценку. Совокупность этих методов обозначается термином «нейровизуализация».

В настоящее время могут быть визуализованными, т.е. сделаться доступными наблюдению, не только анатомия мозга и показатели мозгового кровотока, но и характеристики происходящих в определенных структурах метаболических и нейрохимических процессов. Все это создает невиданные ранее возможности для изучения мозга как в норме, так и при его патологии.

Внедрение методов нейровизуализации в клиническую практику подняло на совершенно иной уровень диагностику и изучение патогенеза и терапии болезней головного мозга, в том числе сопровождающихся психическими расстройствами. В связи с тем что эти методы являются либо вовсе неинвазивными, либо минимально инвазивными, они могут быть использованы практически у лиц любого возраста и при самом тяжелом соматическом и психическом состоянии и столько раз, сколько это необходимо для решения диагностических, лечебных вопросов, а также для прослеживания динамики болезненных процессов. Стала доступной прижизненная диагностика некоторых заболеваний, которые ранее диагностировались лишь при вскрытии (например, болезни Бинсвангер1) или с применением сложных и небезопасных методов обследования, таких как пневмоэнцефалография (например, нормотензивной гидроцефалии).

В научных исследованиях оказалось возможным накопление достаточно больших групп больных с верифицированным при жизни анатомическим диагнозом. Благодаря этому был быстро достигнут прогресс в изучении патогенеза и дифференциации ряда заболеваний, особенно органической природы. Методы нейровизуализации позволили выделить новый феномен структурных изменений головного мозга — *лейкоараиозис,* который стал одним из ключевых при изучении нормального и патологического старения, сопровождающегося упадком мнестико-интеллектуальной деятельности. Благодаря этим методам представилась возможность наблюдать непосредственно на человеческом мозге фармакокинетику и фармакодинамику психотропных средств и на этой основе разрабатывать критерии прогноза терапии различных психических заболеваний. Кроме того, методы нейровизуализации позволяют изучать различные аспекты деятельности нормального мозга, что является существенной предпосылкой для понимания его болезней.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-1.

1). Назовите три основных функциональных блока мозга.

2). Дайте характеристику I блока мозга.

3). Дайте характеристику II блока мозга.

4). Дайте характеристику III блока мозга.

5).Что такое иммунная система?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-1.

1. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА АНАЛИЗЕ

1) высказываний и поступков больного

2) данных лабораторного обследования

3) МРТ и других методов визуализации мозга

4) результатов неврологического состояния больного

5) сведений, полученных от родственников больного

2. ПРОВЕДЕНИЕ ЭЭГ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1) шизофрении

2) мании

3) депрессии

4) эпилепсии

5) алкоголизма

3. НА СНИЖЕНИЕ ПОРОГА СУДОРОЖНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ СИНДРОМАХ УКАЗЫВАЮТ

1) синхронизация ритма

2) десинхронизация ритма

3) эпилептиформные комплексы

4) ассиметрия ритма

5) уплощение ЭЭГ

4. СОСТОЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ СВЯЗАНО С

1) избытком ГАМК

2) дефицитом серотонина

3) дефицитом глутамата

4) избытком дофамина

5) избытком гистамина

5. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА СВЯЗАНО С

1) избытком серотонина

2) избытком гистамина

3) дефицитом ГАМК

4) дефицитом ацетилхолина

5) избытком глутамата

6. МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ

1) только в детском возрасте

2) практически у лиц любого возраста

3) только у молодых взрослых людей

4) в пожилом возрасте

5) при отсутствии тяжелой соматической патологии

7. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭПИЛЕПСИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

1) ЭЭГ

2) РЭГ

3) МЭГ

4) МРТ

5) МСКТ

8. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

1) ЭЭГ

2) РЭГ

3) МЭГ

4) МРТ

5) МСКТ

9. ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ АКТИВНОСТИ В ГЛУБОКИХ ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

1) ЭЭГ

2) РЭГ

3) МЭГ

4) МРТ

5) МСКТ

10. ОБНАРУЖИТЬ ОПУХОЛИ НА РАННЕЙ СТАДИИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОД

1) ЭЭГ

2) РЭГ

3) МЭГ

4) МРТ

5) МСКТ

**11.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-1.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления расстройств, связанных с различными факторами возникновения.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между психическими расстройствами .

3). Уметь правильно обследовать больного с психическими расстройствами, используя современные методы диагностики и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Перспективы использования генетических методов исследования в психи

атрии.

2. Нейровизуализация: возможности использования при шизофрении.

3. Влияние иммунной системы в возникновении психических расстройств.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.11. **Тема:** «Психиатрическое обследование».

**2.Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный.

**4.Значение темы**: Врач-психиатр должен уметь выявлять и оценивать не только основные психопатологические синдромы, оформлять медицинскую документацию, но и грамотно оценивать соматический и неврологический статус пациента, обоснованно применять необходимые методы исследований.

**Цели обучения:**

**- Общая цель**: УК-1, ПК-5.

**- Учебная цель:**

Знать: причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе психических заболеваний.

Уметь: собрать субъективный и объективный анамнез жизни и заболевания пациента, оценить отношение его к болезни и лечению.

Владеть: методиками клинического осмотра и обследования психически больных.

**5.Место проведения занятия:** учебная комната, палата в отделении.

**6.Оснащение занятия:** Тесты по теме занятия, схема «Основные и дополнительные методы обследования в психиатрии».

**7.Структура содержания темы** (хронокарт1).**:**

**Хронокарта занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем значения основных и дополнительных методов исследования в психиатрии |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными и дополнительными методами обследования в психиатрии.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Беседа с больным с последующим обсуждением.  - Отработка навыков клинической беседы, оценка результатов лабораторного, инструментального и экспериментально-психологического обследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, опрос по теме занятия. |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме. |
| Всего: | | 270 |  |

**8. Аннотация:**

**Методы выявления некоторых психопатологических синдромов**

Для изучения психического состояния применяется психопатологический метод исследования, который включает в себя

1. клиническое обследование (опрос больного);

2. наблюдение за больным в условиях палаты, на свидании с родственниками, во время лечебно-трудовых процессов.

Беседа с больным является одним из основных способов получения психиатром сведений о пациенте и его психических расстройствах. От правильного проведения беседы во многом зависит определение психического состояния больного, полнота и подлинность сведений, которые дает пациент о своей жизни и истории заболевания.

Контакт врача с пациентом налаживается только в том случае, если больной проникается доверием к врачу, а завоевать это доверие врач может лишь хорошим отношением к пациенту - больной должен чувствовать доброжелательность, желание помочь, сочувствие врача.

Врач должен стать для пациента человеком, которому он может говорить всё то, что не скажет другим, может доверить свои секреты, и это доверие нельзя предавать. Для больного имеет значение стремление врача облегчить его состояние. К сведениям, которые сообщает больной, нельзя выражать недоверия, их нужно выслушать внимательно. Наиболее приемлема нейтрально-сочувствующая позиция, т.е. следует спокойно и доброжелательно выслушать высказывания больного, отдельными вопросами уточняя подробности. Если определенные вопросы вызывают у больного отрицательное отношение, следует переменить тему собеседования, стараясь вызвать больного на разговор об относительно индифферентных вещах и тем самым постепенно восстановить контакт. Активно разубеждать больного в его болезненных (в том числе и бредовых) переживаниях нецелесообразно, т.к. в этом случае может быть нарушен контакт с ним.

I. **Исследование ориентировки**.

Необходимо уточнить ориентировку больного в месте (город, больниц1), во времени (год, время года, месяц, число, день недели), в окружающих лицах и обстановке, в собственной личности. Одним из методов исследования является определение ориентировки на основании последовательности изложения больным анамнестических данных, особенностей контакта с врачом и окружающими лицами, характера поведения в целом. При использовании этого метода задаются косвенные вопросы: где находился и чем занимался больной непосредственно перед поступлением в больницу, кем и каким транспортом доставлен в больницу и т.д. Если этот способ оказался неэффективным, если необходимо уточнить характер и глубину нарушения ориентировки - задаются прямые вопросы относительно ориентировки.

После выхода из состояния расстроенного сознания наиболее убедительным признаком является амнезия болезненного периода. В состоянии оглушения больные, как правило, бездеятельны, беспомощны и малоподвижны. На вопросы отвечают не сразу, односложно, не понимают окружающего. По своей инициативе ни с кем в контакт не вступают.

При *делириозном синдроме* больные тревожны, двигательно беспокойны, поведение их зависит от содержания иллюзий и галлюцинаций. При настойчивых вопросах можно получить адекватные ответы. При выходе из делириозного состояния характерна отрывочность воспоминаний о болезненных переживаниях.

*Аментивная спутанность* проявляется неспособностью осмыслить ситуацию в целом, непоследовательным поведением, хаотическими поступками, растерянностью, недоумением, бессвязным мышлением и речью. Характерна дезориентировка и в собственной личности. По выходе из аментивного состояния характерна полная амнезия болезненных переживаний.

Более сложно выявление *онейроидного синдрома*, т.к. в этом состоянии больные либо полностью неподвижны и безмолвны, либо находятся в состоянии зачарованности или в хаотическом возбуждении, и недоступны. В этих случаях необходимо внимательное изучение мимики и поведения больного (страх, ужас, удивление, восторг и т.д.). Уточнению характера переживаний может помочь растормаживание больного (внутривенное введение раствора амитал-натрия и подкожное - кофеин1).

При сумеречном состоянии сознания обычно отмечается напряженный аффект страха, злобы, гнева с агрессией и разрушительными действиями. Характерна относительная кратковременность течения (часы, дни), внезапное начало, быстрое завершение и глубокая амнезия.

**II. Выявление расстройств восприятия.**

При исследовании восприятия большое значение имеет тщательное наблюдение за поведением больного. О наличии зрительных галлюцинаций может свидетельствовать живая мимика больного, пронизанная страхом, удивлением, любопытством, внимательный взгляд больного в определенном направлении, где нет ничего, что могло бы привлечь его внимание. Больные внезапно закрывают глаза, прячутся или вступают в борьбу с галлюцинаторными образами. При наличии зрительных галлюцинаций необходимо выявить четкость форм, яркость окраски, объемный или плоский характер образов, их проекцию.

При слуховых галлюцинациях больные к чему-то прислушиваются, говорят в пространство отдельные слова и целые фразы, беседуя с «голосами». При наличии императивных галлюцинаций может быть неправильное поведение: больной делает нелепые движения, цинично бранится, упорно отказывается от еды, совершает суицидальные попытки и т.д. Мимика больного обычно соответствует содержанию голосов. Целесообразно уточнить, слышится голос только больному или всем остальным, является ли восприятие голоса естественным, или оно кем-то подстроено. При наличии «голосов» больной может затыкать уши ватой или закрыть руками.

Для больного с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями характерен отказ от еды. Испытывая неприятные запахи, больные все время принюхиваются, зажимают нос, стремятся открыть форточки. При наличии вкусовых обманов - часто полощут рот и сплёвывают. О наличии тактильных галлюцинаций иногда могут свидетельствовать расчёсы кожи.

Если больной склонен диссимулировать (скрывать) свои галлюцинации, о нарушении восприятия можно узнать из его писем и рисунков.

**III. Исследование мышления.**

При исследовании мышления необходимо стремиться дать больному возможность свободно говорить о своих болезненных переживаниях, не ограничивая его без надобности рамками поставленных вопросов, избегая применения прямых шаблонных вопросов, направленных на выявление часто встречающихся бредовых идей преследования, отношения, особого значения. Выбор вопросов производится с учетом индивидуальных особенностей больного, зависит от его состояния, образования, интеллектуального уровня и т.д.

Уход от вопроса, задержка ответа или молчание заставляют предполагать наличие скрываемых переживаний, «запретной темы». Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о наличии бреда или навязчивостей (ритуало3). Покрасневшие от частого мытья руки свидетельствуют о боязни заражения или загрязнения. При отказах от еды можно думать о бреде отравления, идеях самоуничижения (недостоин есть).

Для выявления бредовых переживаний целесообразно использовать письма и рисунки больных, в которых могут отражаться детализация, символика, опасения и бредовые тенденции.

Для характеристики речевой спутанности, бессвязности необходимо привести соответствующие образцы речи больного.

**IV. Исследование интеллектуально-мнестической сферы.**

Изучение состояния интеллектуально-мнестической сферы следует проводить уже после достижения определенного взаимопонимания с больным.

Исследование памяти включает этапы исследования памяти на отдаленное прошлое, близкое прошлое, изучение запоминания.

В процессе сбора анамнеза и в разговорах о событиях общественной жизни проверяется долговременная память. При более подробном исследовании долговременной памяти предлагается назвать год рождения, год окончания школы, год вступления в брак, даты рождения и имена своих детей или близких. Предлагается вспомнить хронологическую последовательность служебных перемещений, отдельные подробности биографии ближайших родственников, даты важнейших исторических и международных событий и праздников, профессиональные термины. Сравнение полноты воспоминаний о событиях недавних лет, месяцев и о событиях отдаленного времени (детский и юношеский возраст) помогает выявить прогрессирующую амнезию.

Особенности кратковременной памяти изучаются при пересказе книги, прочитанной на несколько часов раньше, перечислением событий текущего дня. Можно спросить больного, о чем он только что беседовал с родственниками, что ел на завтрак, как зовут лечащего врача и т.д. При грубой фиксационной амнезии больные дезориентированы, не могут найти свою постель, палату и т.д.

Оперативная память исследуется при непосредственном воспроизведении 5 - 6 цифр, 10 слов или фраз из 10 - 12 слов. При наклонности к парамнезиям больному даются соответствующие «наводящие» вопросы в плане вымыслов или ложных воспоминаний («Где Вы были вчера?», «Куда ездили?», «У кого Вы были в гостях?»).

В процессе исследования интеллекта необходимо строить беседу с больным таким образом, чтобы выяснить соответствие знаний и опыта образованию и возрасту. Переходя к использованию специальных тестов, следует особенно заботиться об адекватности их предполагаемому на основании предшествующей беседы запасу знаний больного. При выявлении слабоумия необходимо учитывать преморбидные особенности личности (чтобы судить о наступивших изменениях) и запас знаний до болезни.

Обращается внимание на общее оскудение психики, снижение кругозора, потерю школьных и житейских навыков и знаний, снижение процессов осмысливания.

Для исследования интеллекта используются математические и логические задачи, поговорки, классификации и сравнения, исследуется способность выделить существенное, ведущее звено в сложной цепи причинно-следственных связей (анализ, синтез, различение и сравнение, абстракция). Определяется круг представлений о явлениях природы, культурной, политической жизни, морально-правовой деятельности, сметливость, находчивость, комбинаторные способности, богатство или бедность воображения.

**V. Исследование внимания.**

Расстройство внимания выявляется при беседе с больным. У одного с трудом привлекается внимание, другой быстро отвлекается, не может сосредоточиться, истощается, у третьего переключение резко замедлено. Выявлению расстройств внимания способствуют такие экспериментально-психологические методы, как отсчет от 100 по 7, перечисление месяцев в прямом и обратном порядке, обнаружение дефектов и деталей в тестовых картинках, корректурная проба Бурдона (зачеркивание и подчеркивание определенных букв в бланке) и др.

**VI. Исследование эмоций.**

Для исследования эмоциональной сферы применяются следующие методы:

1. Наблюдение за внешними проявлениями эмоциональных реакций пациента;

2. Беседа с больным;

3. Исследование соматовегетативных проявлений, сопровождающих эмоциональные реакции;

4. Получение объективных сведений об эмоциональных проявлениях от родственников, сотрудников, соседей.

Наблюдение за больным дает возможность судить о его эмоциональном состоянии по выражению лица, позе, темпу речи, движений, по одежде и занятиям, отношению к трудовым процессам. Например, при пониженном настроении характерны: грустный взгляд, сведенные к переносице брови, опущенные углы рта, замедление темпа движений, тихий голос. Депрессивных больных необходимо расспросить о суицидальных мыслях и намерениях, об отношении к окружающим, родственникам. С подобными больными следует беседовать бережно и сочувственно.

Повышенное настроение в типичных случаях проявляется в оживленном веселом выражении лица (блеск глаз, улыбк1), громкой ускоренной речи, рифмовании, яркой одежде, быстрых движениях, стремлении к деятельности, повышенной общительности. С такими больными можно говорить свободно, даже пошутить, побудить на декламацию, пение.

Эмоциональная опустошенность проявляется в безразличном отношении к своей внешности, костюму, апатичном выражении лица, отсутствии интереса к окружающему. Может наблюдаться неадекватность эмоциональных проявлений, беспричинная ненависть, агрессивность к близким родственникам. Отсутствие теплоты при рассказе о детях, чрезмерная обнаженность в ответах относительно интимной жизни, могут послужить, в сочетании с объективными сведениями, основанием для вывода об эмоциональном оскудении. Выявить эксплозивность, взрывчатость больного можно, наблюдая его отношение с соседями по палате и при непосредственной беседе с ним.

Эмоциональная лабильность и так называемое слабодушие может выявить путём резкого перехода от тем разговора, субъективно неприятных больному, к приятным.

При исследовании эмоции всегда целесообразно предложить больному самому описать свое эмоциональное состояние (настроение). Для диагностики эмоциональных расстройств важно учитывать также показатели тонуса и направленности вегетативно - обменных процессов (состояние сна, аппетита, физиологические отправления, величину зрачков, влажность кожи и слизистых, изменение артериального давления, частота пульса, дыхания, уровень сахара в крови и др.).

**VII. Исследование волевой сферы.**

Основным методом является наблюдение за поведением больного, его активностью, целенаправленностью и адекватностью обстановке и собственным переживаниям. Необходимо отметить эмоциональный фон, на котором развертываются расстройства произвольной деятельности, расспросить больного о причинах его поступков и реакций, о планах на будущее, стремлении к трудовой деятельности, к развлечениям. Чем занят в отделении - читает ли, работает ли в мастерской, играет в настольные игры, смотрит ли телевизор. В случаях мутизма следует попытаться вступить с больным в письменный или мимический контакт.

У ступорозных больных выявляются признаки восковой гибкости, явления активного и пассивного негативизма, автоматической подчиняемости, манерность, гримасничанье. В некоторых случаях показано растормаживание больного вливанием амитал-кофеиновой смеси. Необходимо обращать внимание на особенности речи больных (тотальный или элективный мутизм, манерная речь, бессвязность и т.д.).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Что включает в себя психопатологический метод исследования психического состояния.

2). Особенности выявления нарушения ориентировки при различных психопатологических состояниях.

3). Какие внешние проявления позволяют заподозрить наличие галлюцинаторных расстройств у пациентов?

4). Что позволяют оценивать письма, заявления, рисунки больных?

5). Перечислите основные методы, используемые при исследовании эмоциональной сферы.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) изучение писем, заявлений, обращений

2) оценку лабораторных данных  
 3) анализ рисунков пациентов

4) клиническое обследование (опрос больного)

5) оценку результатов тестирования

2. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) исследование биологических жидкостей на психоактивные вещества

2) анализ жалоб и заявлений пациента  
 3) ЭЭГ обследование

4) тестирование

5) наблюдение за больным в условиях палаты, на свидании с родственниками, во время лечебно-трудовых процессов.

3. ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ОРИЕНТИРОВКИ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА

1) ответов на задаваемые вопросы

2) поведения больного при опросе  
 3) способности больного последовательно изложить анамнестические данные, особенности контакта с врачом и окружающими лицами, характер поведения в целом.

4) эмоциональных реакций на ошибку в ответах

5) способности отстаивать свое мнение

4. АМНЕЗИЯ БОЛЕЗНЕННОГО ПЕРИОДА ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) тяжести болезненного процесса

2) отсутствии критики к болезни  
 3) выходе из состояния расстроенного сознания

4) положительной динамике заболевания

5) отрицательной динамике заболевания

5. ОТКАЗ ОТ ЕДЫ У БОЛЬНЫХ ВОЗМОЖЕН

1) при расстройствах памяти

2) при нарушении сознания  
 3) при употреблении алкоголя

4) при наличии вкусовых и обонятельных галлюцинаций

5) при отсутствии продуктов питания

6. ОТКАЗ ОТ ЕДЫ У БОЛЬНЫХ ВОЗМОЖЕН

1) для экономии денежных средств

2) при употреблении психоактивных веществ   
 3) при бреде отравления, идеях самоуничижения (недостоин есть)

4) при маниакальных состояниях

5) при нарушении сознания

7. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ У БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ

1) сведения о его детских и школьных годах

2) перенесенные заболевания  
 3) семейный и трудовой анамнез

4) наследственные заболевания

5) последовательность событий текущего дня, что ел на завтрак и обед, как зовут лечащего врача и т.д.

8. ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА, ПОЗА, ЖЕСТЫ, ТЕМП РЕЧИ, ИНТЕРЕС К ПРОИСХОДЯЩЕМУ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИВАТЬ

1) интеллект пациента

2) эмоциональное состояние  
 3) память больного

4) наличие критики

5) сохранность сознания

9.ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОПУСТОШЕННОСТЬ У БОЛЬНЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1) формальным интересом к беседе

2) отказом подчиняться установленному режиму  
 3) безрассудной тратой средств

4) кривляньем и гримасничанием

5) в безразличном отношении к своей внешности, апатичном выражении лица, отсутствии интереса к окружающему, чрезмерной обнаженности в ответах относительно интимной жизни

10. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ:

1) поведение больного, его активность, целенаправленность и адекватность обстановке и собственным переживаниям

2) последовательность в беседе  
 3) эмоциональная окраска переживаний

4) способность концентрировать внимание

5) отсутствие нарушения памяти

**11.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения имеющуюся психопатологическую симптоматику.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь оценить тяжесть выявленных расстройств.

**12. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1). Экспериментально-психологические тесты, используемые для выявления патологии внимания.

2). Особенности поведения больных при различных видах нарушения сознания.

3). Клинические проявления патологии волевой сферы.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.12**. Тема:** «Психиатрическое обследование (продолжение)».

**2.Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемный, информационно-рецептивный.

**4.Значение изучаемой проблемы:** Врач-психиатр должен уметь выявлять и оценивать не только основные психопатологические синдромы, оформлять медицинскую документацию, но и грамотно оценивать соматический и неврологический статус пациента, обоснованно применять необходимые методы исследований.

**Цели обучения:**

**- Общая цель**: УК-1, ПК-5.

**- Учебная цель**

Знать: причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе психических заболеваний.

Уметь: оценить результаты лабораторных, нейрофизиологических и психологических методов обследования.

Владеть: методиками оценки результатов дополнительных методов обследования психически больных; методиками проведения и оценки антропометрических исследований психически больных; методиками проведения и оценки результатов функциональных исследований психически больных.

**5.Место проведения занятия:** учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** комплект методических разработок, набор тестов по текущей теме.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем значения основных и дополнительных методов исследования в психиатрии |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными и дополнительными методами обследования в психиатрии.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Беседа с больным с последующим обсуждением.  - Отработка навыков клинической беседы, оценка результатов лабораторного, инструментального и экспериментально-психологического обследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, опрос по теме занятия. |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме. |
| Всего: | | 270 |  |

**8. Аннотация темы:**

К методам нейрофизиологического обследования относятся электроэнцефалография (ЭЭ4), реоэнцефалография (РЭ4), магнитоэнцефалография (МЭ4), вызванные потенциалы (ВП).

**Электроэнцефалография.** Это метод изучения особенностей функционирования мозга с использованием записи биотоков, представляющих алгебраическую сумму внеклеточных электрических полей, возбуждающих и тормозящих постсинаптических потенциалов корковых нейронов, что отражает происходящие в них процессы метаболизма. Эти биотоки чрезвычайно слабы (сила тока 10-15 мк3), поэтому для их регистрации используют усилители. ЭЭГ отражает совместную активность большого числа нейронов, и по ее картине можно судить о работе различных участков мозговой сети, расположенной под электродами. Особую важность ЭЭГ представляет для диагностики эпилепсии, очаговых органических поражений мозга. При эпилепсии выявляются острые волны, пики, комплексы «пик — волна» и другие проявления судорожной активности. В ряде случаев такие комплексы регистрируются у лиц, которые никогда не имели судорожных припадков, но при этом риск их возникновения достаточно высок («скрытая эпилепсия»). Регистрируются и такие случаи, когда при наличии у больных припадков судорожная активность на ЭЭГ отсутствует. Ее выявлению способствует гипервентиляция, которая достигается глубокими вдохами и выдохами в течение 1-2 мин. Если больные принимают противосудорожные средства, судорожная готовность подавляется. При органических поражениях мозга без припадков на ЭЭГ отмечаются умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга.

**Реоэнцефалография.** РЭГ используется с целью изучения особенностей мозгового кровообращения, его патологии и служит для измерения сопротивления между электродами, которые особым образом расположены на поверхности черепа. Это сопротивление, как считается, обусловлено главным образом внутричерепной гемодинамикой. Измерение проводится слабым переменным током (от 1 до 10 м1) высокой частоты. По характеру кривой РЭГ — скорости нарастания пульсовой волны, наличию и положению дикротического зубца, межполушарной асимметрии и форме РЭГ в разных отведениях — можно косвенно судить о кровоснабжении различных зон мозга и состоянии сосудистого тонуса. В некоторых случаях РЭГ позволяет диагностировать последствия закрытой черепно-мозговой травмы или геморрагического инсульта. Диагностике помогают разработанные компьютерные программы для автоматического многоканального анализа РЭГ и получение данных в наглядной графической форме.

**Магнитоэнцефалография.** МЭГ — бесконтактный метод исследования функции мозга с регистрацией сверхслабых магнитных полей, которые возникают в результате протекания в головном мозге электрических токов. Особенностью магнитного поля является то, что череп и мозговые оболочки практически не оказывают влияния на его величину, они «прозрачны» для магнитных силовых линий. Это дает возможность регистрировать активность не только поверхностно расположенных корковых структур (как в случае ЭЭ4), но и глубоких отделов мозговой ткани с достаточно высоким отношением показателей сигнал/шум. Для МЭГ впервые был разработан математический аппарат и созданы программные средства определения локализации дипольного источника в объеме мозга, которые затем модифицировали для анализа ЭЭГ. Поэтому МЭГ достаточно эффективна для точного определения внутримозговой локализации эпилептических очагов, тем более что теперь созданы многоканальные МЭГ-установки. МЭГ значительно дополняет данные ЭЭГ.

**Метод вызванных потенциалов.** ВП — это кратковременные изменения электрической активности головного мозга, возникающие в ответ на сенсорную стимуляцию. Амплитуда единичных ВП настолько мала, что они практически не выделяются на фоновой ЭЭГ. Для их определения и выявления используется метод усреднения стимулов с помощью специализированных лабораторных ЭВМ. В зависимости от модальности сенсорных раздражителей различают зрительные ВП (ЗВП) на вспышку света, слуховые ВП (СВП) и стволовые ВП (СтВП) — на звуковой щелчок, а также соматосенсорные ВП (ССВП) — на электростимуляцию кожи или нервов конечностей. Усредненный ВП — это полифазный комплекс, отдельные компоненты которого имеют определенные амплитудные соотношения и значения пиковой латентности. Различают направленные вверх негативные волны (N1, N2) и направленные вниз позитивные волны (P1, Р2, РЗ). Для большинства ВП известна внутримозговая локализация генераторов каждого из компонентов, причем наиболее коротколатентные (до 50 мс) комплексы генерируются на уровне рецепторов и стволовых ядер, а среднелатентные (50-150 мс) и длиннолатентные (более 200 мс) — на уровне корковых проекций анализатора. В психиатрической практике чаще используется ЗВП и СВП, а также так называемые ВП, связанные с событием (ERP), которые называют когнитивными (более 250 мс).

Изучение соматического состояния в психиатрии является обязательным методом, так как психика и соматика находятся в тесном единстве и часто имеют корреляционные связи. Кроме того, многие психически больные в силу особенностей своего состояния не уделяют себе и своему соматическому статусу должного внимания, не соблюдают правил гигиены, у них чаще**,** чем в обычной популяции, обнаруживают туберкулез, другие инфекционные заболевания.

Важно учитывать, что соматические симптомы могут быть проявлением особой психической патологии. Например, депрессия сопровождается артериальной гипертензией, тахикардией, запорами, похуданием. Важно иметь в виду, что особенности строения тела могут свидетельствовать о специфическом типе психофизиологической конституции (пикнический тип, астенический, гиперстенический, атлетический) или наличии диспластичности.

Соматический осмотр предусматривает исследование состояния кожных покровов, слизистых оболочек, сердечнососудистой и легочной систем, желудочно-кишечного тракта. Внешний осмотр позволяет установить наличие шрамов, рубцов, следов от самопорезов, внутривенных инъекций, что встречается у больных наркоманией. В процессе наблюдения за больными в стационаре систематически осуществляется наблюдение за показателями пульса, артериального давления, при необходимости оказывается специализированная помощь консультантом-терапевтом (подозрение на пневмонию, острые инфекционные заболевания и т. д.). За соматически ослабленными больными осуществляют постоянное наблюдение с измерением температуры, описанием физиологических отправлений.

Неврологическое обследование необходимо для изучения особенностей состояния нервной системы и исключения признаков органического поражения ЦНС. Консультация врача-невролога показана при подозрении на наличие опухоли мозга, установлении диагноза различных сосудистых мозговых поражений, атрофических мозговых процессов, последствий различных нейроинфекций (энцефалиты, менингиты, нейролюэс). Поражение периферических нервов служит подтверждением наличия алкогольной интоксикации (полиневрит) или авитаминоза. Нарушение координации движений, тремор, нистагм — объективные симптомы черепно-мозговых травм, различных видов интоксикации (ртуть, свинец), рассеянного склероза, бокового амиотрофического склероза, абстиненции у наркоманов. Важным признаком органического поражения головного мозга являются эпилептические припадки.

Наблюдение невролога показано больным, принимающим большие дозы нейролептиков, так как у них наблюдаются признаки мышечной скованности, тремор, симптом «зубчатого колеса», гиперкинезы, торсионный спазм.

В ряде случаев, например при кататонической форме шизофрении, двигательные расстройства не связаны с органическим поражением мозга. Самые разнообразные двигательные нарушения наблюдаются при истерии (здесь кроме судорог, параличей отмечаются различные формы нарушения чувствительности с гиперестезией или гипостезией).

При подозрении на органическую патологию проводится офтальмологическое обследование для изучения состояния глазного дна, строения сосудов, определения полей зрения, признаков повышения внутриглазного давления. Доказательством сосудистого поражения мозга служат склеротические изменения сосудов, спазм, извитой рисунок артериол, расширение венул.

При осмотре больного врач-психиатр обращает внимание на реакцию его зрачков на свет. Это позволяет диагностировать такие заболевания, как прогрессивный паралич и сифилис мозга (отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении реакции на аккомодацию и конвергенцию, или симптом Аргайла-Робертсона). Изменение ширины зрачка наблюдается при наркотической интоксикации (миоз — при опийном опьянении, мидриаз — при употреблении кокаина). Расширение зрачков отмечается и у больных эндогенной депрессией, а также при различных острых психозах, сопровождающихся страхом.

Лабораторные методы в психиатрии используются для диагностики или исключения различных соматических расстройств и осложнений терапии (агранулоцитоз, воспалительные процессы, нарушение функции печени и почек). При некоторых видах патологии специальные методы могут оказать решающую помощь в диагностике. Например, для обнаружения заражения сифилисом всем больным в психиатрическом стационаре проводится исследование крови, предложенное Вассерманом, которое получило название реакция Вассермана (Р3) или реакция связывания комплемента. Так как подобное исследование не всегда проводится в условиях амбулаторного наблюдения, довольно часто диагностика сифилиса подтверждается поздно, в случаях уже далеко зашедшего заболевания.

Иммунологические исследования применяются также для диагностики синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИ5), токсоплазмоза и др.

Исследования спинномозговой жидкости (ликвор1) проводятся после проведения люмбальной пункции. Ликвор образуется в сосудистых сплетениях желудочков мозга; он является простым транссудатом ввиду различия состава ликвора и плазмы крови. Количество ликвора может быть различным даже в норме, при патологии оно колеблется в широких пределах (резко увеличивается при гидроцефалии и уменьшается при набухании мозга, мозговых опухолях). В зависимости от количества жидкости изменяется ее давление, что видно при проведении пункции. У многих больных пункция приводит к выраженному улучшению состояния, исчезновению головных болей, купированию возбуждения (при этом жидкость вытекает под давлением, «бьет струей»). В норме ликвор прозрачен и бесцветен. При ушибах позвоночника и субарахноидальных кровоизлияниях в нем определяется кровь. Количество клеточных элементов в ликворе колеблется от 0 до 5-9 в 1 мм3 (норм1). При патологии наблюдается заметное увеличение их числа. Особенно велико количество клеточных элементов при инфекционных менингитах, сифилитических менингоэнцефалитах.

Психологическое обследование проводится специалиста­ми — медицинскими (клиническими) психологами или вра­чами, получившими специальную подготовку по медицин­ской психологии. Задачей является обнаружение нарушений психических процессов — восприятия, памяти, внимания, мышления, оценка особенностей интеллекта и личности в целом. Важны те инициальные, маловыраженные наруше­ния, которые еще могут не проявляться при клиническом обследовании. Например, с помощью специальных приемов, когда в начале шизофрении еще не проявились нарушения мышления, могут быть установлены характерные искажения процесса обобщения. При надвигающемся атеросклеротическом слабоумии тонкие нарушения памяти и внимания также могут быть установлены только с помощью специ­альных психологических методик. У больных с дефектами психики в целях реабилитации психологические исследова­ния позволяют оценить наиболее сохранные стороны лич­ности, навыки и умения. Специальные приемы предназна­чены для обнаружения тех болезненных переживаний, ко­торые больной не раскрывает, например скрытой депрессии или психотравмирующих ситуаций.

Направляя больного на психологическое обследование, необходимо сформулировать вопросы, в первую очередь ин­тересующие врача и позволяющие выяснить уровень ин­теллекта, наличие нарушений мышления, характерных для шизофрении; изменений памяти и внимания, присущих органическому поражению мозга; личностных особенностей при неврозах и психопатиях и т. д.

*Оценка уровня интеллекта* чаще всего осуществляется с помощью теста Векслера. На основании выполнения об­следуемым заданий вычисляется коэффициент интеллекту­альности — IQ, офици­ально принятый для этой цели Всемирной организацией здравоохранения. Средней нормой считается 100, но в со­временной здоровой популяции в развитых странах у большинства величина выше 100. Величины от 90 до 70 счи­таются областью пограничной, «низкой нормой», но не рас­сматриваются как слабоумие. К дебильности относят величины от 70 до 50, к имбецильности, т. е. глубокому слабоумию, — ниже 50.

*Выявление искажения процесса обобщения как признака, характерного для шизофрении.* При искажении обобщение осуществляется по несущественным признакам. Для этого ис­пользуются различные приемы. Один из них состоит в том, что из 4 картинок с предметами требуется отобрать лишнюю, не подходящую к другим («четвертый лишний»). Например, на 3 картинках нарисованы цветы (роза, ромашка, сирень), а на 4-й — фрукт (виногра5). Больной шизофренией отбирает как лишнюю ромашку («все растут на кустах, а она на земле»). Однако подобный признак выявляется не у всех больных ши­зофренией и в то же время иногда встречается при шизоидной психопатии и акцентуации характера.

*Нарушения памяти* можно оценить с помощью таких простых приемов, как запоминание 10 слов, не связанных по смыслу, возможность их воспроизведения проверяется сразу (кратковременная память) и через несколько часов (долговременная память). Другими приемами проверяется воспроизведение коротких рассказов (смысловая память) или показанных картинок (зрительная память) и др.

*Нарушения внимания* можно обнаружить с помощью корректурных проб (зачеркивание в тексте 1—2 определен­ных букв — учитываются пропуски и ошибки).

*Выявление скрытой депрессии и тревоги* может также достигаться разными приемами. Распространен цветовой тест М. Люшера (в норме предпочитаются красный, желтый, зеленый цвета, при депрессии — черный, серый, коричне­вый, фиолетовый). Некоторые личностные опросники имеют специальные шкалы депрессии. Для выявления тревоги так­же разработаны специальные приемы, например шкала тре­воги Ж. Тейлор. По ответам на косвенные вопросы (наличие кошмарных сновидений и т. д.) судят о степени тревожности. *Оценка личностных особенностей* производится чаще всего с помощью разработанного в США и адаптированного в нашей стране Миннесотского многопрофильного личност­ного опросника — MMPI. С помощью этого метода можно выявить склонность к ипохондричности, депрессии, истерические, психастенические и другие особенности лич­ности. Для диагностики типов характера у взрослых пред­назначен опросник Г. Шмишека, а у подростков — патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Иванова — Личко.

*Выявление психотравмирующих факторов и болезнен­ных переживаний,* которые больной не раскрывает, бывает особенно важным как для диагностики и прогноза, так и для психотерапии. Чаще всего для этого используются про­ективные методы. Среди них наиболее известна методика неоконченных предложений: обследуемому предлагают за­кончить фразы вроде «Супружеская жизнь кажется мне...», «Настоящий друг тот, кто...» и т. д. Применяется также Тематический апперцепционный тест (ТАТ) — картинки с изображением различных ситуаций, которые испытуемый должен прокомментировать (например: «Прохожего обрыз­гала грязью проехавшая автомашина»).

*Оценка внутрисемейных отношений* также может осу­ществляться методами психологической диагностики. Детям предлагают нарисовать их семью. По тому, как изобража­ются и где располагаются на листе члены семьи, понятны их отношение к ребенку и отношения между собой.

Ставятся также другие задачи психологической диагно­стики. Для их решения прибегают к множеству методов, сведения о которых врач может получить в специальном справочнике (Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов «Словарь-справочник по психологической диагностике». Киев: Наукова Думка, 1989).

Медицинский психолог представляет врачу-психиатру полученные результаты психологического обследования больного и их толкование. Эти данные для клинического диагноза служат только вспомогательным материалом, их окончательная оценка остается за врачом.

**9. Вопросы для самоподготовки**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Перечислите методы нейрофизиологического исследования.

2). Какие особенности работы головного мозга исследуют с помощью ЭЭГ?

3). Какие нарушения позволяет выявить ЭЭГ?

4). Какие особенности работы головного мозга исследуют с помощью РЭГ?

5). Какие нарушения позволяет выявить РЭГ?

6). Какие особенности работы головного мозга исследуют с помощью метода ВП?

7). Какие нарушения позволяет выявить метод ВП?

8). Кто проводит психологическое обследование?

9). Какие методики используют для оценки уровня интеллекта?

10). Какие приемы позволяют выявить искажение мышления?

11). Как можно выявить нарушения внимания?

12). Как проводят оценку личностных особенностей?

13). Что можно выявить с помощью рисуночных тестов?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1. МЕТОД НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭ4) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) изучения особенностей мозгового кровообращения

2) диагностики депрессивных состояний

3) диагностики степени выраженности когнитивных расстройств

4) диагностики эпилепсии, очаговых органических поражений мозга.

5) диагностики эндогенных заболеваний

2. МЕТОД НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (РЭ4) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) диагностики эпилепсии

2) изучения скорости реакции на раздражители

3) диагностики локализации патологического очага

4) уточнения степени тяжести патологического процесса в ГМ

5) изучения особенностей мозгового кровообращения

3. МЕТОД НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МАГНИТОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (МЭ4) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) регистрации активности не только поверхностно расположенных корковых структур (как в случае ЭЭ4), но и глубоких отделов мозговой ткани

2) оценки выраженности когнитивных расстройств

3) изучения скорости реакции на раздражители

4) изучения особенностей мозгового кровообращения

5) диагностики локализации травматического очага

4. НЕОБХОДИМОСТЬ КОНТРОЛЯ СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ СВЯЗАНА С ТЕМ, ЧТО

1) должны соблюдаться графики медицинских осмотров всего населения

2) соматические симптомы могут быть проявлением особой психической патологии

3) регламентирована кратность лабораторных обследований

4) необходимо исключить неврологические расстройства

5) должна проводиться психокоррекционная терапия

5. НЕВРОЛОГИЧЕСОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ

1) уточнить степень тяжести когнитивных расстройств

2) диагностировать глубину депрессии

3) оценить степень выраженности волевых расстройств

4) исключения или подтвердить органическое поражение ЦНС

5) выбрать группу препаратов для лечения

6. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОБХОДИМА ДЛЯ

1) исключения различных соматических расстройств и осложнений терапии нейролептиками

2) установления степени тяжести когнитивных нарушений

3) диагностики эмоциональной патологии

4) выявления расстройств сферы восприятия

5) диагностики двигательных расстройств

7. ТЕСТ ВЕКСЛЕРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) оценки нарушения последовательности мышления

2) выявления патологии эмоциональной сферы

3) выявления патологии двигательной сферы

4) оценки уровня интеллекта

5) для выявления бредовых расстройств

8. ЦВЕТОВОЙ ТЕСТ ЛЮШЕРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) оценки глубины нарушения интеллекта

2) выявления патологии сознания

3) выявления скрытой депрессии и тревоги

4) выявления расстройств сферы восприятия

5) определения степени выраженности двигательных расстройств

9. СПЕЦИАЛИСТЫ – МЕДИЦИНСКИЕ (КЛИНИЧЕСКИЕ) ПСИХОЛОГИ ПРОВОДЯТ

1) диагностику эмоциональных расстройств

2) психологическое обследование

3) диагностику психических расстройств

4) дифференциальную диагностику психических расстройств

5) консультации по назначению медикаментозной терапии

10. МИННЕСОТСИКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК (MMPI) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) диагностики патологии аффективной сферы

2) диагностики степени выраженности интеллектуальной патологии

3) диагностики двигательных расстройств у детей и подростков

4) оценки личностных особенностей

5) выявления патологии мышления

**11. Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Уметь оценить выявленную патологию при обследовании ЭЭГ, РЭГ, МЭГ, ВП и соотнести ее с имеющейся клинической картиной.

2). Уметь проводить соматический и неврологический осмотр при курации больных с психическими нарушениями.

3). Уметь оценить результаты лабораторных исследований.

**12. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Неврологические симптомы, выявляемые при психических расстройствах органической природы.

2) Тесты и опросники на выявление скрытой депрессии и тревоги.

3) Опросник MMPI для оценки личностных особенностей.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.13. **Тема**: «Общая семиотика психических расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3. Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы:** Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**-Общая цель:** УК-1, ПК-5.

**-Учебная цель –**

Знать: причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе психических заболеваний.

Уметь: выявить и оценить основные психопатологические симптомы и синдромы у пациента.

Владеть: методиками клинического осмотра и обследования психически больных

**5. Место проведения занятия:** учебная комната, палата в психоневрологическом стационаре.

**6. Оснащение занятия:** Тесты по теме занятия, ситуационные задачи, таблица «Регистры психических расстройств».

**7. Структура содержания темы** (хронокарта).:

**Хронокарта занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза психических расстройств».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8. Аннотация**

Поскольку общая психопатология является разделом учения о заболеваниях человека, здесь, как и в общей медицине, используются термины: симптом, синдром, болезнь, состояние. Постановка диагноза любой болезни, в том числе и психической, начинается с выявления симптомов. **Симптом** – элементарный, неделимый признак болезни, проявляющийся всегда в одном и том же качестве. Выявление симптомов позволяет лишь констатировать факт наличия заболевания вообще, на основании его одного диагностировать болезнь невозможно. Клинической единицей заболевания являются психопатологические **синдромы** – закономерное сочетание симптомов, объединенных едиными патофизиологическими механизмами. **Болезнь** – закономерная динамика синдромов. О с**остоянии** говорят в том случае, когда динамики синдромов нет, дальнейшего движения нет.

В зависимости от рода заболеваний, определяемого их этиологической принадлежностью, выделяют 3 группы психических болезней:

**Психогении** («болезни от неприятности»), при которых этиологическим фактором выступает микросоциальный конфликт, психотравма – взаимодействие личности с неприемлемой для нее ситуацией в системе отношений. При этом в биологической структуре мозга изменений нет.

*Критерии:*

- развитию расстройств предшествует психотравма, т.е. имеется хронологическая связь причины и психического расстройства;

- в болезненных переживаниях эта психотравма отражается, т.е. причина должна быть четкая, привязка к причине быстрая и логическая;

- после прекращения действия психотравмирующего фактора или его дезактуализации болезнь прекращается.

**Органическое поражение головного мозга**, при котором имеет место биологическое воздействие на мозг (экзогенное, соматогенное) со структурным повреждением ткани мозга.

*Критерии:*

- расстройство возникает на фоне воздействия вредности;

- тяжесть расстройства зависит от характера вредности;

- течение болезни также зависит от силы и характера воздействия вредности.

**Эндогенные заболевания** – хромосомные, наследственные или с наследственным предрасположением (мультифакториальные), обусловленные в основном изначально внутренними механизмами, сформированными генетически. При этом болезнь протекает по своим внутренним законам.

Каждая из этих групп заболеваний имеет свои особенности.

Все симптомы делятся на позитивные и негативные.

Позитивные, или продуктивные, или плюс-симптомы, обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие признаки) психической деятельности (галлюцинации, бредовые идеи и пр.). Позитивные симптомы – это динамичные образования, они чаще указывают на активное течение болезненного процесса, относительно мало специфичны для того или иного заболевания.

Негативные, или минус-симптомы, включают признаки обратимого или стойкого прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъяна, дефекта того или иного психического процесса (амнезия, апатия, абулия). Эти симптомы определяют выраженность инвалидизации, т.е. тяжесть разрушения. Негативные симптомы стабильны, неподвижны, некурабельны, могут только нарастать. Эти симптомы более специфичны.

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине выступают в единстве и имеют обратно пропорциональное соотношение: чем более выраженные негативные симптомы, тем беднее продуктивные.

В процессе изучения больного определяется его психический статус, т.е. состояние психики пациента, которое наблюдается в данный момент. Определение статуса больного и есть определение синдрома.

Из синдромов и их последовательной смены складывается клиническая картина болезни и ее развитие.

Одни и те же синдромы могут развиваться под влиянием различных внешних факторов. Одна и та же болезнь может выражаться разными синдромами. При изменении интенсивности действующей вредности или изменении реактивности организма меняется клиническая картина синдрома.

Синдром может быть ***простым*** – психические расстройства ограничиваются нарушениями преимущественно какой-либо одной сферы психической деятельности (маниакальный, галлюцинаторный и пр.), и ***сложным*** – нарушение психических функций захватывает несколько сфер психической деятельности (галлюцинаторно-параноидный, депрессивно-параноидный).

В практической деятельности выделяют психопродуктивные синдромы (непсихотические и психотические) и негативные – «большие» – синдромы. Это важно для выбора лечебных, социально-реабилитационных и профилактических мероприятий и проведения экспертизы. Психопродуктивные синдромы отражают тяжесть, остроту болезни, могут быть сильно выражены, а затем пройти; «большие» синдромы характеризуют степень инвалидизации, могут прогрессировать или остановиться, но обратное развитие невозможно.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Чем характеризуются позитивные и негативные симптомы?

2). Чем характеризуются непсихотические и психотические синдромы?

3). Какие основные группы психических болезней Вам известны?

4). Каковы критерии психогенных заболеваний?

5). Назовите особенности астенического синдрома при органическом поражении головного мозга и шизофрении.

6). Чем характеризуется психоорганический синдром?

7). Чем характеризуется дисфренический синдром?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**:

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1. ДЛЯ СИНДРОМОВ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

1) адекватность психических реакций реальности по содержанию, но неадекватная заостренность по силе и частоте

2) сохранение критики, но утрированной, сенситивно заостренной

3) амнезия

4) исчезновение критики

5) ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью психопатологических проявлений

2. ДЛЯ СИНДРОМОВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

1) грубая дезинтеграция психики – неадекватность психических реакций и отражательной деятельности процессам, явлениям, событиям, ситуации

2) исчезновение критики

3) сохранение критики, но утрированной, сенситивно заостренной

4) исчезновением способности произвольно руководить собой, своими действиями, своим поведением

5) наличие сверхценных идей

3. ДЛЯ АСТЕНИИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ

1) собственно астенические расстройства

2) вегетативные нарушения

3) расстройства сознания

4) расстройства сна

5) быстрая физическая утомляемость, истощаемость

4. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ – ЭТО

1) синдром эмоционального выгорания

2) астено-депрессивный синдром

3) беспричинная астения

4) апато-абулический синдром

5) выраженные вегетативные нарушения

5. В СТРУКТУРУ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВХОДЯТ

1) массивные и застывшие вегетативные реакции, пароксизмальность и асимметрия этих вегетативных расстройств

2) расстройства сна

3) крайне устойчивые головные боли

4) апато-абулические расстройства

5) амнестические расстройства

6. «АСТЕНИЯ БЕЗ АСТЕНИИ» - ЭТО

1) клинические проявления органического заболевания головного мозга

2) амнестические расстройства

3) проявление астенического синдрома при шизофрении

4) апато-абулический синдром

5) астено-депрессивный синдром

7. ТРИАДА ВАЛЬТЕР-БЮЭЛЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) шизофрении

2) реактивных психозов

3) органических заболеваний головного мозга

4) аффективных психозов

5) умственной отсталости

8. ДЛЯ ДИСФРЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

1) снижение памяти

2) ослабление понимания

3) недержание аффекта

4) нарушение сознания

5) расстройства в ассоциативной сфере психической деятельности

9. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ

1) расстройства в эмоциональной сфере психической деятельности (равнодушие, неадекватность)

2) расстройства в волевой сфере психической деятельности (пассивность, парамимии, парапраксии)

3) расстройств ва ассоциативной сфере психической деятельности

4) снижение памяти

5) нарушение сознания

10. ТРИАДА ОСТАНКОВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) органических заболеваний головного мозга

2) реактивных психозов

3) шизофрении

4) аффективных психозов

5) расстройств личности (психопатий)

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, УК-5.

**Задача № 1**.

Больная молчалива, бездеятельна, безынициативна, время проводит однообразно, ее желания ограничены физиологическими потребностями. При осмотре оказывает активное сопротивление. При беседе стереотипно повторяет вопросы врача, разговор присутствующих в кабинете, копирует жесты и ми­мику.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Поставьте нозологический диагноз.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите прогноз.

**Эталон ответа**

1. Мутизм, абулия, акинезия, активный негативизм, эхопраксия и эхолалия.

2. Кататонический синдром.

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Прогноз неблагоприятный.

**Задача №2**

Пациент рассказывает о себе: «Временами, 2-3 раза в год, у меня без причин возникает тоскливое настроение, появляется непреодолимое желание выпить. В таких случаях я не выхожу на работу и пью день и ночь. В одно утро я просыпаюсь совершенно без этого тягостного чувства, пьянствовать больше не хочу, и я вновь работаю и живу нормально».

1. Назовите симптом.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Имеется ли у пациента алкогольная зависимость?

4. Какой этап волевой деятельности при данном симптоме отсутствует?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Импульсивное влечение – дипсомания.

2. Расстройство волевой сферы психической деятельности.

3. Алкогольной зависимости нет.

4. Отсутствует этап борьбы мотивов.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №3**

Больному 74 года. Много лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией. Последнее время отмечает, что стал чрезвычайно чувствительным, всегда плачет, когда смотрит старые фильмы, фильмы про войну, т.к. вспоминает свою молодость; плачет от умиления и растроганности. Сдерживать эмоции он не может.

1. Назовите симптом.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Проявлением каких заболеваний является?

4. С какими расстройствами обычно сочетается?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Эмоциональная лабильность (слабодушие).

2. Расстройство эмоциональной сферы психической деятельности.

3. Развивается при сосудистых заболеваниях головного мозга.

4. Обычно сочетается с нарушениями памяти.

5. Постепенное прогрессирование указанных расстройств.

**Задача №4**

После каждого поступка больной слышит в голове мужской голос, который обсуждает поведение больного, говорит: «Сел», «Встал», «Пить пошел» и т.д.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. Это расстройство количественное или качественное?
4. К какому регистру психических расстройств он относится?
5. При каких заболеваниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации комментирующего содержания.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное.

4. Психотический регистр.

5. Преимущественно при шизофрении, реже – при других хронических психозах.

5. Не может.

**Задача №5**

Родственники больного рассказывают, что он посто­янно поднимает телефонную трубку, когда звонков нет. На вопрос, почему он это делает, сообщает, что слышит, как звонит телефон.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. Это расстройство количественное или качественное?
4. К какому регистру психических расстройств он относится?
5. Может ли встречаться данный симптом в норме?

**Эталон ответа**

1. Элементарные слуховые галлюцинации – акоазмы.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное.

4. Психотический регистр.

5. Не может.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, УК-5.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения негативные и продуктивные симптомы заболевания.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Синдром эмоционального выгорания.

2) Синдром хронической усталости.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.14. **Тема:** «Расстройства невротического и психотического уровня».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3. Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач

**4. Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая**: ПК-1, ПК-5.

**- учебная:**

Знать: критерии психических психотических и непсихотических расстройств.

Уметь: выявить основные психопатологические симптомы и синдромы, используя психопатологический метод обследования пациентов.

Владеть: методиками клинического осмотра и обследования психически больных.

**5.Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6.Оснащение занятия:** Тесты по теме занятия, ситуационные задачи, таблица «Диагностические критерии психических непсихотических расстройств».

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления пограничных и невротических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление этиологическими и патогенетическими подходами к диагностике пограничных и невротических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза невротических расстройств».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

### 8.Аннотация (краткое содержание темы):

Простые и сложные синдромы определяют различные уровни психических расстройств, традиционно обозначаемые как невротический уровень расстройств — невроз и психотический уровень расстройств — психоз.

Граница между данными уровнями условна, однако предполагается, что грубая, ярко выраженная симптоматика — признак психоза.

На психоз указывают грубые нарушения в восприятии и осмыслении реальности (бред, галлюцинации, помрачение сознания); отсутствие осознания болезни (нарушение критики); неправильное, а чаще нелепое и опасное поведение (психомоторное возбуждение, склонность к агрессии, стремление к суициду, отказ от помощи врач1). Появление столь грубой симптоматики, безусловно, приводит к дезадаптации пациента, а потому служит безусловным признаком болезни.

Невротические (и неврозоподобные) расстройства, напротив, отличаются мягкостью и сглаженностью симптоматики. Больные с неврозом воспринимают окружающий мир практически так же, как и здоровые люди. Это позволяет им самим понять, что их недомогание — признак болезни. Если даже странные, необычные мысли возникают в голове у такого человека, он осознает их болезненный характер. Поэтому пациент с невротическими расстройствами может, с одной стороны, скрывать от окружающих имеющуюся симптоматику, опасаясь, что она дискредитирует его, а с другой стороны, стремиться избавиться от болезни, обращаясь к врачу, когда собственные усилия безуспешны. Невротические расстройства никогда не выражаются в социально опасном поведении. Следует учитывать, что феномены, рассматривающиеся как невротические симптомы, нередко встречаются у совершенно здоровых людей.

Если у здорового человека они возникают эпизодически и никак не влияют на его общую адаптацию, то при психических заболеваниях приобретают упорный, навязчивый характер, преображают всю жизнь человека, иногда служат причиной инвалидизации.

Понятия невротического и психотического уровня не связаны с каким-либо определенным заболеванием. Более того, при одной и той же болезни состояние человека в разные периоды времени описывается иногда как невротическое или психотическое. Так, заболевание только с невротической (неврозоподобной) симптоматикой в дебюте может прогрессировать и переходить в психоз. Своевременное и адекватное лечение может оборвать психоз и привести к тому, что невротическая симптоматика станет ведущей. Следует отметить, что при некоторых заболеваниях в течение всей жизни больного симптоматика никогда не выходит за рамки невротического уровня (группа собственно неврозов, циклотимия, малопрогредиентные формы шизофрении, психопатии).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5.

1). Какие уровни психических расстройств существуют?

2). Чем характеризуются непсихотические синдромы?

3). Чем характеризуются психотические синдромы?

4). Перечислите признаки неврозоподобных расстройств?

4). Какие признаки характерны для психоза?

5). Могут ли невротические симптомы встречаться у здоровых людей?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5.

1. ПРИЗНАКАМИ ПСИХОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) мягкость и сглаженностью симптоматики

2) осознание болезненности своих переживаний

3) грубые нарушения в восприятии и осмыслении реальности

4) отсутствие социально опасного поведения

5) желание избавиться от болезни

2. ПРИЗНАКАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЮТСЯ

1) психомоторное возбуждение

2) склонность к агрессии

3) суицидальное поведение

4) мягкость и сглаженностью симптоматики

5) дезадаптация пациента

3. ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ХАРАКТЕРНО

1) нелепое и опасное поведение

2) наличие критики к своему состоянию

3) психомоторное возбуждение

4) суицидальное поведение

5) помрачение сознания

4. ДЛЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ХАРАКТЕРНО

1) опасное и нелепое поведение

2) адекватное восприятие окружающего мира

3) преобладание вегетативной симптоматики

4) полная критика к болезненному состоянию

5) возможность скрывать болезненные переживания

5. ОТСУТСТВИЕ КРИТИКИ К БОЛЕЗНЕННОМУ СОСТОЯНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

1) пароксизмальности

2) невроза

3) психоза

4) депрессии

5) астении

6. НЕОБРАТИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

1) невротические

2) психотические

3) негативные

4) продуктивные

5) астенические

7. НАИБОЛЬШИМ РАЗНООБРАЗИЕМ СИМПТОМАТИКИ ОТЛИЧАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1) умственной отсталости

2) аффективных расстройств

3) шизофрении

4) органических заболеваний головного мозга

5) психопатий

8. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ СЧИТАЮТСЯ СИМПТОМЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ РЕГИСТРУ РАССТРОЙСТВ

1) психоорганических

2) кататонических

3) галлюцинаторных

4) аффективных

5)астенических

9. НАРАСТАНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (О2)

1) остроте заболевания

2) хронификации заболевания

3) необратимости процесса

4) злокачественном течении болезни

5) опасности больного для окружающих

10. К РАССТРОЙСТВАМ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ОТНОСИТСЯ

1) циклотимия

2) алкогольный делирий

3) невроз навязчивых состояний

4) ананкастное расстройство личности

5) дистимия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5.

# Задача № 1

После каждого поступка больной слышит в голове мужской голос, который обсуждает поведение больного, говорит: «Сел», «Встал», «Пить пошел» и т.д.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.Это расстройство количественное или качественное?

4.К какому регистру психических расстройств он относится?

5.При каких заболеваниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации комментирующего характера.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное расстройство.

4. Регистр психотический.

5. Преимущественно при шизофрении, реже – при других хронических психозах.

# Задача № 2

Больной, перенесший грипп в тяжелой форме, жалуется, что обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лампочки очень ярким, обычные прикосновения вызывают болезненные ощущения.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.В структуру какого синдрома входит?

4.Это расстройство количественное или качественное?

5.К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений.

3. Входит в структуру астенического синдрома.

4. Расстройство количественное.

5. Непсихотический регистр.

# Задача № 3

Больная заявляет, что по ее телу ползают насекомые, причиняющие боль, оставляющие продукты своей жизнедеятельности. При объективном осмотре жалобы не подтверждаются.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.В структуру какого синдрома входит?

4.Это расстройство количественное или качественное?

5.К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Тактильные галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений и восприятия.

3. Входит в структуру ипохондрического (в частности, дерматозойного) синдрома.

4. Расстройство качественное.

5. Психотический регистр.

# Задача № 4

Больной сообщает, что при закрытых глазах при засыпании он видит блестящие узоры и различных фантастических животных.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.К какому регистру психических расстройств он относится?

4.Это расстройство количественное или качественное?

5.При каких состояниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Гипнагогические галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности –восприятия.

3. Психотический регистр.

4. Расстройство качественное.

5. Встречается при тяжело протекающих соматических заболеваниях, при алкогольном абстинентном синдроме, редко – у здоровых людей при выраженном утомлении.

# Задача № 5

Пациент 36 лет уверен, что «межпланетная организация», созданная специально для того, чтобы его погубить, при помощи каких-то приборов заставляет его помимо воли скашивать глаза, целыми днями ходить взад-вперед, писать письма. Одновременно «организация» влияет на его мысли, вызывает у него неприятные воспоминания, неприятные видения.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Какой синдром они образуют?

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Психические автоматизмы (моторные и идеаторные), зрительные псевдогаллюцинации.

2. Синдром Кандинского-Клерамбо.

3. Относится к расстройствам мышления.

4. Характерен для шизофрении.

5. Психотический регистр

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5.

1). Уметь выявить при помощи наблюдения и беседы психотические и непсихотические симптомы заболевания.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Понятие «невроз» в медицине

2) Неврозы у детей

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1.Индекс:** ОД.О.01.1.2.15. **Тема:** «Продуктивная и негативная симптоматика».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: продуктивные и негативные психопатологические симптомы и синдромы.

Уметь: выявлять продуктивные и негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Все симптомы психических расстройств делятся на продуктивные и негативные.

Позитивные, или продуктивные, или плюс-симптомы, обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие признаки) психической деятельности (галлюцинации, бредовые идеи и пр.). Продуктивные симптомы – это динамичные образования, они чаще указывают на активное течение болезненного процесса, относительно мало специфичны для того или иного заболевания.

Негативные, или минус-симптомы, включают признаки обратимого или стойкого прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъяна, дефекта того или иного психического процесса (амнезия, апатия, абулия). Эти симптомы определяют выраженность инвалидизации, т.е. тяжесть разрушения. Негативные симптомы стабильны, неподвижны, некурабельны, могут только нарастать. Эти симптомы более специфичны.

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине выступают в единстве и имеют обратно пропорциональное соотношение: чем более выраженные негативные симптомы, тем беднее продуктивные.

В процессе изучения больного определяется его психический статус, т.е. состояние психики пациента, которое наблюдается в данный момент. Определение статуса больного и есть определение синдрома.

Из синдромов и их последовательной смены складывается клиническая картина болезни и ее развитие.

Одни и те же синдромы могут развиваться под влиянием различных внешних факторов. Одна и та же болезнь может выражаться разными синдромами. При изменении интенсивности действующей вредности или изменении реактивности организма меняется клиническая картина синдрома.

Синдром может быть ***простым*** – психические расстройства ограничиваются нарушениями преимущественно какой-либо одной сферы психической деятельности (маниакальный, галлюцинаторный и пр.), и ***сложным*** – нарушение психических функций захватывает несколько сфер психической деятельности (галлюцинаторно-параноидный, депрессивно-параноидный).

В практической деятельности выделяют психопродуктивные синдромы (непсихотические и психотические) и негативные – «большие» – синдромы. Это важно для выбора лечебных, социально-реабилитационных и профилактических мероприятий и проведения экспертизы. Психопродуктивные синдромы отражают тяжесть, остроту болезни, могут быть сильно выражены, а затем пройти; «большие» синдромы характеризуют степень инвалидизации, могут прогрессировать или остановиться, но обратное развитие невозможно.

Взаимоотношения между продуктивными и негативными симптомами, меняющиеся во времени, были изложены Дж. Х. Джексоном в его теории эволюции и диссолюции психических расстройств. Согласно этой теории, симптомы возникают и развиваются не случайно, а в некоторой последовательности, общей для многих заболеваний. Так, продуктивная симптоматика эволюционирует путем наслоения на мягкие (невротические) расстройства, возникающие в инициальном периоде болезни, все более тяжелых, грубых (психотических) симптомов. С другой стороны, развитие негативной симптоматики выражается в последовательном стирании, смывании (диссолюции) сначала наиболее хрупких, поверхностных слоев психики и личности, а затем и более глубинных, прочных функций, определяющих ее структуру.

Таким образом, наблюдая симптоматику каждого отдельного больного, мы имеем дело не с одним, а со всеми слоями психики, пострадавшими к настоящему моменту. Поэтому у человека с грубым поражением психики мы одновременно видим и грубую психотическую продуктивную симптоматику (бред, галлюцинации), и более мягкие расстройства (снижение или повышение настроения), и признаки грубого дефекта (снижение памяти), и менее значительные утраты (астения). Основное положение данной теории можно образно сформулировать в выражении «в любой психоз обязательно входит невроз».

Поскольку описанные закономерности отмечаются при любом психическом заболевании, в прошлом веке возникла мысль о единстве всех психических расстройств. Немецкий психиатр В. Гризингер (1817—1868) объяснил наблюдаемое врачами разнообразие симптомов тем, что мы видим больных на разных этапах единого процесса, который обычно начинается меланхолией (депрессией), потом преображается в бред и завершается формированием слабоумия. Данные положения легли в основу теории единого психоза.

Современная критика этой теории основывается на реальных данных катамнеза при различных нозологиях. Для каждого заболевания существует некий предельный уровень (регистр), который может в действительности достигнут в течение всей жизни больного. Так, при неврозах заболевание никогда не выходит за рамки невротических расстройств. При маниакально-депрессивном психозе не наблюдается развернутых бредовых синдромов и грубых изменений личности. При шизофрении дефект никогда не выражается в утрате памяти.

Вместе с тем представление о послойном, многоуровневом строении психики помогает понять изменения симптоматики по мере развития психических заболеваний. Так, основоположник нозологического направления в психиатрии Э. Крепелин (1856—1926) выделял 3 регистра психических расстройств:

1. невротические и аффективные, соответствующие неврозам и маниакально-депрессивному психозу;
2. шизофренические;
3. органические.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуются продуктивные симптомы?

2). Чем характеризуются негативные симптомы?

3). О чем свидетельствуют продуктивные симптомы?

4). О чем свидетельствуют негативные симптомы?

5). Назовите регистры психических расстройств.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. НАРАСТАНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (О2)

1) остроте заболевания

2) хронификации заболевания

3) необратимости процесса

4) злокачественном течении болезни

5) степени инвалидизации

2. НЕОБРАТИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

1) невротические

2) психотические

3) пограничные

4) негативные

5) продуктивные

3. НАИБОЛЬШИМ РАЗНООБРАЗИЕМ СИМПТОМАТИКИ ОТЛИЧАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1) умственной отсталости

2) аффективных расстройств

3) расстройств личности

4) шизофрении

5) органических заболеваний головного мозга

4. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ СЧИТАЮТСЯ СИМПТОМЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ РЕГИСТРУ РАССТРОЙСТВ

1) астенических

2) аффективных

3) аффективно-бредовых

4) гебефренических

5) психоорганических

5. НА АКТИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОГО ПРОЦЕССА УКАЗЫВАЮТ СИМПТОМЫ

1) негативные

2) минус-симптомы

3) продуктивные

4) астенические

5) психоорганические

6. ВЫРАЖЕННОСТЬ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ СИМПТОМЫ

1) негативные

2) продуктивные

3) позитивные

4) плюс-симптомы

5) астенические

7. СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) причину болезни

2) прогредиентность заболевания

3) прогноз

4) текущее состояние

5) подверженность терапии

8. СИНДРОМ, ПРИ КОТОРОМ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ОГРАНИЧИВАЮТСЯ НАРУШЕНИЯМИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОДНОЙ СФЕРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) элементарным

2) простым

3) типичным

4) атипичным

5) сложным

9. СИНДРОМ, ПРИ КОТОРОМ НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ЗАХВАТЫВАЕТ НЕСКОЛЬКО СФЕР ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) типичным

2) атипичным

3) сложным

4) глубоким

5) тяжелым

10. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ СТИРАНИЕ СНАЧАЛА НАИБОЛЕЕ ХРУПКИХ, ПОВЕРХНОСТНЫХ СЛОЕВ ПСИХИКИ И ЛИЧНОСТИ, А ЗАТЕМ И БОЛЕЕ ГЛУБИННЫХ, ПРОЧНЫХ ФУНКЦИЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЕЕ СТРУКТУРУ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) диссолюция

2) диссоциация

3) дезадаптация

4) десоциализация

5) десквамация

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациент не проявляет интереса к окружающему, равнодушен к событиям в мире, безразличен к своему здоровью и внешнему виду. Речь монотонная, мимика однообразная, при встрече с родными остается безучастным, практически не разговаривает с ними, молча съедает принесенную ему передачу.

1. Назовите симптом.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Каким симптомом является?

4. При каких заболеваниях встречается?

5. На что указывает при шизофрении?

**Эталон ответа**

1. Апатия.

2.Расстройство эмоциональной сферы психической деятельности.

3. Является негативным симптомом.

4.Встречается при шизофрении и органическом поражении лобных долей головного мозга.

5.При шизофрении является признаком дефектного состояния.

**Задача№2**

Больная заявляет, что по ее телу ползают насекомые, причиняющие боль, оставляющие продукты своей жизнедеятельности. При объективном осмотре жалобы не подтверждаются.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.В структуру какого синдрома входит?

4.Каким симптомом является?

5.К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Тактильные галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений и восприятия.

3. Входит в структуру ипохондрического (в частности, дерматозойного) синдрома.

4. Является продуктивным симптомом.

5. Психотический регистр.

**Задача№3**

Больной сообщает, что при закрытых глазах при засыпании он видит блестящие узоры и различных фантастических животных.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.К какому регистру психических расстройств он относится?

4. Каким симптомом является?

5.При каких состояниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Гипнагогические галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности –восприятия.

3. Психотический регистр.

4. Является продуктивным симптомом.

5. Встречается при тяжело протекающих соматических заболеваниях, при алкогольном абстинентном синдроме, редко – у здоровых людей при выраженном утомлении.

**Задача№4**

Больной 42 лет на вопрос врача о частоте госпитализаций отвечает: «Понимаете, тут же зависит от обстоятельств. У меня как получилось, я лежал целый месяц, и получается потому, что организм привыкает к лекарствам, менять схему надо, так и так попадаешь туда. Но появляются и причины, что именно там оказываешься. Я лег, появился там, приехал туда. Потом врач тоже ушла в отпуск. Опять надо ждать в больнице. Потом мама заболела, а одного дома она меня оставлять боится».

1.Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.Для каких заболеваний характерен?

4. Каким симптомом является?

5. На что указывает наличие данного симптома?

**Эталон ответа**

1. Патологическая обстоятельность (вязкость) мышления.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – мышления.

3. Характерен для органических заболеваний головного мозга, особенно для эпилепсии.

4. Является негативным симптомом.

5. Указывает на длительное течение заболевания и на наличие необратимого дефекта личности.

**Задача№5**

Пациент 36 лет уверен, что «межпланетная организация», созданная специально для того, чтобы его погубить, при помощи каких-то приборов заставляет его помимо воли скашивать глаза, целыми днями ходить взад-вперед, писать письма. Одновременно «организация» влияет на его мысли, вызывает у него неприятные воспоминания, неприятные видения.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Какой синдром они образуют?

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каким синдромом является?

5. Для какого заболевания он характерен?

**Эталон ответа**

1. Психические автоматизмы (моторные и идеаторные), зрительные псевдогаллюцинации.

2. Синдром Кандинского-Клерамбо.

3. Относится к расстройствам мышления.

4. Является продуктивным синдромом.

5. Характерен для шизофрении.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения негативные и продуктивные симптомы заболевания.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) «Большие» синдромы в психиатрии.

2) Синдром Кандинского-Клерамбо при шизофрении.

3) Теория «единого психоза».

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.16. **Тема: «**Понятие регистров психических расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения.

**4. Значение темы.** Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**-учебная**: обучающийся должен

Знать: регистры психических расстройств.

Уметь: оценить регистры психических расстройств по результатам клинического осмотра и обследования.

Владеть: современными методами диагностики психических расстройств.

**5.Место проведения практического занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6.Оснащение занятия**: тесты по теме занятия, ситуационные задачи, таблица «Основные регистры психических расстройств».

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - изучение регистров психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация**

|  |
| --- |
| В основе понятия регистров лежит идея о послойном строении психики. Следует учитывать, что эти слои – не анатомическое понятие, они отражают наше представление о развитии (филогенезе и онтогенезе) психических функций. В процессе формирования психики к прочно закрепленным древним функциям прибавляются все новые и новые, которые сначала рассматриваются как хрупкие и нестабильные, однако со временем закрепляются и приближаются к базовым (ядерным). Подобную схему психики впервые предложил Дж.Х. Джексон.  В соответствии с этой схемой негативные симптомы представляют собой последовательное стирание, растворение (диссолюцию)сначала наиболее поздних, поверхностных, хрупких слоев психики и личности, а затем и более древних, глубинных, прочных функций, определяющих ее структуру. Продуктивная симптоматика также развивается (эволюция)не хаотично, а путем наслоения на мягкие (невротические) расстройства, возникающие в инициальном периоде болезни, все более тяжелых, грубых (психотических) симптомов.  Таким образом, наблюдая симптоматику каждого отдельного больного, имеют дело не с одним, а со всеми слоями психики, пострадавшими к настоящему моменту. По этой причине у человека с грубым поражением психики наблюдают одновременно и грубую психотическую продуктивную симптоматику (бред, галлюцинации), и более мягкие расстройства (снижение или повышение настроения). Точно так же признаки грубого дефекта (снижение памяти, интеллект1) сосуществуют с менее значительными утратами (астенией).  Представление о психике как о многослойном объекте помогает понять, почему в психиатрии так мало специфичных симптомов. Особенно неспецифичны мягкие (невротические) расстройства, поскольку они возможны практически при всех заболеваниях. Разочарование в специфичности симптомов психических расстройств выразилось в теории единого психоза,согласно которой в психиатрии есть только одна болезнь, а наблюдаемое врачами разнообразие симптомов обусловлено тем, что они видят больных на разных этапах единого процесса. Известный немецкий психиатр В. Гризингер(1817-1868) считал, что в начале болезни обычно возникает меланхолия (депрессия), потом бред, а завершается процесс формированием слабоумия. В начале XX в. подобные взгляды высказывали также К. Бонгёффер (1868-1948) и А.Э. Гохе (1865-1943). Они считали, что человеческий организм выработал ряд стандартных реакций на патогенные воздействия среды, эти реакции неспецифичны, отражают только тяжесть болезни, скорость ее развития, глубину повреждения.  Такая точка зрения не лишена оснований, но выглядит слишком категоричной. Практика психиатрии показывает, что существует достаточно много болезней, которые никогда не проявляются тяжелыми болезненными симптомами. Для каждого заболевания существует некий предельный уровень (регистр),который может быть достигнут в течение всей жизни больного. Так, при неврозах заболевание никогда не выходит за рамки невротических расстройств. При БАР нет галлюцинаций, развернутых бредовых синдромов, расстройств сознания, грубых изменений личности. При шизофрении никогда не возникает симптомов, типичных для органических психозов (таких как делирий, корсаковский синдром, деменция). Самым большим разнообразием отличаются проявления органических психозов, поскольку они включают все нижележащие регистры.  Представление о регистрах не является общепринятым, невозможно определить их точное количество. Так, основоположник нозологического направления в психиатрии Э. Крепелин(1856-1926) выделял три регистра психических расстройств: 1) невротические и аффективные, соответствующие неврозам и БАР; 2) шизофренические; 3) органические.  В России широко известна подробная, разработанная А.В. Снежневским (1904-1987) схема регистров продуктивных и негативных психопатологических синдромов, включающая: астенические; маниакально-меланхолические (аффективные); невротические и деперсонализационные; паранойяльные и вербальный галлюциноз; галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические; помрачения сознания; парамнезии; судорожные; психоорганические.  В дебюте болезни обычно наблюдают самые мягкие расстройства (например, астенический синдром). В дальнейшем к ним присоединяются все более тяжелые нарушения, то есть присутствуют одновременно симптомы низших и высших регистров. Картина болезни складывается из всех предшествующих и текущих расстройств. Такой процесс называется усложнениемсиндрома.  При диагностике психических заболеваний следует учитывать, что меньшей специфичностью отличаются расстройства низших регистров. Так, астенический синдром и аффективные расстройства могут встречаться практически при любом психическом заболевании. Чем выше регистр синдрома, тем уже круг диагностического поиска, который приходится осуществлять, и специфичнее синдром. Так, судорожные припадки и пароксизмы наблюдают только при органических заболеваниях, они не могут быть проявлением шизофрении или неврозов.  C:\Users\User\Desktop\img-SirmX7.jpg |

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение понятию «регистры психических расстройств».

2). В чем заключается теория единого психоза?

3). Какие продуктивные и негативные расстройства характерны для шизофрении?

4). Какие психозы отличаются самым большим разнообразием синдромов?

5). Какие расстройства наименее специфичны?

6). Назовиет регистры психопатологических синдромов.

7). При каких заболеваниях наблюдаются судорожные припадки и пароксизмы?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. НАРАСТАНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (О2)

1) остроте заболевания

2) хронификации заболевания

3) выраженности инвалидизации

4) необратимости процесса

5) злокачественном течении болезни

2. НЕОБРАТИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

1) невротические

2) аффективные

3) психотические

4) негативные

5) продуктивные

3. НАИБОЛЬШИМ РАЗНООБРАЗИЕМ СИМПТОМАТИКИ ОТЛИЧАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

## 1) умственной отсталости

2) аффективных расстройств

3) шизофрении

4) органических заболеваний головного мозга

5) расстройств личности

4. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ СЧИТАЮТСЯ СИМПТОМЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ РЕГИСТРУ РАССТРОЙСТВ

1) астенических

2) аффективных

3) галлюцинаторно-параноидных

4) кататонических

5) психоорганических

5. НАИменьшей специфичностью отличаются расстройства

1) астенические

2) аффективные

3) галлюцинаторно-параноидные

4) кататонические

5) психоорганические

6. ТОЛЬКО ДЛЯ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ

1) сенестопатии и навязчивости

2) ипохондрия и истерическая конверсия

3) тревога и сверхценные идеи

4) бред и галлюцинации

5) судорожные припадки и пароксизмы

7. Э. КРЕПЕЛИН ВЫДЕЛЯЛ РЕГИСТРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1) невротические и аффективные, шизофренические, органические

2) астенические, маниакально-меланхолические, невротические

3) невротические и деперсонализационные, паранойяльные и вербальный галлюциноз

4) галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические

5) парамнезии; судорожные, психоорганические

8. ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ХАРАКТЕРНЫ

1) деперсонализация и девиантное поведение

2) дезорганизация мышления и аутизм

3) апатия и абулия

4) деменция и психический маразм

5) Корсаковский и амнестический синдромы

9. СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ, ПАРОКСИЗМЫ И НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

1) невротических расстройствах

2) аффективных психозах

3) шизофрении

4) функциональных психозах

5) органических психозах

10.ОНЕЙРОИД, КАТАТОНИЯ, БРЕД И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

1) астенических и невротических расстройствах

2) невротических расстройствах и шизофрении

3) аффективных и органических психозах

4) астенических и органических психозах

5) шизофрении и органических психозах

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача № 1**

После каждого поступка больной слышит в голове мужской голос, который обсуждает поведение больного, говорит: «Сел», «Встал», «Пить пошел» и т.д.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.Это расстройство количественное или качественное?

4.К какому регистру психических расстройств он относится?

5.При каких заболеваниях он может встречаться?

**Эталон ответа:**

1. Вербальные псевдогаллюцинации комментирующего характера.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное расстройство.

4. Регистр психотический.

5. Преимущественно при шизофрении, реже – при других хронических психозах.

**Задача №** **2**

Больной, перенесший грипп в тяжелой форме, жалуется, что обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лампочки очень ярким, обычные прикосновения вызывают болезненные ощущения.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.В структуру какого синдрома входит?

4.Это расстройство количественное или качественное?

5.К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа:**

1. Гиперестезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений.

3. Входит в структуру астенического синдрома.

4. Расстройство количественное.

5. Невротический регистр.

**Задача № 3**

Больная заявляет, что по ее телу ползают насекомые, причиняющие боль, оставляющие продукты своей жизнедеятельности. При объективном осмотре жалобы не подтверждаются.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.В структуру какого синдрома входит?

4.Это расстройство количественное или качественное?

5.К какому регистру психических расстройств он относится?  
**Эталон ответа:**

1. Тактильные галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений и восприятия.

3. Входит в структуру ипохондрического (в частности, дерматозойного) синдрома.

4. Расстройство качественное.

5. Психотический регистр.

**Задача № 4**

Больной сообщает, что при закрытых глазах при засыпании он видит блестящие узоры и различных фантастических животных.

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.К какому регистру психических расстройств он относится?

4.Это расстройство количественное или качественное?

5.При каких состояниях он может встречаться?

**Эталон ответа:**

1. Гипнагогические галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности –восприятия.

3. Психотический регистр.

4. Расстройство качественное.

5. Встречается при тяжело протекающих соматических заболеваниях, при алкогольном абстинентном синдроме, редко – у здоровых людей при выраженном утомлении.

**Задача № 5**

У пациента 28 лет остро без видимых причин появилось ощущение, что окружающие его люди как-то изменились. Понял, что его окружают подставные лица. Многих он узнает, хотя они переодеты и загримированы. Находит среди них своих знакомых, родственников, сослуживцев. Не может понять, почему это произошло, испытывает тревогу.

1.Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Каков регистр данного расстройства?

4. Назовите возможный диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Дереализация, симптом положительного двойника, тревога.

2. Синдром Капгра.

3. Регистр психотический.

4. Возможен острый приступ параноидной шизофрении.

5. Прогноз относительно благоприятный: возможно эпизодическое течение заболевания.

**12. Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1) Перечислить регистры психопатологических синдромов

2) О чём свидетельствует наличие судорожных припадков и пароксизмов?

3) Определить регистр делириозного синдрома и сумеречного расстройства сознания.

4) Определить регистр онейроида и вербального галлюциноза.

5) Определить регистр деперсонализации и девиантного поведения.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Синдромы непсихотического уровня.

2. Синдромы нарушенного сознания органического регистра.

3. Регистры продуктивных и негативных психопатологических синдромов по А.В. Снежневскому.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.11. **Тема: «**Соматические расстройства и нарушения физиологических функций как проявление психической патологии».

**2.Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы:**

**Цели обучения:** Анализ соматического состояния у больных с психическими заболеваниями позволяет достаточно ярко продемонстрировать тесную взаимосвязь психического и соматического. Мозг как основной регулирующий орган определяет не только эффективность всех физиологических процессов, но и степень психологического благополучия (самочувствия) и удовлетворения собой. Нарушение работы мозга может привести как к истинному расстройству регуляции физиологических процессов (расстройствам аппетита, диспепсии, тахикардии, потливости, импотенции), так и к ложному чувству дискомфорта, неудовлетворения, недовольства своим физическим здоровьем (при фактическом отсутствии соматической патологии).

**- общая:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: проявления основных соматических и вегетативных нарушений, встречающихся при психических расстройствах.

Уметь: интерпретировать данные нарушения как проявление психической патологии.

Владеть: методами выявления данных психопатологических расстройств.

**5.Место проведения семинарского занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6.Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение соматических расстройств как проявления нарушений психических функций.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

1. **Аннотация** (краткое содержание темы).

*Расстройства приема пищи* могут быть проявлением самых различных заболеваний. Резкое снижение аппетита характерно для депрессивного синдрома, хотя в некоторых случаях возможно и переедание. Понижение аппетита имеет место и при многих неврозах. При кататоническом синдроме нередко наблюдается отказ от еды. Но в некоторых случаях нарушения приема пищи становятся важнейшим проявлением болезни. В связи с этим выделяют синдром нервной анорексии и приступы булимии (они могут сочетаться у одного и того же больного).

Синдром нервной анорексии (anorexia nervosa) развивается чаще у девушек в пубертатном и юношеском возрасте и выражается в сознательном отказе от еды с целью похудания. Для пациенток характерно недовольство своей внешностью (дисморфомания — дисморфофобия), около трети из них до возникновения заболевания имели небольшое превышение веса. Недовольство воображаемой тучностью больные тщательно скрывают, не обсуждают его ни с кем из посторонних. Снижение массы тела достигается ограничением количества пищи, исключением из рациона высококалорийных и жирных продуктов, комплексом тяжелых физических упражнений, приемом больших доз слабительных и мочегонных средств. Периоды резкого ограничения в еде перемежаются с приступами булимии, когда сильное чувство голода не проходит даже после приема большого количества пищи. В этом случае больные искусственно вызывают рвоту.

Резкое снижение массы тела, нарушения в электролитном обмене и недостаток витаминов приводят к серьезным соматическим осложнениям — аменорее, бледности и сухости кожных покровов, зябкости, ломкости ногтей, выпадению волос, разрушению зубов, атонии кишечника, брадикардии, снижению артериального давления и пр. Наличие всех перечисленных симптомов говорит о формировании кахексической стадии процесса, сопровождающейся адинамией, потерей трудоспособности. При возникновении данного синдрома в пубертатном периоде может наблюдаться задержка полового созревания.

Булимия — неконтролируемое и быстрое поглощение больших количеств пищи. Может сочетаться как с нервной анорексией, так и с ожирением. Чаще страдают женщины. Каждый булимический эпизод сопровождается чувством вины, ненависти к самому себе. Пациент стремится освободить желудок, вызывая рвоту, принимает слабительные и диуретики.

Нервная анорексия и булимия в некоторых случаях бывают инициальным проявлением шизофрении. В этом случае на первый план выступают аутизм, нарушение контактов с близкими родственниками, вычурная (иногда бредовая) трактовка целей голодания. Другой частой причиной нервной анорексии являются психопатические черты характера. Таким пациенткам свойственны стеничность, упрямство и упорство. Они настойчиво стремятся к достижению идеала во всем (обычно прилежно учатся).

*Нарушение сна* — одна из наиболее частых жалоб при самых различных психических и соматических заболеваниях. Во многих случаях субъективные ощущения больных не сопровождаются какими-либо изменениями физиологических показателей.

Нормальный сон имеет различную продолжительность и состоит из ряда циклических колебаний уровня бодрствования. Наибольшее снижение активности ЦНС наблюдается в фазе медленного сна. Пробуждение в этом периоде связано с амнезией, снохождением, энурезом, ночными кошмарами. Фаза быстрого сна возникает впервые примерно через 90 мин после засыпания и сопровождается быстрыми движениями глаз, резким падением мышечного тонуса, повышением артериального давления, эрекцией пениса. ЭЭГ в этом периоде мало отличается от состояния бодрствования, при пробуждении люди рассказывают о наличии сновидений. У новорожденного быстрый сон составляет около 50% от общей продолжительности сна, у взрослых медленный и быстрый сон занимают по 25 % от всего периода сна.

Бессонница — одна из наиболее частых жалоб у соматических и психически больных. Бессонница связана не столько с уменьшением продолжительности сна, сколько с ухудшением его качества, чувством неудовлетворения.

Данный симптом по-разному проявляется в зависимости от причины бессонницы. Нарушения сна у больных с неврозом в первую очередь связаны с тяжелой психотравмирующей ситуацией. Пациенты могут, лежа в постели, подолгу обдумывать беспокоящие их факты, искать выхода из конфликта. Основной проблемой в этом случае является процесс засыпания. Часто психотравмирующая ситуация вновь проигрывается в кошмарных сновидениях. При астеническом синдроме, характерном для неврастении и сосудистых заболеваний мозга (атеросклероз1), когда имеет место раздражительность и гиперестезия, больные особенно чувствительны к любым посторонним звукам: тиканье будильника, звуки капающей воды, шум транспорта — все не дает им уснуть. Ночью они спят чутко, часто просыпаются, а утром чувствуют себя совершенно разбитыми и неотдохнувшими. Для страдающих депрессией характерны не только трудности засыпания, но и раннее пробуждение, а также отсутствие чувства сна. В утренние часы такие больные лежат с открытыми глазами. Приближение нового дня рождает в них самые тягостные чувства и мысли о самоубийстве. Пациенты с маниакальным синдромом никогда не жалуются на расстройства сна, хотя общая его продолжительность может составлять у них 2-3 ч.

Бессонница — один из ранних симптомов любого острого психоза (острого приступа шизофрении, алкогольного делирия и др.). Обычно отсутствие сна у психотических больных сочетается с чрезвычайно выраженной тревогой, чувством растерянности, несистематизированными бредовыми идеями, отдельными обманами восприятия (иллюзии, гипнагогические галлюцинации, кошмарные сновидения). Частой причиной бессонницы является состояние абстиненции вследствие злоупотребления психотропными средствами или алкоголем. Состояние абстиненции сопровождается нередко соматовегетативными расстройствами (тахикардия, колебания АД, гипергидроз, тремор) и выраженным стремлением к повторному приему алкоголя и лекарственных средств. Причинами бессонницы бывают также храп и сопутствующие ему приступы апноэ. Гиперсомния может сопутствовать бессоннице. Для недостаточно выспавшихся ночью больных характерна сонливость в дневное время.

Нарколепсия — относительно редкая патология, имеющая наследственную природу, не связана ни с эпилепсией, ни с психогениями. Характерно частое и быстрое возникновение фазы быстрого сна (уже через 10 мин после засыпания), что клинически проявляется приступами резкого падения мышечного тонуса (катаплексия), яркими гипнагогическими галлюцинациями, эпизодами выключения сознания с автоматическим поведением или состояниями «бодрствующего паралича» по утрам после пробуждения. Возникает заболевание до 30 лет и в дальнейшем мало прогрессирует.

Синдром Кляйна-Левина — чрезвычайно редкое расстройство, при котором гиперсомния сопровождается появлением эпизодов сужения сознания. Больные уединяются, ищут тихое место для дремоты. Сон очень длительный, но больного можно разбудить, хотя это часто связано с возникновением раздражения, подавленности, дезориентировки, бессвязной речью и амнезией. Расстройство возникает в юношеском возрасте, а после 40 лет нередко наблюдается спонтанная ремиссия.

*Боли.* Неприятные ощущения в теле служат частым проявлением психических расстройств, однако не всегда они принимают характер собственно боли. От болевых ощущений следует отличать крайне неприятные вычурные субъективно окрашенные ощущения — сенестопатии. Психогенно обусловленные боли могут возникать в голове, сердце, суставах, спине. Высказывается точка зрения, что при психогениях больше всего беспокоит та часть тела, которая, по мнению больного, является наиболее важной, жизненно необходимой, вместилищем личности.

Сердечные боли — частый симптом депрессии. Нередко они выражаются тяжелым чувством стеснения в груди, «камня на сердце». Такие боли весьма стойки, усиливаются в утренние часы, сопровождаются чувством безнадежности. Неприятные ощущения в области сердца часто сопутствуют тревожнымэпизодам (панические атаки) у страдающих неврозами. Эти остро возникающие боли всегда сочетаются выраженной тревогой, страхом смерти. В отличие от острого сердечного приступа они хорошо купируются седативными средствами и валидолом, но не уменьшаются от приема нитроглицерина.

Головная боль может указывать на наличие органического заболевания мозга, однако нередко возникает психогенно. Психогенная головная боль иногда бывает следствием напря­ения мышц апоневротического шлема и шеи (при выражен­ой тревоге), общего состояния подавленности (при субдепрес­ии) или самовнушения (при истерии). Тревожно-мнительные, педантичные личности нередко жалуются на иррадиирующие в плечи двусторонние тянущие и давящие боли в затылке и темени, усиливающиеся к вечеру, особенно после психотравмирующей ситуации. Кожа головы часто тоже становится болезненной («больно расчесывать волосы»). Головные боли нередко наблюдаются при мягкой депрессии и, как правило, исчезают при утяжелении состояния. Такие боли нарастают к утру параллельно с общим усилением тоски. При истерии боль может принимать самые неожиданные формы: «сверление и сжимание», «голову стягивает обручем», «череп раскалывается пополам», «пронзает виски».

Органическими причинами головной боли бывают сосудистые заболевания мозга, повышение внутричерепного давления, лицевая невралгия, шейный остеохондроз. При сосудистых заболеваниях тягостные ощущения, как правило, имеют пульсирующий характер, зависят от повышения или снижения АД, облегчаются при пережатии сонных артерий, усиливаются при введении сосудорасширяющих средств (гистамин, нитроглицерин). Приступы сосудистого происхождения могут быть результатом гипертонического криза, алкогольного абстинентного синдрома, повышения температуры тела. Головная боль — важный симптом для диагностики объемных процессов в мозге. Она связана с повышением внутричерепного давления, нарастает к утру, усиливается при движениях головы, сопровождается рвотой без предшествующей тошноты. Повышению внутричерепного давления сопутствуют такие симптомы, как брадикардия, снижение уровня сознания (оглушение, обнубиляция) и характерная картина на глазном дне (застойные диски зрительных нерво3). Невралгические боли чаще локализуются в области лица, что почти не встречается при психогениях.

Характерную клиническую картину имеют приступы мигрени. Это периодически возникающие эпизоды чрезвычайно сильной головной боли, продолжающейся несколько часов, обычно захватывающей половину головы. Приступу может предшествовать аура в виде отчетливых психических расстройств (вялость или возбуждение, снижение слуха или слу­ховые галлюцинации, скотомы или зрительные галлюцинации, афазия, головокружения или ощущение неприятного запах1). Незадолго перед разрешением приступа нередко наблюдается рвота.

При шизофрении истинные головные боли возникают редко. Гораздо чаще наблюдаются крайне вычурные сенестопатические ощущения: «мозг плавится», «съеживаются извилины», «кости черепа дышат».

*Расстройства сексуальных функций.* Важнейшим критерием диагноза является субъективное чувство неудовлетворенности, подавленности, тревоги, вины, возникающее у индивидуума в связи с половыми контактами. Иногда такое ощущение возникает при вполне физиологичных сексуальных отношениях. Выделяют следующие варианты расстройств: снижение и чрезвычайное повышение сексуального влечения, недостаточное сексуальное возбуждение (импотенция у мужчин, фригидность — у женщин), нарушения оргазма (аноргазмия, преждевременная или задержанная эякуляция), болевые ощущения во время половых сношений (диспареуния, вагинизм, посткоитальные головные боли) и некоторые другие.

Часто причиной сексуальной дисфункции являются психологические факторы — личностная предрасположенность к тревоге и беспокойству, вынужденные длительные перерывы в сексуальных отношениях, отсутствие постоянного партнера, ощущение собственной непривлекательности, неосознаваемая неприязнь, существенное различие ожидаемых стереотипов сексуального поведения в паре, воспитание, осуждающее сексуальные отношения, и др. Нередко расстройства связаны со страхом перед началом половой жизни или, наоборот, после 40 лет — с приближающейся инволюцией и боязнью потерять сексуальную привлекательность.

Значительно реже причиной сексуальной дисфункции является тяжелое психическое расстройство (депрессия, эндокринные и сосудистые заболевания, паркинсонизм, эпилепсия). Еще реже сексуальные нарушения обусловлены общими соматическими заболеваниями и локальной патологией генитальной сферы. Возможно расстройство сексуальной функции при назначении некоторых лекарственных средств (трициклические антидепрессанты, необратимые ингибиторы МАО, нейролептики, литий, гипотензивные средства — клофелин и др., мочегонные — спиронолактон, гипотиазид, антипаркинсонические средства, сердечные гликозиды, анаприлин, индометацин, клофибрат и пр.). Довольно частой причиной сексуальной дисфункции является злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, барбитураты, опиаты, гашиш, кокаин, фенамин и др.).

*Понятие ипохондрии.* Это необоснованное беспокойство о собственном здоровье, постоянные мысли о мнимом соматическом расстройстве, возможно тяжелом неизлечимом заболевании. Ипохондрия не является нозологически специфичным симптомом и может принимать в зависимости от тяжести заболевания форму навязчивых мыслей, сверхценных идей или бреда.

Навязчивая (обсессивная) ипохондрия выражается постоянными сомнениями, тревожными опасениями, настойчивым анализом протекающих в организме процессов. Больные с обсессивной ипохондрией хорошо принимают объяснения и успокаивающие слова специалистов, иногда сами сокрушаются по поводу своей мнительности, но не могут без посторонней помощи избавиться от тягостных мыслей. Навязчивая ипохондрия бывает проявлением обсессивно-фобического невроза, декомпенсации у тревожно-мнительных личностей (психастенико3). Иногда возникновению подобных мыслей способствует неосторожное высказывание врача (ятрогения) или неправильно истолкованная медицинская информация.

Сверхценная ипохондрия проявляется неадекватным вниманием к незначительному дискомфорту или легкому физическому дефекту. Больные прилагают невероятные усилия для достижения желаемого состояния, вырабатывают собственные диеты и уникальные системы тренировок. Отстаивают свою правоту, стремятся наказать врачей, повинных, с их точки зрения, в недуге. Такое поведение бывает проявлением паранойяльной психопатии или указывает на дебют шизофрении.

Бредовая ипохондрия выражается непоколебимой уверенностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания. Любое высказывание врача в этом случае трактуется как попытка обмануть, скрыть истинную опасность, а отказ от операции убеждает пациента в том, что болезнь достигла терминальной стадии. Ипохондрические мысли могут выступать в качестве первичного бреда без обманов восприятия (паранойяльная ипохондрия) или сопровождаться сенестопатиями, обонятельными галлюцинациями, ощущением постороннего воздействия, автоматизмами (параноидная ипохондрия).

Часто ипохондрические мысли сопутствуют типичному депрессивному синдрому. В этом случае особенно выражены безнадежность и суицидальные тенденции.

При шизофрении ипохондрические мысли почти постоянно сопровождаются сенестопатическими ощущениями — сенестопатически-ипохондрический синдром.Эмоционально-волевое оскудение у данных больных часто заставляет их в связи с пре­полагаемой болезнью отказаться от работы, прекратить выходить на улицу, избегать общения.

*Маскированная депрессия.* Среди больных, обращающихся к терапевтам, существенную долю составляют пациенты с эндогенной депрессией, у которых гипотимия маскируется преобладающими в клинической картине соматическими и вегетативными расстройствами. Иногда в качестве проявления депрессии выступают другие психопатологические феномены не депрессивного регистра — навязчивости, алкоголизация. В отличие от классической такую депрессию обозначают как маскированную (ларвированную, соматизированную, латентную).

Диагностика подобных состояний затруднена, поскольку сами больные могут не замечать или даже отрицать наличие тоски. Среди жалоб преобладают боли (сердечные, головные, абдоминальные, псевдорадикулярные и суставные), расстройства сна, чувство стеснения в груди, колебания АД, нарушения аппетита (как снижение, так и повышение), запор, снижение или увеличение массы тела. Хотя на прямой вопрос о наличии тоски и психологических переживаний обычно больные отвечают отрицательно, однако при осторожном расспросе можно выявить неспособность испытывать радость, стремление уйти от общения, чувство безнадежности, удрученность тем, что обычные домашние заботы и любимая работа стали тяготить больного. Характерно обострение симптомов в утренние часы. Нередко отмечаются характерные соматические «стигмы» — сухость во рту, расширение зрачков. Важный признак маскированной депрессии — разрыв между обилием тягостных ощущений и скудостью объективных данных.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуется маскированная депрессия?

2). Дайте определение и перечислите формы ипохондрии.

3). Какие психологические факторы могут стать причиной сексуальной дисфункции?

4). Дайте определение нарколепсии.

5). Перечислите возможные причины головной боли.

6). Чем характеризуются головные боли при шизофрении?

7). Какие расстройства приема пищи Вам известны?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ В РАМКАХ СИНДРОМА
2. астенического
3. ипохондрического
4. галлюцинаторного
5. параноидного
6. кататонического

2. СОЗНАТЕЛЬНЫЙ ОТКАЗ ОТ ЕДЫ С ЦЕЛЬЮ ПОХУДАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) нервная анорексия

2) булимия

2) гипотимия

3) скрытая депрессия

4) дисморфомания

3. СИНДРОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ - ЭТО

1) неконтролируемое и быстрое поглощение больших количеств пищи

2) чувство вины и ненависти к самому себе

3) сознательный отказ от еды с целью похудания

4) вычурная (иногда бредовая) трактовка целей голодания

5) атония кишечника

1. БУЛИМИЯ - ЭТО

1) неконтролируемое и быстрое поглощение больших количеств пищи

2) чувство вины и ненависти к самому себе

3) сознательный отказ от еды с целью похудания

4) вычурная (иногда бредовая) трактовка целей голодания

5) атония кишечника

5. ЧАСТОЕ И БЫСТРОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА С ПРИСТУПАМИ РЕЗКОГО ПАДЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА, ЯРКИМИ ГИПНАГОГИЧЕСКИМИ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ, ЭПИЗОДАМИ ВЫКЛЮЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ С АВТОМАТИЧЕСКИМ ПОВЕДЕНИЕМ ИЛИ СОСТОЯНИЯМИ «БОДРСТВУЮЩЕГО ПАРАЛИЧА» ПО УТРАМ ПОСЛЕ ПРОБУЖДЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) бессонница

2) гиперсомния

3) нарколепсия

4) наркомания

5) приступ апноэ

6. НАРУШЕНИЯ СНА У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВЯЗАНЫ С

1) раздражительностью и гиперестезией

2) тяжелой психотравмирующей ситуацией

3) посторонним шумом

4) мыслями о самоубийстве

5) несистематизированными бредовыми идеями

7. ГИПЕРСОМНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ЭПИЗОДОВ СУЖЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ

1) Вальтер-Бюэля

2) Павлова

3) Протопопова

4) Кляйна-Левина

5) Останкова

8. НЕПРИЯТНЫЕ ВЫЧУРНЫЕ СУБЪЕКТИВНО ОКРАШЕННЫЕ ОЩУЩЕНИЯ – ЭТО

1) боли

2) сенестопатии

3) функциональные галлюцинации

4) иллюзии

5) психосенсорные расстройства

9. ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЮЩИЕ ЭПИЗОДЫ ЧРЕЗВЫЧАЙНО СИЛЬНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ПРОДОЛЖАЮЩЕЙСЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ, ОБЫЧНО ЗАХВАТЫВАЮЩЕЙ ПОЛОВИНУ ГОЛОВЫ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) маниакального состояния

2) мигрени

3) панической атаки

4) депрессии

5) шизофрении

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) эндокринные заболевания

2) эпилепсия

3) психологические факторы

4) депрессии

5) сосудистые заболевания головного мозга

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6

**Задача № 1**

Больная 35 лет в пятый раз в течение последних 3-х лет поступает в терапевтическое отделение в связи с выраженными диспептическими расстройствами, значительной потерей веса (до 7 к4). При обследовании значимой патологии со стороны пищеварительной системы не выявлено, назначение спазмолитиков и прокинетиков в сочетании с ферментными препаратами неэффективно. Обращает на себя внимание повышенная тревожность, выраженные нарушения сна, сниженный фон настроения.

1. Перечислите психопатологические симптомы

2. Установите диагноз заболевания.

3.Показано ли данной больной стационарное лечение в психиатрической больнице?

4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?

5. Определите тактику лечения больной.

**Эталон ответа:**

1. Гипотимия, инсомния, тревога, вегетативные расстройства.

2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

3. Стационарное лечение в психиатрической больнице показано.

4. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

5. Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов с анксиолитическим действием.

**Задача №2**

Больная днем в присутствии родственников после семейного конфликта упала на диван, закатила глаза. Вскоре у нее появились небольшие подергивания и напряжение мышц рук, которые продолжались 5 минут и сменились частыми размашистыми подергиваниями всех конечностей; прикусывания языка и самопроизвольного мочеиспускания не наблюдалось. В момент припадка реакция зрачков на свет были сохранены, цианоза не наблюдалось. Весь припадок длился 25 минут.

1. Назовите состояние.
2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос.
3. Что явилось провоцирующим фактором данного состояния?
4. Какова терапевтическая тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Истерический приступ.

2. Явная демонстративность, полиморфизм, большая длительность припадка, отсутствие фазности и стереотипности, развитие на фоне эмоционального стресса.

3. Семейный конфликт.

4. Преимущественно психотерапия.

5. Благоприятный.

**Задача №3**

Больной 45 лет, перенес инфаркт миокарда без зубца Q. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы через две недели возникла бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боится оставаться без медицинского персонала. Испытывает страх «остановки сердца». Понимая необоснованность страхов, заявляет, что не может их преодолеть. Появление страха сопровождается сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением. Объективно показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа:**

1. Навязчивые мысли, навязчивые страхи.

2. Обсессивно-фобический синдром.

3. Невроз навязчивых состояний.

4. Регистр невротический.

5. Преимущественно показана психотерапия.

**Задача №4**

Больной Н. 39 лет, страдает хроническим гастродуоденитом. Очередное обострение сопровождалось абдоминальными болями, снижением аппетита, умеренным похуданием, тошнотой. Наряду с повышенной утомляемостью и снижением работоспособности появились мысли о развитии рака желудка. Настойчиво просил врачей о проведении дополнительного обследования. В процессе лечения купировался болевой синдром, восстановился прежний вес, уменьшилась выраженность астении. Однако, опасения «ракового перерождения» сохраняются. При актуализации страха становится назойливым, повторно обращается к врачам для обследования. При разубеждении соглашается с необоснованностью страха, заявляет, что сам «прогнать мысли о раке» не может.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа:**

1. Навязчивые мысли, навязчивые страхи.

2. Ипохондрический синдром.

3. Невроз навязчивых состояний.

4. Регистр невротический.

5. Преимущественно показана психотерапия.

**Задача №5**

Студент-медик длительное время сочетал учебу с работой, спал 5-6 часов в сутки, перенес «на ногах» легкую респираторную вирусную инфекцию, после чего одногруппники стали отмечать у него повышенную раздражительность, колебания настроения, стал невнимательным на занятиях. Продолжал сочетать работу и учебу, во время занятий возникали вспышки раздражительности, когда кричал на других студентов, в дальнейшем был слезливым, заметно снизилась успеваемость. Жаловался близким друзьям, что у него «совсем нет сил учиться», «все время плохое настроение и чувство безысходности», часто выглядел подавленным. После каникул состояние улучшилось.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа:**

1. Астения, раздражительная слабость, подавленное настроение.

2. Астено-депрессивный синдром.

3. Синдром хронической усталости.

4. Регистр невротический.

5. Установить рациональный режим труда и отдыха.

**12. Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6

1. Уметь дифференцировать астению с физиологическим утомлением.

2. Уметь выявить кардинальные симптомы соматоформных расстройств.

3. Уметь описать выявленные расстройства.

4. Уметь определить уровень выявленных расстройств.

5.Уметь оказать медикаментозную и психотерапевтическую помощь больным с невротическими расстройствами.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Нервеая анорексия.

2. Инсомния.

3. Маскированная депрессия.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.17. **Тема:** «Астенический синдром».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы**: Астенический синдром – это психопатологическое расстройство, которое характеризуется прогредиентным развитием и сопровождает большинство заболеваний организма. Астения – это самый часто встречающийся в медицине синдром. Он сопутствует инфекционным и соматическим заболеваниям, расстройствам со стороны психической и нервной системы, возникает в послеродовой, послеоперационный, посттравматический период. Чаще всего от астенического синдрома страдают люди трудоспособного возраста. Врачи признают астению бедствием современности, так как она незаметно оказывает воздействие на интеллектуальные способности человека, на его физическое состояние, снижает качество жизни. В клинической практике любого врача доля жалоб на симптомы астении составляет до 60%

**4. Цели обучения:**

**- общая:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления астенического синдрома при различных патологических состояниях.

Уметь: выявлять астенический синдром при психических заболеваниях.

Владеть: методами дифференциальной диагностики астении при органических заболеваниях головного мозга от астении при шизофрении.

**5.Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6.Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 2. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 5. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  1) в палатах с пациентами;  2) с историями болезни;  . |
| 6. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 7. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация**.

**Астенический синдром** – это психопатологическое расстройство, которое характеризуется прогредиентным развитием и сопровождает большинство заболеваний организма. Основные проявления астенического синдрома – это усталость, нарушение сна, снижение работоспособности как физической, так и психической, раздражительность, вялость, вегетативные нарушения.

Астения – это самый часто встречающийся в медицине синдром. Он сопутствует инфекционным и соматическим заболеваниям, расстройствам со стороны психической и нервной системы, возникает в послеродовой, послеоперационный, посттравматический период.

Астенический синдром не стоит путать с обычной усталостью, которая является естественным состоянием организма любого человека после выраженного умственного или физического напряжения, после смены часовых поясов и пр. С астеническим синдромом невозможно справиться, просто выспавшись ночью. Его терапия находится в компетенции врача.

Попасть в группу риска могут люди, занимающиеся тяжелым физическим трудом, те, которые редко отдыхают, подвергаются регулярным стрессам, конфликтам в семье и на работе. Врачи признают астению бедствием современности, так как она незаметно оказывает воздействие на интеллектуальные способности человека, на его физическое состояние, снижает качество жизни. В клинической практике любого врача доля жалоб на симптомы астении составляет до 60%

Симптомы астенического синдрома заключаются в трех базовых проявлениях:

* Симптомы непосредственно самой астении;
* Нарушение сна;
* Вегетативные нарушения.

Симптомы астении чаще всего малозаметны в утренние часы. Они имеют тенденцию к нарастанию в течение дня. Своего пика клинические признаки астении достигают к вечеру, что заставляет человека прервать свою работу и отдохнуть.

Итак, основными симптомами астенического синдрома являются:

* **Усталость.** Именно на усталость предъявляют жалобы все пациенты. Они отмечают, что начинают уставать сильнее, чем в прошлые годы и это чувство не проходит даже после продолжительного отдыха. В контексте физического труда это проявляется в отсутствии желания выполнять свою работу, в нарастании общей слабости. Что касается интеллектуальной деятельности, то наблюдаются трудности с сосредоточением, с памятью, внимательностью и сообразительностью. Для больных характерна повышенная чувствительность. Так, слабый свет им кажется чрезмерно ярким, тихий звук очень громким. Пациенты, подверженные астеническому синдрому, указывают на то, что им стало труднее выражать собственные мысли, формулировать их в предложения. Человеку трудно подобрать слова, чтобы высказать какую-либо идею, принятие решение происходит с некоторой заторможенностью. Чтобы справиться с посильной ранее работой, ему приходится сделать тайм-аут, чтобы немного передохнуть. При этом перерывы в работе не приносят результата, чувство усталости не отступает, что провоцирует беспокойство, формирует неуверенность в собственных силах, вызывает внутренний дискомфорт по причине собственной интеллектуально несостоятельности. Развитие фобий часто присуще для людей с астеническим синдромом.
* **Нарушения психо-эмоциональной сферы.** Снижение работоспособности, трудности в плане профессиональной деятельности вызывают появление отрицательных эмоций. Это вполне естественная реакция человека на возникшую проблему. При этом люди становятся вспыльчивыми, придирчивыми, неуравновешенными, постоянно находятся в напряжении, неспособны контролировать собственные эмоции и быстро выходят и себя. Многие больные с астеническим синдромом имеют склонность к повышенной тревожности, оценивают происходящее с явно необоснованным пессимизмом, либо, напротив, с неадекватным ситуации оптимизмом.
* **Вегетативные нарушения.** Вегетативная нервная система всегда страдает при астеническом синдроме. Подобные расстройства находят свое отражение в тахикардии, в перепадах артериального давления, в гипергидрозе и лабильности пульса. Возможно появление ощущения жара в теле, либо, напротив, человек испытывает чувство зябкости. Страдает аппетит, появляются нарушения со стороны стула, что выражается в возникновении запоров. Нередки боли в кишечнике. Пациенты часто жалуются на головные боли, на тяжесть в голове, представители мужского пола страдают от снижения потенции.
* **Проблемы с ночным отдыхом.** Нарушения сна зависят от формы (стадии) астенического синдрома. При гиперстеническом варианте человеку трудно заснуть, когда это удается, он видит яркие насыщенные сновидения, ночью может несколько раз пробуждаться, утром встает рано и не чувствует себя полноценно отдохнувшим. Гипостенический астенический синдром выражается в сонливости, которая преследует больного в дневные часы, а ночью ему трудно заснуть. Качество сна также страдает. Иногда люди думают, что по ночам они практически не спят, хотя на самом деле сон присутствует, но он сильно нарушен.

Рассматривать симптомы астенического синдрома можно также в контексте двух форм заболевания – это гиперстеническая и гипостеническая разновидность болезни. Гиперстеническая форма болезни отличается повышенной возбудимостью человека, в результате чего ему трудно переносить громкие шумы, крики детей, яркий свет и пр. Это раздражает больного, заставляя избегать подобных ситуаций. Человека преследуют частые головные боли и прочие вегето-сосудистые расстройства.

Гипостеническая формы заболевания выражается в низкой чувствительности к любым внешним раздражителям. Больной все время находится в подавленном состоянии. Он вял и сонлив, пассивен. Часто люди с данным типом астенического синдрома испытывают апатию, немотивированную тревожность, грусть.

Причины астенического синдрома кроются в перенапряжении и истощении высшей нервной деятельности. Синдром может возникнуть у абсолютно здоровых людей, которые подверглись воздействию тех или иных факторов.

**Причины функционального астенического синдрома.**

* Острая функциональная астения возникает по причине воздействия на организм стрессовых факторов, при перегрузках на работе, в результате смены часового пояса или климатических условий проживания.
* Хроническая функциональная астения возникает после перенесенных инфекций, после родовой деятельности, после операций и похудения. Толчком может стать перенесенное ОРВИ, грипп, туберкулез, гепатит и пр. Опасны такие соматические заболевания, как пневмония, болезни ЖКТ и т. д.
* Психиатрическая функциональная астения развивается на фоне [депрессивных расстройств](https://www.ayzdorov.ru/lechenie_depressiya_chto.php), при повышенной тревожности и в результате [бессонницы](https://www.ayzdorov.ru/lechenie_bessonica_chto.php).

Функциональная астения – это процесс обратимый, он носит временный характер и поражает 55% больных с астеническим синдромом. Еще функциональную астению называют реактивной, так как она является реакцией организма то или иное воздействие.

**Причины органического астенического синдрома.** Отдельно стоит отметить органическую астению, которая встречается в 45% случаев. Этот вид астении провоцируется либо хронической органической болезнью, либо соматическим расстройством.

В связи с этим выделяют следующие причины, приводящие к развитию астенического синдрома:

* Поражения головного мозга инфекционно-органического происхождения – это различные новообразования, энцефалит и абсцесс.
* Тяжелые черепно-мозговые травмы.
* Патологии демиелинизирующего характера – это рассеянный энцефаломиелит, рассеянный склероз.
* Дегенеративные заболевания – это болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, сенильная хорея.
* Сосудистые патологии – хроническая ишемия мозга, инсульты (ишемический и геморрагический).

Факторы-провокаторы, оказывающие потенциальное влияние на развитие астенического синдрома:

* Однообразная сидячая работа;
* Недосыпание хронического типа;
* Регулярные конфликтные ситуации в семье и на работе;
* Длительная умственная или физическая работа, которая не чередуется с последующим отдыхом.

**Для астении при органическом поражении головного мозга**характерны:

* - массивные и застывшие вегетативные реакции;
* - пароксизмальность и асимметрия этих вегетативных расстройств;
* - крайне устойчивые головные боли (распирающие изнутри);
* - быстрая физическая утомляемость, истощаемость;
* - пароксизмальность страха, тревоги, дисфории и т. д.

**Шизофренная астения,** или «астения без астении», характеризуется следующими признаками:

* - вегетативные проявления, истощаемость, отвлекаемость отсутствуют;
* - легко появляются нарушения мышления при незначительном умственном напряжении («разговор ни о чем»);
* - монотонность и однообразие эмоциональных нарушений;
* - постоянная дисфорическая окраска настроения.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Перечислите основные проявления астенического синдрома.
2. В какое время суток астенический синдром наиболее выражен?
3. Чем проявляются вегетативные нарушения при астеническом синдроме?
4. Перечислите причины функционального астенического синдрома.
5. Каковы проявления астенического синдрома при органических заболеваниях головного мозга?
6. Чем проявляется шизофренная астения?

**10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1.АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЭТО

1) усталость

2) естественное состояние организма после физической работы

3) нарушение сна

4) психопатологическое расстройство, сопровождающее большинство заболеваний.

5) проявление соматического заболевания

2. Основные проявления астьенического синдрома – это

1) собственно астения, нарушение сна, вегетативные нарушения

2) субфебрильная температура, бессонница, сниженное настроение

3) субфебрильная температура, нарушение сна, вегетативные нарушения

4) гипотимия, нарушение сна, снижение аппетита

5) усталость, сонливость, тахикардия

3. Причинами острой функциональной астении являются

1) перенесенные инфекционные заболевания

2) перегрузки на работе

3) депрессия

4) болезни ЖКТ

5) пневмония

4. Причинами ХРОНИЧЕСКОЙ функциональной астении являются

1) повышенная тревожность

2) бессонница

3) перенесенные инфекционные заболевания

4) смена часового пояса

5) смена климатических условий

5. Причинами острой функциональной астении являются

1) смена климатических условий

2) бессонница

3) роды

4) перенесенные операции

5) тяжелый грипп

6. Причинами ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ функциональной астении являются

1) смена часового пояса

2) перенесенный туберкулез

3) заболевания ЖКТ

4) повышенная тревожность

5) действующие на организм стрессовые факторы

7. К ФАКТОРАМ-ПРОВОКАТОРАМ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

1) тяжелые черепно-мозговые травмы

2) хроническое недосыпание

3) дегенеративные заболевания

4) сосудистые заболевания головного мозга

5) новообразования головного мозга

8. ФАКТОРАМИ-ПРОВОКАТОРАМИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА являются

1) демиелинизирующие заболевания

2) инфекционные заболевания головного мозга

3) регулярные конфликтные ситуации в семье и на работе

4) хроническая ишемия мозга

5) черепно-мозговые травмы

9. Для астении при органическом поражении головного мозга характерно

1) отсутствие истощаемости, отвлекаемости

2) массивные и застывшие вегетативные реакции

3) монотонность и однообразие эмоциональных нарушений

4) дисфорическая окраска настроения

5) нарастающие нарушения мышления

10. ДЛЯ АСТЕНИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНО

1) пароксизмальность вегетативных реакций

2) асимметрия вегетативных расстройств

3) монотонность и однообразие эмоциональных нарушений

4) быстрая физическая утомляемость, истощаемость

5) крайне устойчивые головные боли

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной, перенесший грипп в тяжелой форме, жалуется, что обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лампочки очень ярким, обычные прикосновения вызывают болезненные ощущения.

Вопросы:

1.Назовите симптом.

2.Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3.В структуру какого синдрома входит?

4.Это расстройство количественное или качественное?

5.К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа:**

1. Гиперестезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений.

3. Входит в структуру астенического синдрома.

4. Расстройство количественное.

5. Непсихотический регистр.

**Задача №2**

Женщина 42 лет на приеме у терапевта жалуется на усталость, снижение трудоспособности, неуравновешенность, неспособность контролировать собственные эмоции, плохой сон. Временами испытывает чувство зябкости, раздражают громкие звуки и яркий свет. Из анамнеза известно, что месяц назад перенесла оперативное лечение по поводу язвенной болезни желудка, в настоящее время жалоб со стороны ЖКТ нет.

1. Перечислите патологические проявления.

2. Назовите синдром.

3. Что явилось причиной его развития?

4. Определите форму синдрома.

5. Есть ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?

**Эталон ответа:**

1. Собственно астенические нарушения (усталость, снижение трудоспособности, неуравновешенность, неспособность контролировать собственные эмоции, гиперестезия), вегетативные нарушения (чувство зябкости), нарушение сна.

2. Астенический синдром.

3. Перенесенная операция.

4. Гиперстеническая форма.

5. Оснований для госпитализации в психиатрический стационар нет.

**Задача №3**

Мужчина 32 лет после серии длительных неудач на работе стал безучастен, равнодушен к близким, перестал за собой следить. При расспросе формально жалуется на плохое настроение, отсутствие желаний и побуждений, отсутствие удовольствия от жизни, все приходится делать через силу. Иногда бывает бессонница. Свое состояние пациента не тревожит, считает, что ничего не случится, если он «побудет один». Предоставленный сам себе ничем не занят, чаще лежит, глядя в одну точку. Читать не может, так как трудно сосредоточиться. Каких-либо соматических и вегетативных нарушений не выявлено.

1. Имеется ли у пациента астенический синдром?

2. Как можно определить отсутствие удовольствия от жизни?

3. Для какого синдрома это характерно?

4. Показана ли пациенту консультация психиатра?

5. Как можно определить данное состояние?

**Эталон ответа:**

1. Астенического синдрома нет.

2. Ангедония.

3. Для депрессивного синдрома.

4. Консультация психиатра показана.

5. Редукция энергетического потенциала.

**Задача №4**

Пациент Ф., 26 лет, в психиатрический стационар поступил повторно. Считает, что его мысли использует тайная организация для изготовления вычислительных машин. Утверждает, что у него «с помощью электронной системы вытянули все нервы», «опустошили мозг и упаковали в голову микросхемы». Монотонный, мимика, жестикуляция практически отсутствуют. За время длительной беседы не истощается, не утомляется, вегетативных расстройств не появляется, однако со временем нарастают нарушения мышления в виде соскальзывания, паралогичности.

1. Можем ли мы говорить об астеническом синдроме у данного пациента?
2. Почему?
3. Как назвать это состояние?
4. Для какого заболевания оно характерно?
5. Чем обусловлена госпитализация пациента?

**Эталон ответа:**

1. Можем – у пациента имеется астенический синдром.

2. Характерны проявления – монотонность, отсутствие утомляемости, истощаемости, вегетативных расстройств, нарастание нарушений мышления в процессе беседы.

3. Шизофренная астения, или «астения без астении».

4. Характерно для шизофрении.

5. Госпитализация обусловлена обострением психотической симптоматики.

**Задача №5**

Молодая женщина 22 лет на 5-ый день после родов была выписана домой. Беспокоилась за ребенка, мало спала, временами забывала поесть. Испытывала сильную усталость, особенно во второй половине дня. Стала плаксива, неуверенна в себе, жаловалась на головную боль, тяжесть в голове; плач ребенка казался очень громким, свет ночника «ослеплял». Периодически появлялись ощущение жара в теле, учащение дыхания, тахикардия.

1. Перечислите патологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Что явилось причиной его появления?

4. Как его определить с функциональной точки зрения?

5. Обратимо ли данное состояние?

**Эталон ответа:**

1. Нарушения психо-эмоциональной сферы – плаксивость, неуверенность в себе, тревожность, гиперестезия; вегетативные нарушения – головная боль, тяжесть в голове, ощущение жара в теле, учащение дыхания, тахикардия; нарушение сна.

2. Астенический синдром.

3. Послеродовый период.

4. Хроническая функциональная астения.

5. Состояние полностью обратимо.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения проявления астенического синдрома при различных заболевания.

2. Уметь описать выявленные расстройства.

3. Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Синдром эмоционального выгорания.

2. Профессиональное выгорание у медицинских работников.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.19. **Тема:** «Синдромы навязчивых состояний».

**2.Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Обсессивный синдром (синдром навязчивости) — состояние с преобладанием в клинической картине чувств, мыслей, страхов, воспоминаний, возникающих помимо желания больных, но при сознании их болезненности и критическом отношении к ним. Несмотря на понимание бессмысленности навязчивостей, больные бессильны в своих попытках преодолеть их.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики и терапии навязчивых состояний в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: определение, классификацию и клинические проявления навязчивостей.

Уметь: выявлять данные симптомы в клинической практике.

Владеть: методами распознавания и квалификации синдромов навязчивых состояний.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение синдромов навязчивых состояний  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Обсессивный синдром (синдром навязчивости) — состояние с преобладанием в клинической картине чувств, мыслей, страхов, воспоминаний, возникающих помимо желания больных, но при сознании их болезненности и критическом отношении к ним. Несмотря на понимание бессмысленности навязчивостей, больные бессильны в своих попытках преодолеть их.

Навязчивости (обсессии) подразделяют на образные, или чувственные, сопровождающиеся развитием аффекта (нередко тягостного), и навязчивости аффективно нейтрального содержания.

Основные отличительные черты навязчивостей выделены В. П. Осиповым (1923).

1. Навязчивости непроизвольно и даже вопреки воле возникают в сознании человека. Сознание при этом остается непомраченным, ясным.

2. Навязчивости не находятся в видимой связи с содержанием мышления, они носят характер чего-то чуждого, постороннего мышлению больного.

3. Навязчивости не могут быть устранены волевым усилием больного. Больной не в состоянии от них освободиться.

4. Навязчивости возникают в теснейшей связи с эмоциональной сферой, сопровождаются депрессивными эмоциями, чувством тревоги.

5. Оставаясь чуждыми мышлению в целом, они не отражаются на интеллектуальном уровне больного, не приводят к нарушениям логического хода мышления (С. А. Суханов называл навязчивые мысли паразитарными), но их наличие сказывается на продуктивности мышления, умственной неработоспособности больного.

6. Болезненный характер навязчивостей осознается больным, к ним существует критическое отношение.

К навязчивостям чувственным относятся навязчивые сомнения, воспоминания, представления, влечения, действия, страхи, навязчивое чувство антипатии, навязчивое опасение в отношении привычных поступков.

Навязчивые сомнения — назойливо возникающая вопреки логике и разуму неуверенность в правильности совершаемых и совершенных действий. Правильно ли написан тот или иной документ, выключены ли электроприборы, заперта ли дверь, несмотря на неоднократную проверку совершенного действия, — типичные примеры этого вида навязчивостей.

К навязчивым воспоминаниям относятся упорные, неодолимые тягостные воспоминания каких-либо печальных, неприятных или постыдных для больного событий, сопровождающиеся чувством стыда, раскаяния. Они доминируют в сознании больного, несмотря на усилия и старания не думать о них.

Навязчивые влечения — влечение к совершению того или иного жесткого или крайне опасного действия, сопровождаемое чувством ужаса, страха, смятения с невозможностью освободиться от него. Больного охватывает, например, желание броситься под проходящий поезд или толкнуть под него близкого человека, убить крайне жестоким образом своих жену или ребенка. Пациенты при этом мучительно опасаются, что то или иное действие будет реализовано.

Проявления навязчивых представлений могут быть различными. В одних случаях это — яркое «видение» результатов навязчивых влечений, когда больные представляют результат совершенного жестокого поступка. В других случаях навязчивые представления, именуемые нередко овладевающими, выступают в виде неправдоподобных, подчас абсурдных ситуаций, которые больные принимают за действительные. Примером навязчивых представлений может служить и убежденность больного, что похороненный родственник был живым, причем больной мучительно представляет и переживает муки умершего в могиле. На высоте навязчивых представлений сознание их нелепости, неправдоподобности исчезает и, напротив, появляется уверенность в их реальности. Здесь навязчивости приобретают характер сверхценных образований, а иногда и бреда.

Навязчивое чувство антипатии, а также навязчивые хульные и кощунственные мысли: ничем не оправданная отгоняемая больным от себя антипатия к близкому человеку, циничные, недостойные мысли и представления в отношении уважаемых людей, у религиозных лиц — в отношении святых или служителей церкви.

Навязчивые действия — движения, совершаемые против желания больных, несмотря на прилагаемые для их сдерживания усилия. Одни из навязчивых действий тяготят больных до тех пор, пока они не будут реализованы, другие не замечаются самими больными. Навязчивые действия мучительны для больных особенно в тех случаях, когда они становятся объектом внимания окружающих. Для того чтобы они не производились, больные должны следить за собой.

К навязчивым страхам, или фобиям, относятся навязчивый и бессмысленный страх высоты, больших улиц, открытых или ограниченных пространств, больших скоплений народа, страх наступления внезапной смерти, страх заболеть той или иной неизлечимой болезнью. У некоторых больных могут возникать самые разнообразные фобии, иногда приобретающие характер боязни всего (панфобии). И наконец, возможен навязчивый страх возникновения страхов (фобофобии).

Навязчивые страхи нередко сопровождаются развитием ритуалов — действиями, имеющими значение заклинаний, которые производятся, несмотря на критическое отношение к обсессии с целью защиты от того или иного мнимого несчастья: больной не может пройти под аркой, так как думает, что с родными может случиться беда; перед началом какого-либо важного дела больной должен дважды щелкнуть пальцами, чтобы исключить возможность неуспеха. Ритуалы могут выражаться в воспроизведении больным какой-либо мелодии или повторения словосочетаний, фрагмента стихотворения и т.п. В этих случаях даже близкие не догадываются о существовании подобных расстройств. Ритуалы в сочетании с навязчивостями представляют собой достаточно стабильную систему, которая существует обычно многие годы и даже десятилетия. Может быть и другая динамика навязчивостей описанного содержания — своеобразный патокинез, проявляющийся в постепенной дезактуализации навязчивых страхов вплоть до полного их исчезновения и трансформацией ритуалов в двигательные навязчивости. Иногда последние приобретают характер сделанности (явления психического автоматизм1) или кататонических стереотипии.

Навязчивости аффективно-нейтрального содержания — навязчивое мудрствование, навязчивый счет, навязчивое воспоминание нейтральных событий, терминов, формулировок и др. Несмотря на их нейтральное содержание, они тяготят больного, мешают его интеллектуальной деятельности.

Навязчивости необходимо отличать от явлений психического автоматизма и бредовых расстройств. От автоматизмов их отличает отсутствие характера «сделанности», несмотря на насильственный характер их, от бреда — критическое отношение к ним.

Навязчивости обычно характеризуют группу невротических расстройств. Но в ряде случаев они могут возникать в картине аффективного состояния, чаще депрессии. При этом у одних больных они входят в структуру депрессии, а у других — выступают в качестве эквивалента депрессии.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение обсессивного синдрома.

2). Перечислите основные черты навязчивостей.

3). Чем характеризуются чувственные навязчивости?

4). Что такое ритуалы?

5). Дайте характеристику навязчивостей аффективно-нейтрального содержания.

6). С чем надо дифференцировать навязчивости?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. СОСТОЯНИЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЧУВСТВ, МЫСЛЕЙ, СТРАХОВ, ВОСПОМИНАНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОМИМО ЖЕЛАНИЯ БОЛЬНЫХ, НО ПРИ СОЗНАНИИ ИХ БОЛЕЗНЕННОСТИ И КРИТИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ К НИМ, СОСТАВЛЯЮТ СИНДРОМ

1) обсессивный

2) компульсивный

3) стереотипии

4) фобический

5) астенический

2. НАВЯЗЧИВОСТИ БЫВАЮТ

1) образные и нейтральные

2) астенические и ипохондрические

3) соматические и вегетативные

4) невротические и психитические

5) угрожающие и индифферентные

3. К ЧУВСТВЕННЫМ НАВЯЗЧИВОСТЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) навязчивое мудрствование

2) навязчивый счет

3) навязчивые сомнения

4) навязчивые воспоминания нейтральных событий

5) навязчивые вспоминания формулировок

4. К НАВЯЗЧИВОСТЯМ АФФЕКТИВНО-НЕЙТРАЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1) навязчивые сомнения

2) навязчивые страхи

3) навязчивое чувство антипатии

4) навязчивый счет

5) навязчивое опасение в отношении привычных поступков

5. ВЛЕЧЕНИЕ К СОВЕРШЕНИЮ ТОГО ИЛИ ИНОГО ЖЕСТКОГО ИЛИ КРАЙНЕ ОПАСНОГО ДЕЙСТВИЯ, СОПРОВОЖДАЕМОЕ ЧУВСТВОМ УЖАСА, СТРАХА, СМЯТЕНИЯ С НЕВОЗМОЖНОСТЬЮ ОСВОБОДИТЬСЯ ОТ НЕГО – ЭТО

1) навязчивое влечение

2) навязчивое желание

3) насильственное влечение

4) ритуал

5) фобия

6. ЦИНИЧНЫЕ, НЕДОСТОЙНЫЕ МЫСЛИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ У РЕЛИГИОЗНЫХ ЛИЦ В ОТНОШЕНИИ СВЯТЫХ ИЛИ СЛУЖИТЕЛЕЙ ЦЕРКВИ – ЭТО

1) навязчивое влечение

2) насильственное влечение

3) навязчивое чувство антипатии

4) ритуал

5) навязчивое мудрствование

7. ПАНФОБИЯ – ЭТО БОЯЗНЬ

1) высоты

2) толпы

3) закрытых пространств

4) смерти

5) всего

8. РАЗВИТИЕМ РИТУАЛОВ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) навязчивое мудрствование

2) навязчивое влечение

3) навязчивое чувство антипатии

4) навязчивый страх

5) навязчивое воспоминание

9. БОЯЗНЬ ПРОСТРАНСТВА, ОТКРЫТЫХ МЕСТ, ПЛОЩАДЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) антропофобия

2) агорафобия

3) дисморфофобия

4) клаустрофобия

5) танатофобия

10. НОЗОФОБИЯ – ЭТО БОЯЗНЬ

1) умереть

2) заболеть

3) сойти с ума

4) покраснеть

5) потеряться

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Мужчина 47 лет, уезжая в отпуск и желая в санатории поработать над рукописью, по дороге на вокзал заехал на работу, чтобы захватить с собой некоторые источники. Уже в такси он задумался, выключил ли он электрокамин. Дальнейший ход рассуждений его таков — может внезапно повыситься напряжение в сети, возникнет пожар и т. д. В санатории он уже не сомневается в том, что камин не был выключен. Разговаривая с женой по телефону, он осторожно расспрашивает, все ли благополучно на работе. Не выдержав, он возвращается на 10 дней раньше срока. По мере приближения к цели назначения, не находит себе места, прямо с вокзала мчится на работу.

1. Назовите симптом.

2. Дайте его квалификацию.

3. Поставьте диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Имеется ли критика к данному состоянию?

**Эталон ответа**

1. Навязчивые сомнения.

2. Образные (чувственные) навязчивости.

3. Невроз навязчивых состояний.

4. Регистр невротический.

5. Критика имеется.

**Задача№2**

Мужчина 42 лет постоянно боится, что в его отсутствие жена и дети умрут. Для того, чтобы защититься от несчастья, он должен по выходе из дома взяться правой рукой за левое ухо, хотя понимает бесполезность данного действия.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Показана ли недобровольная госпитализация в данном случае?

**Эталон ответа**

1. Навязчивые мысли, навязчивые страхи, ритуалы.

2. Обсессивно-фобический синдром.

3. Невроз навязчивых состояний.

4. Регистр невротический.

5. Недобровольная госпитализация не показана.

**Задача№3**

Больной 45 лет, перенес инфаркт миокарда без зубца Q. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы через две недели возникла бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боится оставаться без медицинского персонала. Испытывает страх «остановки сердца». Понимая необоснованность страхов, заявляет, что не может их преодолеть. Появление страха сопровождается сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением. Объективно показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Навязчивые мысли, навязчивые страхи.

2. Обсессивно-фобический синдром.

3. Невроз навязчивых состояний.

4. Регистр невротический.

5. Преимущественно показана психотерапия.

**Задача№4**

Больной Н. 39 лет, страдает хроническим гастродуоденитом. Очередное обострение сопровождалось абдоминальными болями, снижением аппетита, умеренным похуданием, тошнотой. Наряду с повышенной утомляемостью и снижением работоспособности появились мысли о развитии рака желудка. Настойчиво просил врачей о проведении дополнительного обследования. В процессе лечения купировался болевой синдром, восстановился прежний вес, уменьшилась выраженность астении. Однако опасения «ракового перерождения» сохраняются. При актуализации страха становится назойливым, повторно обращается к врачам для обследования. При разубеждении соглашается с необоснованностью страха, заявляет, что сам «прогнать мысли о раке» не может.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Навязчивые мысли, навязчивые страхи, канцерофобия.

2. Ипохондрический синдром.

3. Невроз навязчивых состояний.

4. Регистр невротический.

5. Преимущественно показана психотерапия.

**Задача№5**

Больному 29 лет. Самостоятельно обратился за помощью к психотерапевту. Ранее никаких отклонений у себя не отмечал. Последние недели после смерти близкого родственника постоянно ловит себя на мысли, что может заразиться туберкулезом, дизентерией и другими инфекциями. В связи с этим стал очень часто мыть руки (30-40 раз в день), протирать дверные ручки, мебель. В беседе ведет себя адекватно, подчеркивает, что понимает нелепость своего поведения, но не может освободиться от мысли, что на руках случайно оказалась опасная инфекция. Больной тревожен, просит о помощи, обращает внимание врача на то, что все свободное время у него уходит на мучительные размышления, что за последний год похудел, плохо засыпает. Быстро истощается в беседе. После беседы с врачом успокаивается.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Навязчивые мысли, страхи, действия (ритуалы).

2. Обсессивно-компульсивный синдром.

3. Обсессивно-компульсивное расстройство.

4. Регистр невротический.

5. Преимущественно показана психотерапия, при неэффективности – малые дозы антидепресантов.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения проявления навязчивостей.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Обсессивно-компульсивное расстройство – болезнь умных?

2) Дисморфофобия у подростков.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.20. **Тема:** «Ипохондрические синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Правильный синдромологический ди­агноз во многом определяет успех лечения, а значит течение заболевания и дальнейшую жизнь больного. Ипохондрический синдром отличается множеством психопатологических проявлений. Эти состояния достаточно широко распространены не только в психиатрической клинике, но и в практике врачей других специальностей. Обучающийся должен четко знать определение, описание синдромов, особенности протекания в зависимости от этиопатогенеза и при отдельных заболеваниях, клинические варианты и сочетания с другими синдромами, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам ипохондрических синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: симптоматологию ипохондрических синдромов.

Уметь: выявлять ипохондрические синдромы, зная особенности протекания, возрастные особенности, клинические варианты и сочетания с другими синдромами.

Владеть: методами обследования больного с ипохондрическими синдромами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства; способами оказания помощи пациентам с ипохондрическими синдромами.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7. Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение проявлений ипохондрических синдромов  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Ипохондрический синдром при пограничных психических расстройствах».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – патологически преувеличенное опасение за свое здоровье, а также убежденность в наличии той или иной болезни при отсутствии действительного заболевания.

Структурные особенности ипохондрического синдрома определяются заболеванием, на фоне которого он развивается. Поэтому говорят не об одном ипохондрическом синдроме, а о целой их группе. С. С. Корсаков считал, что ипохондрия существует как в рамках неврастении, так и в виде ипохондрических психозов, к которым он относил ипохондрическую меланхолию и ипохондрическое помешательство.

Эти состояния проявляются утрированной озабоченностью своим здоровьем, соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки разубеждениям и аргументированным результатам медицинских исследований. В случаях развития ипохондрического синдрома больные регулярно посещают врачей различных специальностей, требуют повторных консультаций и дополнительных исследований, пишут в различные инстанции письма о низкой квалификации врачей и консультантов, угрожают, а иногда и проявляют по отношению к ним агрессию в связи с якобы умышленным нежеланием их обследовать.

Проявления ипохондрического синдрома могут носить характер навязчивостей, когда больных одолевают сомнения, не страдают ли они тем или иным соматическим заболеванием. И хотя они обычно понимают абсурдность этих предположений, но избавиться, от навязчивых мыслей не в состоянии. Исчезновение мыслей о возможности развития у них одного заболевания нередко сопровождается появлением не менее навязчивого опасения по поводу другого недуга.

В группу ипохондрических синдромов входят:

1. Фобический, или невротический: ипохондрический синдром, возникающий при неврозах. Обычно это мысли о тяжелом сердечном страдании, злокачественной опухоли, сифилисе и т. д., постоянно беспокоящие больного. Такие опасения имеют психогенное происхождение и поддаются разубеждению. Соматические ощущения при них зависят от сопутствующих вегетативных нарушений и четко локализованы. В отдельных случаях обнаруживаются признаки несерьезного соматического заболевания.

2. Депрессивный ипохондрический синдром., имеющий место в клинической картине депрессивного состояния. На фоне подавленного настроения возникают стойкие, не поддающиеся коррекции мысли о какой-либо неизлечимой болезни. В этом больных убеждают мучительные боли с достаточно ясной локализацией. Депрессивный ипохондрический синдром остается до тех пор, пока продолжается депрессивное состояние. Наблюдается обычно при биполярном аффективном расстройстве.

3. Сенестопатически-ипохондрический синдром, наблюдаемый в растянутом во времени добредовом периоде вялотекущей шизофрении. Его подробное описание дала Г. Н. Момот. Понятие «сенестопатий» впервые было выдвинуто Дюпре и Камю. Они рассматривали подобные состояния как тягостные необычные ощущения на поверхности тела, под кожей, в голове, в конечностях, внутри тела. Больные описывают ощущения так: «...к коже прикасаются мехом, по ней непрерывно проводят металлической щеткой, кожу подогревают, натягивают, под кожей происходит какое-то движение, через голову проходят струи холода, сосуды в ней напрягаются, лопаются, в суставах ощущается песок, конечности деформируются, внутренности жжет, они переворачиваются, склеиваются и т. п.». Сенестопатии при шизофрении обильны, многообразны и не сравнимы с обычными ощущениями, они являются постоянной и важной частью сенестопатически-ипохондрического синдрома. Сенестопатически-ипохондрический синдром возникает, кроме того, при органических заболеваниях ЦНС различного генеза, черепно-мозговой травме, сосудистых заболеваниях ЦНС, при ряде хронических, соматических заболеваний (диабет и т. д.). Единичные сенестопатии встречаются в клинике неврозов.

4. Бредовой ипохондрический синдром., отмечающийся в паранойяльном, параноидном и парафренном вариантах, при шизофрении. При паранойяльном ипохондрическом синдроме имеет место развитие интерпретативного бреда с убежденностью в наличии тяжелого заболевания, причем иногда доказательства черпаются из переживаний прошлого. Больные настойчиво добиваются все новых и новых исследований, обвиняют врачей в невнимании. При разрастании бреда возникают идеи преследования, организуемого врачами.

В клинической картине параноидного ипохондрического синдрома бред сочетается с явлениями психического автоматизма. Ранее бывшие сенестопатии приобретают признак предметности и переживаются уже как галлюцинации общего чувства. Широко представлены идеи воздействия. Больной считает, что его облучают на расстоянии особыми приборами, невидимые лучи проходят через его тело, разрушают мозг и внутренние органы. Иногда возникают идеи одержимости.

При дальнейшем развитии заболевания формируется парафренный ипохондрический синдром. Бред приобретает фантастический, грандиозный характер. Воздействие воспринимается как исходящее с других планет, возникает ощущение, что все тело подвергается разрушительным изменениям. Обильно представлены галлюцинации: общего чувства и альгические сенестопатии.

Выделяется также нигилистический ипохондрический бред в составе синдрома Котара. Больные убеждены, что их внутренности сгнили, нет сердца, прекратились физиологические функции. Такой бред особенно часто наблюдается при пресенильных психозах.

***Ипохондрические синдромы при органических психических расстройствах***  
Ипохондрические синдромы часто встречаются при сосудистых заболеваниях головного мозга. К развитию астеноипохондрического синдрома обычно ведут повторные обострения сосудистого процес­са, когда опасения за свою жизнь и дальнейшее существование про­являются в фиксации на признаках плохого самочувствия и в образова­нии сверхценных идей. Больные фиксированы на ослаблении своей памяти, головной боли, парестезиях, на разговорах других пациентов о своей болезни, и все это модулирует содержание их жалоб. Этот труднокурабельный астеноипохондрический вариант чаще наблюдается в случаях, когда возникновение психических расстройств совпадает со значимыми соматическими заболеваниями. Ипохондрические переживания при этом не ограничивают­ся собственно сосудистой патологией, но и включают в себя самые разнообразные, нередко случайные соматические ощущения. Сенестопатически-ипохондрический синдром встречается при органических за­болеваниях различного генеза, черепно-мозговой травме, диабете, эпидемическом, полисезонных и гриппозном вирусных энцефалитах, диэнцефалитах, арахноэнцефалитах.

***Ипохондрические синдромы при эндогенных психических заболеваниях***  
Едва ли не ведущим синдромом в структуре эндогенных депрессий считал ипохондрию W.Griesinger. Особенностями ипохондричес­кого синдрома при депрессии он считал следующие:

1) унылое, подав­ленное, печальное душевное настроение;

2) уменьшение энергии и со­ответствующий этому состоянию бред;

3) душевную подавленность, обусловленную сильным ощущением телесной болезни;

4) усиление бо­лезненных ощущений при концентрации на них внимания;

5) наличие бредовых идей, относящихся сугубо к телесной болезни и заключаю­щихся в безосновательных и странных взглядах на сущность и степень ее опасности;

6) сохранность внешней рассудительности;

7) переработку ненормальных ощущении и представлении в одно последователь­ное, логически связное целое.

В последующие десятилетия границы синдрома существенно расширились. По замечанию Ю.Л.Нуллера, депрессивно-ипохондрическая картина может быть следствием столь многих причин и воз­никать при столь различных по аффективной структуре депрессивных состояниях, что выделение этого синдрома теряет всякий смысл. Действительно, ипохондрические симптомы входят в структуру многих деп­рессивных синдромов, но о депрессивно-ипохондрических говорят тогда, когда доля ипохондрической симптоматики настолько высока, что определяет клиническую картину. Эти состояния, как отмечают Д.С.Озерецковский и С.Н.Мосолов , характеризуются чаще всего умеренным тревожным или смешанным тревожно-тоскливым аффек­том с преобладанием плаксивости и раздражительности, жалобами на неприятные ощущения в различных частях тела (жжение, давление, распирание, сжатие и т. п.), фиксацией внимания на своих ощущениях, самыми мрачными предположениями об их природе, постоянным самонаблюдением за пульсом, артериальным давлением, физиологичес­кими отправлениями и. т. п. В более тяжелых случаях ипохондрические идеи трансформируются в бредовые переживания в широком диапазо­не: от убежденности в наличии тяжелого физического заболевания до чувства деструкции или отсутствия внутренних органов (бред Котар1). Ипохондрические депрессии с трудом поддаются лечению антидепрессантами и тимолептиками и являются одним из наиболее резистентных депрессивных синдромов. Ипохондрическая симптоматика встречается не только при депрессивных, но и при маниакальных синдромах. Особые варианты маниа­кальных ипохондрий — эйфорическая и дисфорическая — описаны Э.Б.Дубницкой. При эйфорической ипохондрии безудержная деятельность, сопровождающаяся повышенным аффектом, направлена на утверждение мнимого недуга: чаще речь идет не о борьбе с болезнью, а борьбе за болезнь. Патологические телесные сенсации приобретают свойства овладевающих ощущений и становятся источником сверхцен­ной одержимости. Повышенный, но лишенный модуляций аффект выражается многословием, речевым напором при изложении жалоб, оптимистическим настроем на преодоление болезни, попытками отстраниться от нее с помощью шумной бравады и «черного» юмора.  
  
Дисфорически-маниакальная ипохондрия представляет собой синдром сложной структуры с напряженным аффектом и не поддающимися разубеждению идеями о неизлечимом заболевании («пожираю­щий весь организм рак», «выпадающая из-за разорванных мышц матка» и т. п.).

Сложные клинические картины наблюдаются при шизофрении. Синдром небредовой ипохондрии проявляется жалобами на боли во всем теле, соматической стигматизацией, мнитель­ностью, неуверенностью, сверхценными идеями беспокойства о наличии неизлечимого заболевания без стойкого стремления к логическому обо­снованию опасений за свое здоровье.

*Сенестопатически-ипохондрическии* синдром характеризуется обильными, многообразными, вычурными, ни с чем не сравнимыми ощущениями в области кожи и внутренних органов (бульканье, переливание, скручивание и т. п.). Течение болезни длительное, вялое, с обострениями и постепенным формированием изменений личности по шизофреническому типу. Ипохондрический синдром мо­жет также входить в структуру синдрома психического автоматизма. Сенестопатии здесь сопровождаются чувством, что они вызваны спе­циально с целью воздействия (сенестопатический автоматизм). Фанта­стические, грандиозные идеи воздействия, исходящего с других планет, с ощущениями разрушения всего тела характерны для парафренного синдрома. При хронических бредовых расстройствах (МКБ-10) интерпретативный бред о наличии тяжелого заболевания протекает на гипоманиакальном фоне и сочетается с идеями плохого отношения, а иногда и преследования со стороны медицинского персонала (паранойяльный синдром).

***Ипохондрические синдромы при пограничных психических расстройствах***  
Ипохондрические проявления встречаются при всех формах неврозов, представляя собой невротическую переработку столь типичных для современных неврозов нейровегетативных и нейросоматических расстройств. Для неврастении, в первую очередь, характерны гиперестезии, сопутствующая тревожность, сниженное настроение с дисфорическим оттенком, чрезмерная забота о своем здоровье. При неврозах навязчивых состояний отмечается симптомати­ка в виде стойких ипохондрических фобий, особенно выраженных у пациентов с тревожно-мнительными чертами характера. Ипохондри­ческие реакции в рамках истерического невроза чаще протекают по типу воспроизведения чужих болезней, будучи связаны с механизмами суг­гестии и аутосуггестии. В некоторых случаях решающую роль приобре­тают ятрогенные воздействия. При затяжном течении невроза к ипо­хондрическим жалобам присоединяются сутяжные тенденции.  
 ***Клинические варианты ипохондрического синдрома и его сочетания с другими синдромами***

Основными клиническими вариантами ипохондрического синдрома являются: сенесто-ипохондрический, сенесто-ипохондрический с функциональными двигательными нарушениями, сверхценная ипохондрия,

ипохондрическая субдепрессия, депрессия с ипохондрическим бредом, паранойяльно-ипохондрический, паранойяльно-ипохондрический с функциональными двигательными нарушениями, параноидно-ипохондрический.

Ряд авторов рассматривают клинические варианты ипохондрического синдрома в рамках заболеваний, на фоне которых он развивается. При неврозах наиболее часто встречаются *тревожно-ипохондрический, депрессивно-ипохондрический, фобически-ипохондрический, астено-ипохондрический, обсессивно-ипохондрический*.

В.Я. Гиндикин рассматривает клинические варианты в соот­ветствии с выделенными им уровнями. При этом невротическому уров­ню соответствуют *навязчиво-ипохондрический, астено-ипохондрический, истеро-ипохондрический, депрессивно-ипохондрический без виталъных компонентов;* сверхценному уровню — *астено-ипохондрический, истеро-ипохондрический, депрессивно-ипохондрический без витального компонента, ипохондрические гипомании, ограниченная ипохондрия Бонгеффера;* психотическому уровню — *астено-ипохондрический, ис­теро-ипохондрический, депрессивно-ипохондрический с виталъным ком­понентом, ипохондрические мании, ограниченная ипохондрия Шварца, паранойяльно-ипохондрический, параноидно-ипохондрический, синдром Котара.* В.М.Блейхер и И.В.Крук выделяют также *ипохондри­чески-тревожный* и *ипохондрически-персекуторный* синдромы.

***Возрастные особенности ипохондрических синдромов***  
Ипохондрические состояния в подростковом возрасте встречаются редко. В первом варианте после длительного преневротического перио­да на фоне заострения черт тревожности, мнительности формируется ипохондрический невроз с различными факультативными астеничес­кими, истероидными, соматовегетативными проявлениями. Во втором варианте ипохондрическому неврозу предшествует невроз страха. Яд­ром невроза в обоих вариантах является *ипохондрически-сенестопатический* синдром с разнообразными сверхценными страхами болезни и смерти. Как правило, возникновение сверхценных страхов опережает появление сенестопатий.

В позднем возрасте изменения самочувствия являются закономерными вследствие физиологического старения. Особенно отчетливо оно изменя­ется при соматической патологии, в частности при поражении сосудис­той системы. Нередко ипохондрические состояния сочетаются с депрес­сивной симптоматикой и проявляются в формах *депрессивно-ипохондри­ческого* и *тревожно-ипохондрического синдромов*. Ипохондрическая симптоматика характерна также для синдрома тактиль­ного галлюциноза, возникающего в структуре эндогенных депрессий. Наряду с тактильными галлюцинациями у пациентов отмечаются подав­ленное настроение, выраженное чувство болезни.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение ипохондрического синдрома.

2). Что является структурной особенностью ипохондрического синдрома?

3). Перечислите и дайте характеристику ипохондрических синдромов.

4). Назовите клинические варианты ипохондрических синдромов невротического уровня.

5). Какие возрастные особенности ипохондрических синдромов выделяют?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СОПРОВОЖДАЮТСЯ ОБЫЧНО

1) тревогой

2) морией

3) апатией

4) эйфорией

5) амбивалентностью

2. ОТКАЗ БОЛЬНОГО, НЕСМОТРЯ НА КВАЛИФИЦИРОВАННОЕ НЕОДНОКРАТНОЕ РАЗУБЕЖДЕНИЕ ПРИЗНАТЬ ОТСУТСВИЕ У НЕГО ТЯЖЕЛОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВЫТЕКАЮЩИЕ ИЗ ЭТОГО НАСТОЙЧИВЫЕ ПРОСЬБЫ ПОМОЧЬ ЕМУ, ВЫЛЕЧИТЬ,СПАСТИ ЖИЗНЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У НЕГО

1)ипохондрического бреда

2) ипохондрического отношения к болезни

3) рентных установок

4) низкого интеллекта

5) высокого интеллекта

3. НА ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ УКАЗЫВАЮТ

1) большая степень озабоченности своим самочувствием, которая сама по себе становится причиной снижения профессиональной активности

2) приступы булимии

3) гиперсексуальность

4) мутизм

5) растерянность

4. НА ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ УКАЗЫВАЮТ

1) реакция на результаты клинических и лабораторных исследований: успокаиваются, но сохраняется фиксация на том, стоит ли доверять этим результатам

2) приступы булимии

3) гиперсексуальность

4) мутизм

5) растерянность

5. К ОСНОВНЫМ ВАРИАНТАМ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

1) невротическая ипохондрия

2) пилороспазм

3) нервная анорексия

4) булимия

5) состояние упорной соматоформной боли

6. К ОСНОВНЫМ ВАРИАНТАМ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

1) сенесто-ипохондрический синдром

2) пилороспазм

3) нервная анорексия

4) булимия

5) состояние упорной соматоформной боли

7. МЕГАЛОМАНИЧЕСКИЙ ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ НИГИЛИСТИЧЕСКИЙ ДЕПРЕССИВНЫЙ БРЕД НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

1) Котара

2) Фреголи

3) Капгра

4) Кандинского-Клерамбо

5) Корсакова

8. ПРИ ПАРАНОЙЯЛЬНОМ СИНДРОМЕ БРЕД ВОЗНИКАЕТ

1) вследствие галлюцинаций

2) на фоне нарушенного сознания

3) первично

4) на фоне психических автоматизмов

5) на фоне тревоги и растерянности

9. ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1) не является нозоспецифичным

2) характерен для простой шизофрении

3) характерен для органических заболеваний головного мозга

4) является проявлением аутистического мышления

5) является вариантом проявления синдрома психического автоматизма

10. ДЛЯ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ

1) бредовая убежденность в существовании неизлечимой болезни

2) симптом открытости

3) истинные галлюцинации

4) симптом двойника

5) нарушение сознания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова, словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, инсомния, сенестопатии, тревога.

2. Ипохондрический синдром.

3. Не является нозоспецифичным, может развиваться в рамках шизофренического процесса, неврозах, расстройствах личности.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №2**

Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония», наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, ангедония, апатия, фиксация внимания на своих переживаниях, уверенность в их связи с физическим недугом.

2. Депрессивно-ипохондрический синдром.

3.Эндогенная депрессия.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №3**

На приём к терапевту обратилась женщина 40 лет с периодическими болями в области живота. Семейный анамнез отягощен по линии отца алкоголизмом, по линии матери депрессивными расстройствами. Её обучение в школе прерывалось из-за соматических заболеваний у матери. Больная впервые обратилась к врачу в 20 лет по поводу спастических болей в животе и тошноты. С этих пор симптомы периодически возобновлялись. Наблюдалась у нескольких гастроэнтерологов, неоднократно обследовалась, но объективно патологии не обнаружено. В 25 лет стали возникать эпизоды дисменореи, но обследования у гинекологов не выявило причин этой патологии. Стала часто обращаться к участковому врачу с неопределенными жалобами. На приёме выглядит тревожной, жалуется на плаксивость и плохой сон. Участковый врач подозревает депрессию, тогда как сама пациентка уверена в необходимости дальнейших физикальных обследований.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, инсомния, тревога, фиксация внимания на своих болевых ощущениях, уверенность в их связи с наличием каких-либо заболеваний.

2. Истеро-ипохондрический синдром.

3.Не является нозологически специфичным, может развиться в рамках истерического невроза.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №4**

Больная Ш., 32 г о д а, преподаватель музыки. По характеру впе­чатлительная, мнительная, капризная. Любит быть в центре внимания окружаю­щих, в кругу друзей бывает веселой, считается «заводилой», но в семье раздражительна, неуживчива и ревнива. Заболевание началось вскоре после вто­рых родов, протекавших тяжело, с осложнениями. Уход за ребенком отнимал много сил. После ссоры с родственниками мужа расстроилась, плакала, с аффек­тацией говорила о своем нежеланий жить. Одновременно возникла в уме мысль о том, что она больна раком. Ярко и образно представила у себя в животе опухоль, которая распространяется на внутренние органы, распадается, образуя язвы. Са­ма испугалась этих мыслей, попыталась отогнать их, но они продолжали навязчи­во преследовать больную, вызывая тревогу и страх. Обратилась к врачу-терапевту, который не нашел каких-либо заболеваний внутренних органов. На некоторое время больная успокоилась, но вскоре мысль о возможности гибе­ли в тяжелых мучениях возникла вновь. На приеме у врача-психиатра волнуется, плачет, просит помочь ей, жалуется на навязчивые мысли о тяжелом заболевании, о смерти. Понимает безосновательность своих опасений, но не может избавиться от них. Боится «сойти с ума», на всю жизнь остаться в психиатрической больнице.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Тревога, ипохондрические навязчивые мысли.

2. Паранойяльно-ипохондрический синдром.

3.Не является нозологически специфичным, может развиться в рамках невротических расстройств, расстройств личности, шизофренического процесса.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №5**

Больной Я., 52 года, инженер. В кабинет вошёл быстрым шагом, с ре­шительным выражением лица. Не успев получить приглашение, сел и сразу же при­ступил к рассказу о болезни, взяв в свои руки инициативу разговора. Жалуется на неприятные ощущения (но не боли!) в затылке, иногда чувствует, будто бы в голове у него что-то «переливается». Из рассказа больного выяснилось, что первые при­знаки заболевания он заметил у себя два года назад. За этот период времени он об­следовался у многих врачей, которые не находили у него заболевания или обнаруживали незначительные болезненные расстройства (легкие явления шейного остеохондроз1). Неоднократно был на консультации у профессоров, ездил в Моск­ву. Убежден в том, что у него какое-то тяжелое заболевание, нераспознанное врача­ми, возможно — опухоль мозга. Все возражения врача, ссылки на многочисленные отрицательные данные анализов, консультации высококвалифицированных специалистов тут же парирует, приводя выдержки из медицинских учебников и моногра­фий с описанием картин заболеваний, «подобных» его болезни. Вспоминает также, что некоторые врачи, у которых бальной консультировался, хотя и не ставили диаг­ноз опухоли, но высказывались по этому поводу осторожно, будто бы что-то скры­вая. Вспоминает многочисленные случаи, когда врачи не распознали своевременно тяжелое заболевание, а поставили диагноз болезни лишь тогда, когда помочь боль­ному было уже невозможно. Говорит обо всем этом возбужденно, перебивает врача, приводит все новые и новые подробности, касающиеся его «болезни». Разговор с больным занял более часа, несмотря на неоднократные деликатные замечания вра­ча о том, что его ждут другие больные.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Сенестопатии, убежденность в наличии серьезного заболевания.

2. Паранойяльно-ипохондрический синдром.

3.Не является нозологически специфичным, может развиться в рамках невротических расстройств, расстройств личности, шизофренического процесса.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить ипохондрические синдромы.

2). Уметь выявить клинические варианты ипохондрических синдромов, их сочетания.

3). Уметь выявить ипохондрические синдромы, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Ипохондрическая мания.

2) Клинические варианты ипохондрических синдромов.

3) Ипохондрия и ВСД.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.21. **Тема:** «Истерические синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Правильный синдромологический ди­агноз во многом определяет успех лечения, а значит течение заболевания и дальнейшую жизнь больного. Истерический синдром отличается множеством психопатологических проявлений. Эти состояния достаточно широко распространены не только в психиатрической клинике, но и в практике врачей других специальностей. Обучающийся должен четко знать определение, описание синдромов, особенности протекания в зависимости от этиопатогенеза и при отдельных заболеваниях, клинические варианты и сочетания с другими синдромами, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам истерических синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: симптоматологию истерических синдромов.

Уметь: выявлять истерические синдромы, зная особенности протекания, возрастные особенности, клинические варианты и сочетания с другими синдромами.

Владеть: методами обследования больного с истерическими синдромами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства; способами оказания помощи пациентам с истерическими синдромами.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения истерических психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике истерическихрасстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Истерические сенсорные расстройства».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Истерические синдромы включают в себя настолько разнообразную, относящуюся как к соматической, так и к психической сфере симптоматику, что говорить о них как о структурно единой организации симптомов очень трудно. Итогом многочислен­ных, длящихся полтора века дискуссий по проблеме истерии явилось то, что ее первоначальная трактовка как определенной нозологической единицы отошла на второй план, а само понятие превратилось в обоб­щенную психопатологическую характеристику некоторых явлений, встречающихся при любых болезнях.

К истерическим синдромам относятся состояния, психогенные по происхождению, функциональные по механизмам развития и крайне разнообразные по проявлениям. Речь идет об истерических припадках, истерических сумеречных состояниях, истерических амбулаторных автоматизмах и фугах, синдроме Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизме и других расстройствах.

***Синдромы истерических двигательных расстройств***

• Припадки *—* внезапные приступы, возникающие после острых психических травм; они развиваются на фоне помрачения сознания, характеризуются разнообразными, сложными выразительными движениями, например, выгибанием тела с опорой на затылок и пятки (истерическая дуг1); продолжительность их составляет от нескольких минут до нескольких часов; воспоминание о припадке и его обстанов­ке отрывочны.

• Парезы и параличи.

Признаками истерических параличей являют­ся:

1) появление болей или ощущения слабостей конечностей в период, предшествующий появлению паралича или пареза;

2) отсутствие патологических рефлексов;

3) нормальные или повышенные глубокие рефлексы;

4) сниженный или нормальный мышечный тонус;

5) отсутствие мышечной атрофии (за исключением случаев многомесячных или многолетних расстройст3);

6) нормальная функция пораженной конечности при отвлечении внимания больного;

7) активное сопротивление при пассивных движениях с участием всех «пораженных» мышц;

8) несоот­ветствие физиологическим данным локализации паралича;

9) участие мышц, «парализованных» для требуемой функции, в осуществлении, другой функции: несмотря на «паралич» сгибателей стопы, больной может ходить на носках;

10) демонстрация усилий при попытках поше­велить «пораженной» конечностью: преувеличенные гримасы, покрас­нение лица и т. п.;

11) сочетание с другими истерическими проявления­ми, например, с анестезиями и припадками;

12) поражение мышечных групп в соответствии с популярными представлениями (например, по­ражение половины тела точно по срединной линии);

13) внезапное появление или исчезновение симптомов под влиянием сильных эмоцио­нальных переживании.

• Истерическая походка. Известны следующие ее виды: 1) зигзагообразная (движение по ломаной линии в виде буквы «Z»); 2) привола­кивающая; 3) ходульная; 4)скользящая; 5)коленопреклоненная; 6)ба­лансирующая: 7) хореоподобная; 8) прыгающая; 9) машущая; 10) псевдотабетическая.

• Астазия-абазия *—* невозможность стоять (астазия) и ходить (абазия) при сохранении силы, тонуса и чувствительности мышц.

• Истерические глазодвигательные расстройства:

1) паралич век; при истерии отмечается легкий спазм круговой мышцы глаза, при истинном параличе поражается мышца, поднимающая веко;

2) блефароспазм — сильный двусторонний спазм круговых мышц глаза, препятствующий или затрудняющий его открывание;

3) спастическое сходящееся косоглазие.

• Истерические контрактуры суставов — обездвиженность в од­ном или нескольких суставах без нарушений иннервации; захватывают как отдельные группы мышц, так и целый их комплекс, отчего больной может застыть в самой вычурной позе.

• Каптокормия *—* сгибание туловища вперед почти под прямым углом, невозможность выпрямиться и сильное сопротивление при попытках пассивно изменить положение.

• Профессиональные дискинезии. Примером служит «писчий спазм» — спазм пальцев, которые держат карандаш или ручку, отчего написание букв и цифр становится невозможным.

• Истерические спазмы глотки. Сюда относится «истерический ком в горле» — ощущения клубка, сжатия, препятствия в глотке, может возникать при приеме пищи или присутствовать постоянно; часто вхо­дит в структуру функциональных расстройств дыхания.

• Истерические расстройства речи: к ним относятся афония (шепотная речь или охриплость), истерическая немота (мутизм), истерическое заикание; при истерическом мутизме сохраняется способность к общению посредством жестикуляции и письма; к особым формам рас­стройств относятся изменения речи, возникающие на религиозной ос­нове и с психопатологическими явлениями религиозного содержания, к ним относится, в частности, меряченье — повторение слов, движений и жестов других людей, сочетающееся с беспрекословным выполнени­ем команд при формально ясном сознании.

• Истерические гиперкинезы. Трудность их диагностики заключает­ся в полиморфизме, отсутствии единого двигательного образа. К са­мым частым гиперкинезам относится тремор, который может иметь лю­бую локализацию и наблюдаться либо изолированно, либо в сочетании с другими типами гиперкинезов.

Синдромы истерических сенсорных расстройств

•Анестезии*—*отсутствие чувствительности на тактильные, болевые, температурные раздражители. Область анестезии не соответствует периферической иннервации, границы ее устанавливаются в связи с представлениями больного и принимают вид «коротких перчаток» при поражении предплечья, «длинных перчаток» при поражении плеча, «носка» при поражении голени.

• Парестезии *—* особое ощущение, при котором создается впечатление онемения, жжения, покалывания, бегания мурашек и т. д.

• Истерические боли. Затрагивают любые части тела, но чаще локализуются в голове («истерический гвоздь», «истерическая каска»). Характеризуются отсутствием точной локализации, не сочетаются с вегетативными симптомами и нарушениями сна. Не сопровождаются эмоциональными реакциями, характерными для органических болей.

• Истерические нарушения зрения: 1) концентрическое сужение полей зрения; 2) множественное видение —двоение, троение в одном глазу или двустороннее учетверенное изображение; 3) макропсия или микропсия (восприятие предметов в увеличенных или уменьшенных размерах); 4) дальтонизм; 5) нарушение остроты зрения или амблиопия;  
6) истерическая слепота. Важнейшими признаками истерической сле­поты, отличающей ее от истинной, является сохранение реакции зрачков на свет, оптико-кинетического нистагма, зрительного контроля над поведением (обход препятствий при ходьбе).

• Истерическая глухота. В отличие от истинной глухоты, при истерической отсутствуют отоскопические изменения, сохраняются нормаль­ные ухопальпебральный и улиткозрачковый рефлексы, сохранена фи­зиологическая вагусная возбудимость при вращательной, температурной и гальванической пробах. Отмечается также исчезновение глухоты под влиянием громкого шума.

• Истерическая потеря обоняния и вкуса. Встречается довольно ред­ко и сочетается с анестезией. Потеря обоняния включает в себя также нарушение ощущения резких запахов, например аммиака. Потеря вку­са сочетается с патологическим отсутствием чувства голода (анорексия).

• Истерические стигмы — локальные кровотечения на лбу, ладо­нях, стопах, в области сердца, соответствуют религиозным веровани­ям в распятого Христа. Сочетаются с истерическим сужением сознания и экстатическими переживаниями.

***Синдромы истерических вегетативно-висцеральных расстройств***

• Синдром нарушения сердечной деятельности: лабильность пуль­са, колебания артериального давления, сердцебиения, ощущения зами­рания, сжатия, жжения, укола.

• Синдром дыхательных нарушений: утрата полноценности вдоха, нарушения ритма дыхания, приступы частого, поверхностного, «собачьего» дыхания, появляющиеся в момент нервно-психического напря­жения.

• Синдром желудочно-кишечных расстройств: анорексия, аэрофагия, отрыжка, срыгивание, рвота, гастралгия, невротические наруше­ния функции кишечника (частая перистальтика, «медвежья болезнь»).

• Синдром мочеполовых расстройств: дизурия или жалобы на частое мочеиспускание, неприятные ощущения в половых органах.  
• *Болевой синдром:* головная боль, боли в крестце, суставах, конечностях, жгучие боли в области половых органов, заднего прохода, рото­вой полости, боли в других участках тела.

• Мнимая беременность. Присутствуют внешние признаки физиологической беременности. В клинической картине наблюдается аменорея или дисменорея, тошнота и рвота, нагрубание молочных желез, увели­чение объема живота вследствие вздутия кишечника и т. п. При обсле­довании, однако, обнаруживается отсутствие увеличения матки и сердцебиения плода.

• Синдром Мюнхгаузена: представляет собой имитацию заболевания внутренних органов, чаще желудочно-кишечного тракта. Характеризу­ется чрезмерно драматическими жалобами на мнимые соматические заболевания с почти насильственной тягой к псевдологии и фантазированию. Возникает у людей с тяжелыми эмоциональными нарушения­ми, чаще у истероидных психопатов.

***Синдромы истерических психотических расстройств***

Патогенетической основой истерических психотических расстройств являются механизмы диссоциации (т. е. утрата способности к синтезу психических функций и сознания).

• Диссоциативная амнезия — полная или частичная утрата способности воспроизводить важную информацию относительно собственной личности. Способность к заучиванию новой информации сохранена.

• Диссоциативная фуга — реакция бегства. Проявляется совершен­но неожиданным уходом из дому или с работы с последующей утратой способности вспомнить основные сведения о собственной личности.

• Истерический ступор и истерическое двигательное возбуждение —ступор может быть полным или неполным, самостоятельной формой реакции или начальным этапом других истерических психозов. Пол­ный истерический ступор отличается полной неподвижностью, мутизмом, часто восковой гибкостью, реже мышечной ригидностью. Возбуж­дение представляет собой бурную эмоциональную реакцию с бешен­ством, гневом, хаотическим метанием.

• Трансы и состояния овладения. Транс — это состояние нарушенного сознания со снижением способности отвечать на внешние раздра­жения. Состояние овладения характеризуется ощущением существова­ния в теле духа, дьявола, божества, возбуждением, изменением речи: больной говорит не своим голосом, будучи убежденным, что это голос другого существа.

• Синдром Ганзера (ганзеровское сумеречное состояние) включает в себя четыре признака:

1) «ответы мимо», например, когда больного спрашивают, сколько будет дважды два, он отвечает: «Пять»;

2) выпол­нение действий наоборот;

3) сужение сознания;

4) частичная и полная амнезия.

Иногда указанной симптоматике сопутствуют пуэрильное или шутовское поведение, депрессивное настроение, двигательное возбуждение.

• Синдром псевдодеменции также характеризуется мнимым снижением интеллектуальной деятельности (симптомы миморечи, мимодействий, дурашливости), однако сознание при нем нарушено в меньшей степени. Различают депрессивную псевдодеменцию (присоединение тревожно-депрессивного аффект1) и ажитированную.

•Пуэрилизм проявляется поведенческими реакциями, свойственны­ми младшему возрасту: хождение маленькими шагами, говорение сюсюкающим голосом, собирание фантиков и ниточек, изображение игры в куклы с помощью посторонних предметов.

• Расстройство множественной личности — состояние, когда человек попеременно ощущает себя то одной, то другой личностью. Поведе­ние при этом определяется тем, какая из этих личностей доминирует. Облик основной личности полностью исчезает из памяти на тот пери­од, когда действует другая.

• Бредоподобные фантазии описаны K.Birnbaum. В отличие от бредовых идей они не имеют развернутой системы доказательств и признаков патологического переозначивания предметов и явлений. Фантазирование протекает при ясном сознании, их содержание включа­ет в себя сведения из фантастической и приключенческой литературы, различных оккультных источников; больные зачастую говорят о героях приключений, приписывая себе центральную роль. Фантазии держатся недолго, особенностью их является то, что пациенты нисколько не смущаются, если им возражают или уличают в противоречиях.

• Истерическое сумеречное состояние включает в себя симптомы, свойственные любому виду помрачения сознания: дезориентировку, выключение из ситуации, нарушение контакта с действительностью. В одних случаях симптоматика ограничивается яркой и выразительной демонстрацией мнимого слабоумия, детских эмоциональных реакций, в других — представляет собой сложные полиморфные картины. Более развернутые варианты психоза характеризуются состояниями с ярки­ми, эмоционально насыщенными визуализированными представлени­ями, объединенными, несмотря на их фрагментарность и изменчивость, единой фабулой с сопутствующим аффектом страха, напряжения или веселья. У больных, имевших до возникновения психоза религиозный опыт, нередко формируются экстатические чувственные бредоподобные фантазии с религиозно-эротическим содержанием. Сумеречные состоя­ния с речевой бессвязностью проявляются речевым потоком, состоящим из отдельных слов, их фрагментов, междометий, отражающих аффек­тивное напряжение. Течение истерического сумеречного состояния вол­нообразное, время от времени дезориентировка уменьшается, но затем возникает снова. В момент выхода из психоза формируется постреак­тивная астения. Воспоминания о приступе либо совсем отсутствуют. либо остаются смутными, фрагментарными.

***Истерические синдромы при психогенно обусловленных психических расстройствах***

Современные подходы к диагностике истерического невроза, положен­ные в основу классификаций DSM-IV и ICD-10 явились итогом работы исследовательского коллектива под руководством американского ученого S.B.Guse и основываются на положениях, развитых еще в работах P.Briquet. Суть этих подходов заключается в отделении конверсионных реакций, в структуру которых входит псевдоневротический моносимптом, от собственно исте­рии, являющейся полисимптомным заболеванием.

Отказавшись от термина «истерия» как травмирующего психику больных, S.B.Guse и соавт. заменили его на более мягкий — «соматизированное расстройство». Позиция авторов заключалась в том, что диагноз истерии (синдрома Брике) должен удовлетворять следующим критериям:  
1) появление первого эпизода до 35-го года жизни;

2) отсутствие органи­ческой причины расстройства и

3) наличие не менее 25 из 60 симптомов, распределенных, по крайней мере, на 9 из 10 следующих групп:

1) головная боль, чувство общего недомогания;

2) парезы или параличи, афония, анестезия, слепота, глухота, судорожные припадки, нарушения сознания, истерические галлюцинации, астазия-абазия, амнезия, задержка мочи;

3) физическая и психическая утомляемость, «истерический комок» в горле, обмороки, боль при мочеиспускании;

4) страх, одышка, сердцебиение, боли в области сердца, головокружение;

5) отвращение к пище, тошнота, метеоризм, потеря аппетита, колебания массы тела, похудание, понос, запор;

6) боли в животе, рвота;

7) дисменорея, аменорея, обильные месячные;

8) половая слабость и холодность, болезненность при половых сношениях, плохое самочувствие во время беременности;

9) боли в крестце, суставах, конечностях, жгучие боли в области половых органов, заднего прохода, ротовой полости, боли в других участках тела;

10) страхи, плаксивость, раздражительность, снижение настроения, пессимизм, ожидание смерти, суицидальные мысли и попытки.

Принципиальной ошибкой подобного диагностического подхода A.Jakubic считает включение в рамки истерии многих симпто­мов типичных для депрессивных, ипохондрических, фобических и психосоматических состояний. Другие же авторы, напротив, полагают, что изучение патоморфоза истерии выявило тенденцию к редукции выраженных и очерченных истерических расстройств за счет увеличения количества соматизированных, фобических и ипохондрических состояний с вегетативными признаками. Основными чертами патоморфоза являются резкое сокраще­ние количества истерических припадков, нарушений чувствительно­сти по типу «носков», «перчаток» и увеличение количества состоя­ний с онемением конечностей, нервной дрожью, обмороками.  
Отграничение истерического невроза от истероидной психопатии представляет известные трудности. По мнению В.Н.Мясищева, для истерической личности характерны повышенная чувствительность, впечатлительность, внушаемость, самовнушаемость, неустойчивость настроения, эгоцентризм. В отличие от истероидной психопатии, при неврозе эти личностные особенности меньше выражены, не приводят к значительному снижению социально-этического уровня больных и все­гда являются следствием большего влияния прижизненных факторов, выступающих в виде определенных вариантов неправильного воспита­ния.

***Истерические синдромы при эндогенных психических заболеваниях***

Проблема нозологической самостоятельности истерических психозов представляется спорной. Одни авторы — J.Breuer, S.Freud, M.H.Hollender, S.J.Hirsch, Н.И.Фелинская — считают истерические психозы самостоятельными заболеваниями, другие — E.Bleuler, W.Mayer-Gross, Р.А.Наджаров, А.Б.Смулевич— рассматривают истерические психотические синдромы в структуре шизофрении.

Клиническая картина шизофрении с истерическими проявлениями была подробно изучена С.А.Овсянниковым. Он выделил три группы больных, первая из которых в начале заболевания характеризовалась преобладанием истерических симптомов, вторая—сочетанием истерических, обсессивно-фобических и деперсонализационно-дереализационных. У больных третьей группы с самого начала истеричес­кие проявления сочетались с рефлексией, умственной жвачкой, нарас­танием замкнутости, снижением активности. При дальнейшем течении шизофренического процесса истероидная симптоматика трансформи­ровалась в рудиментарные бредовые и галлюцинаторные расстройства.

Рудиментарные истерические проявления встречаются и при биполярном аффективном расстройстве. A.Krauz наблюдал истерические и псевдоистерические феномены при ажитированной депрессии. смешанных маниакальных и депрессивных состояниях, при хрони­ческих депрессиях по миновании выраженной депрессивной симптоматики.

***Истерические синдромы при органических психических расстройствах***

Исторически одним из первых органических заболеваний головного мозга, при котором описывались истерические проявления, была эпилепсия. Как указывает H.Gastaut, ***термин «истероэпилепсия»*** служил для обозначения: 1) сочетания эпилептических припадков и истерических приступов у одного и того же больного; 2) припадков, напоминающих эпилептические, однако вызываемых или прекращаемых внушением; 3) истериоформных эпилептических припадков. По мнению автора, данный термин устарел, поскольку клиническая реальность указанных сочетаний не служат основанием выделять истероэпилепсию в отдель­ную нозологическую единицу. В дальнейшем выяснилось, что истери­ческие симптомы встречаются при опухолях головного мозга, болезни Паркинсона, рассеянном склерозе.

При алкоголизме нередко в отдельную группу включают больных с так называемым истерическим характером. При нем истерические особенности настолько часто сочетаются с возбудимостью, что во многих случаях говорят об истеро-возбудимом типе личности. Заострение преморбидных истерических особенностей после формирования алкоголизма определяется обычно тем, что «жажда признания» становится грубой и проявляется прямолинейным бахвальством, откровенной бравадой, не­прикрытой ложью. На II и III стадиях алкоголизма формируются истеро-депрессивные синдромы в сочетании со зрительными, слуховыми, осязательными галлюцинациями и аффективной насыщенностью галлю­цинаторных переживаний.

Истерическая симптоматика встречается также и при некоторых хро­нических соматических заболеваниях. К.Л.Иммерман и Л.Э.Панкрато­ва выявили у больных с туберкулезом приступы одышки при отсутствии симптомов легочно-сердечной недостаточности, ощущения «комка в горле», онемения конечностей, истерические припадки на фоне демонстративного поведения.

По мнению Б.Д.Карвасарского, истерические проявления у больных с органической патологией обусловлены не столько церебральной нейродинамикой, сколько психогенными факторами и преморбидными особенностями личности. Правильная диагностика в этом случае помогает выбрать адекватные терапевтические воздействия.

***Клинические варианты истерических синдромов и их сочетания с другими синдромами***

Несмотря на многообразие истерических синдромов, нередко выяв­ляются следующие варианты их сочетаний с синдромами других пси­хических расстройств:

• при неврозах — *истеро-неврастеническии, истеро-фобический, истеро-ипохондрический*;

• при психопатиях — *истеро-возбудимый, истеро-эпилептоидный, истеро-гипертимный, истеро-шизоидный*.

• при реактивных психозах — *аффективно-истерический, депре­сивно-истерический, истеро-паранойяльный, истеро-параноидный, аффективно-истеро-параноидный, истеро-галлюцинаторно-параноидный, истеро-делириозный, ступорозно-истерический*.

***Возрастные особенности истерических синдромов***

В период первого возрастного криза (3-4 год1) чаще всего встречаются приступы удушья, нервная рвота, гиперкинезы, истерические аффективные припадки, заикание, мутизм, энурез и энкопрез.

Для возраста 7-8 лет наиболее характерны расстройства сна, истерическая рвота, трихотилломания, заикание, элективный мутизм, афония, дрожь, тики, хореоформные приступы, наклонность к фантазированию.

В подростковом возрасте истерический невроз проявляется неврастеноподобными жалобами на бессонницу, головные боли, сердцебиения и перебои, спазмы в животе, тошноту, отсутствие аппетита. Встре­чаются также психастеноподобные фобии и истерические депрессии.  
Проявление истерической симптоматики в пресенильном возрасте происходит на фоне выраженного астенического состояния. Характерны яркие вегетососудистые нарушения: чувство удушья, «комка в горле», резкие кишечные спазмы, сердцебиения. Заметно чаще, чем у людей молодого возраста, встречается истерическая депрессивная симптома­тика.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение истерического синдрома.

2). Назовите синдромы истерических двигательных расстройств.

3). Перечислите и дайте характеристику сенсорных истерических расстройств.

4). Назовите клинические варианты истерических синдромов и их сочетания с другими синдромами.

5). Какие возрастные особенности истерических синдромов выделяют?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) припадком с тонической фазой

2) припадком с клонической фазой

3) апатией

4) эйфорией

5) разнообразием сложный выразительных движений

2. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1)ипохондрическим бредом

2) припадком с тонической и клонической фазой

3) усилением и затягиванием припадка при наличии скопления людей

4) апатией

5) эйфорией

3. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) припадком с тонической и клонической фазой

2) психогенной обусловленностью

3) мутизмом

4) эйфорией

5) апатией

4. ИСТЕРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) психогенной слепотой

2) явлением астазии-абазии

3) утратой слуха

4) анестезией участков тела

5) концентрическим сужением полей зрения

5. ИСТЕРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) психогенной слепотой

2) различными гиперкинезами и тиками

3) утратой слуха

4) анестезией участков тела

5) концентрическим сужением полей зрения

6. ИСТЕРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) психогенной слепотой

2) функциональными парезами и параличами

3) утратой слуха

4) анестезией участков тела

5) концентрическим сужением полей зрения

7. ИСТЕРИЧЕСКИЕ СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) гиперкинезами

2) явлением астазии-абазии

3) функциональными парезами

4) психогенной слепотой

5) функциональными параличами

8. ИСТЕРИЧЕСКИЕ СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) гиперкинезами

2) явлением астазии-абазии

3) функциональными парезами

4) утратой слуха

5) функциональными параличами

9. ИСТЕРИЧЕСКИЕ СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) гиперкинезами

2) блефароспазмом

3) афонией

4) мутизмом

5) амаврозом

10. ИСТЕРИЧЕСКИЕ СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) гиперкинезами

2) явлением астазии-абазии

3) функциональными парезами

4) анестезией участков тела

5) функциональными параличами

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больная днем в присутствии родственников после конфликта упала на диван, закатила глаза. Вскоре у нее появились тонические судороги в руках, которые продолжались 5 минут и сменились клоническими судорогами всего тела, без прикуса языка, самопроизвольного мочеиспускания не наблюдалось. В момент припадка реакция зрачков на свет были сохранены.   
Весь припадок длился 15 минут.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Что явилось причиной данного состояния?

3. Сохранит ли больная воспоминания о припадке?

4. Каковы рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Истерический припадок.

2. Острая психическая травма-конфликт с родсвенниками.

3. Воспоминания будут отрывочными.

4. Консультация психиатра, возможно проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №2**

Больной 32 года, артистка. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно – постоянно и эмоционально рас­сказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т. п. С детства упрямая, капризная, повышенно эмоциональна. На незначительные неприятности давала бур­ные реакции плача, рыданий и «припадков». В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Счита­ет, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечался судорожный припадок с плачем и смехом. Очень внушаема.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Вследствие чего развился судорожный приступ?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический припадок.
2. Приступ развился в связи с психотравмирующей ситуацией – конфликтом с администрацией театра.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Лечение у психотерапевта.
5. При разрешении ситуации – полное выздоровление, при длительном существовании неразрешенного конфликта – формирование невротического развития личности.

**Задача №3**

Молодая женщина с криком, рыданиями катается по полу, отмечаются хаотичные судорожные движения конечностей с выразительным выгибанием тела дугой. На вопросы не отвечает. При попытке определения реакции зрачков на свет больная плотно сжимает веки. Со слов мужа, этому состоянию предшествовала ссора.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Вследствие чего развился приступ?
3. С чем следует дифференцировать данный припадок?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический припадок.
2. Приступ развился в связи с психотравмирующей ситуацией – ссора с мужем.
3. Данный приступ следует дифференцировать с эпилептическим припадком.
4. Консультация психиатра, лечение у психотерапевта.
5. Относительно благоприятный.

**Задача №4**

Больной 34 года, домохозяйка, на приеме в сопровождении мужа. Причина обращения – тяжелое расстройство походки. С детства упрямая, капризная, требующая признания. Некоторое время назад муж привел домой дочь от первого брака, у которой умерла мать. Вскоре у пациентки появились боли в спине, которые усиливались утром, когда муж уходил на работу, и вечером, если он задерживался. Иногда не спала ночью от боли. Принимала обезболивающие и противовоспалительные средства – без эффекта. Неврологи патологии не обнаружили, однако состояние ухудшилось, появилась слабость в ногах, не могла ходить на прямых ногах, передвигалась вприсядку гусиным шагом.

1. Квалифицируйте состояние.
2. С чем связано ухудшение состояния?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерические двигательные расстройства.
2. Ухудшение состояния связано с психотравмирующей ситуацией, неприемлемой для пациентки.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Консультация психиатра, лечение у психотерапевта.
5. Относительно благоприятный.

**Задача №5**

Больная Р., 45 лет. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет.

Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит.... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет «закатывала» глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохранными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания.

Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

1. Квалифицируйте состояние.
2. С чем связано ухудшение состояния?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерические двигательные расстройства.
2. Ухудшение состояния связано с психотравмирующей ситуацией, неприемлемой для пациентки.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Консультация психиатра, лечение у психотерапевта.
5. Относительно благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить истерические синдромы.

2). Уметь выявить клинические варианты истерических синдромов.

3). Уметь выявить истерические синдромы, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Истерические сумеречные состояния.

2. Терапия истерических расстройств.

3. Реактивные психозы.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.22. **Тема:** «Деперсонализационно-дереализационные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Правильный синдромологический ди­агноз во многом определяет успех лечения, а значит течение заболевания и дальнейшую жизнь больного. Деперсонализационно-дереализационный синдром может возникать транзиторно у здоровых людей, а также развиваться при различных патологических состояниях.Эти состояния достаточно широко распространены не только в психиатрической клинике, но и в практике врачей других специальностей. Обучающийся должен четко знать определение, описание синдромов, клинические варианты и сочетания с другими синдромами, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам деперсонализационно-дереализационных синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: симптоматологию деперсонализационно-дереализационных синдромов.

Уметь: выявлять деперсонализационно-дереализационные синдромы, зная особенности протекания, возрастные особенности, клинические варианты и сочетания с другими синдромами.

Владеть: методами обследования больного с деперсонализационно-дереализационными синдромами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства; способами оказания помощи пациентам с деперсонализационно-дереализационными синдромами.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения деперсонализационно-дереализационных психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике деперсонализационно-дереализационных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Деперсонализационно-дереализационный синдром при пограничных психических расстройствах».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Деперсонализационно-дереализационный синдром, как следует из его названия, включает в себя два ряда психопатологических явлений: деперсонализационные и дереализационные.

О деперсонализационно-дереализационном синдроме следует говорить, когда подобные нарушения бывают ведущими, стойкими, а иногда почти единственными признаками психического расстройства, что встречается не так часто.

Принято различать аутодеперсонализацию, соматодеперсонализацию и дереализацию.

*Аутодеперсонализация* проявляется жалобами на непонятное трудноописуемое словами изменение самого себя, собственной личности. Подростки обычно не могут подыскать нужные слова, чтобы рассказать об этих изменениях. Говорят, что «не такой, как раньше», «стал, как автомат», «как истукан»; часто придумывают собственные термины для обозначения своего состояния («отрубился» и т. п.). Особенно мучительно переживается «потеря всех чувств»: «разучился переживать», «не могу ни радоваться, ни волноваться, как раньше», «ничего не трогает», «перестал сочувствовать другим»— все это обычно обозначается как симптом «болезненного бесчувствия» (anaesthesia dolorosa). Иногда больше выступает переживание неестественности своего поведения. Говорят, что все делают механически, заявляют, что «нет сообразительности в действиях».

*Соматодеперсонализация* сводится к необычным телесным ощущениям или нарушениях схемы тела. Например, руки кажутся неодинаковыми по размеру, хотя осознается, что этого быть не может; все тело — отупевшим, бесчувственным, отяжелевшим; конечности — деревянными; лицо — опухшим и т. п.

*Дереализация* часто дополняет деперсонализацию, но может быть и без нее. Жалуются на «незримую стену» между собой и окружающей обстановкой, все видится, «как через стекло», все кажется бесцветным, краски поблекли, звуки притупились. Чаще всего приходится слышать, что все вокруг как-то странно и необычно изменилось, а в чем эта перемена — словами передать невозможно.

При деперсонализации и дереализации сохраняется определенное критическое отношение к болезненным переживаниям, они бывают мучительны, не дают больным покоя, а избавиться от них они не могут.

Описывая деперсонализацию, E.Kraepelin выделил шесть ее признаков:

1) общее изменение ощущений, возникающих как из физической сферы, так и из течения духовных процессов;

2) утрату ощущений собственного тела;

3) туманность представлений;

4) утратувнутреннего чувства деятельности;

5) неосознание участия «Я» в стра­даниях и поступках;

6)обезличение.  
Современному пониманию деперсонализации во многом способствовала концепция самосознания K.Jaspers. По его мнению, созна­ние «Я» имеет четыре формальных признака:

1) активность «Я»;

2) един­ство «Я»;

3) идентичность «Я»;

4) противопоставление сознания «Я» внешнему миру.

Изменения одного или нескольких компонентов приво­дит к деперсонализации. Этим изменениям соответствуют следующие расстройства:  
•*расстройство самосознания активности —* переживание вялости, аспонтанности, затруднений в принятии решений; больные отмечают, что утратили способность отчетливо мыслить, все делают как бы автоматически.  
•*расстройство единства «Я» —* переживание внутреннего разло­ма, распада личности («потеряла свое «Я», свою личность, из меня зло какое-то идет, мерзость какая-то»).  
• *расстройство идентичности «Я» —* переживание раздвоенности личности в истинном смысле; возникает только тогда, когда характер развертывания двух рядов событий психической жизни позволяет гово­рить о двух отдельных, абсолютно независимых друг от друга личнос­тях, каждой из которых свойственны свои ощущения и ассоциации;  
• *расстройство противопоставления сознания «Я» внешнему миру —* переживание отождествления себя с предметами внешнего мира: больным кажется, что они исчезают, становятся «математическими точками» или продолжают жить в окружающих предметах.

Трудность диагностики деперсонализации обусловливается достаточно глубоким, витальным уровнем нарушения психики, недифференцированностью ощущений, чувств и представлений пациентов о соб­ственной измененности, а также аморфностью и неупорядоченностью переживаний. Для описания своего состояния больные нередко приме­няют сравнения, метафоры, которые имеют важное диагностическое зна­чение.  
Известны следующие виды деперсонализации:  
• *виталъная —* снижение или исчезновение чувства собственного наличного бытия: при нерезко выраженных проявлениях отмечаются переживания собственной измененности с ослаблением чувства жизнедеятельности; в тяжелых случаях исчезает самоощущение жизни («я не живу», «я не могу двигаться», «меня не существует», «я — ничто»);  
• *аутопсихическая —* преимущественное отчуждение психических функций; в нерезко выраженных случаях отмечаются идеаторные нарушения («не могу мыслить как раньше»; «говорю, а речь свою не слышу»); к тяжелым расстройствам относится синдром болезненного бесчувствия (anaesthesia psychica dolorosa), в структуре которого отмечаются полная утрата чувств («нет ни радости, ни горя», «исчезли все чувства к дочери, внукам»), мучительные тягостные переживания, суицидаль­ные тенденции.  
• *соматопсихическая —* переживание чуждости собственного тела, отдельных его частей или физиологических функций («голова как ват­ная», «не чувствую ни рук, ни ног», «чувство боли пропало»); в тяже­лых случаях больные не могут понять, сыты они или голодны, есть ли позывы на акт мочеиспускания или дефекации или нет; отличие соматопсихической деперсонализации от расстройства схемы тела заключа­ется в том, что в первом случае переживается отчуждение, а во вто­ром —только изменения телесных размеров и пропорций.

**Дереализация.** Г.В.Морозов определяет ее как расстройство самосознания, сопровождаемое чувством измененности одушевленных и неодушевленных предметов, обстановки, явлений природы. При дереализации окружающее воспринимается измененным, странным, неотчетливым, чуждым, призрачным, тусклым, застывшим, безжизненным. Оно воспринимается как бы «сквозь туман, молоко, пленку, малопроз­рачное стекло» и т. д., часто утрачивает объемность и перспективу. В других случаях сравнивают окружающее с декорацией. Видоизменяются акустические феномены: голоса и звуки отдаляются, становятся неотчетливыми, глухими. При дереализации часто нарушается чувство времени, в ряде случаев оно исчерпывает все расстройство: время за­медляется, останавливается, исчезает. От галлюцинаций дереализацию отличает отсутствие мнимовосприятия, от иллюзий — правильное определение окружающего, от психического автоматизма — принадлежность расстройства к своему «Я» и отсутствие чувства сделанности.

Патогенез синдрома изучен мало. Имеются лишь единичные работы, указывающие на дисфункцию в зрительных, слуховых, соматосенсорных областях коры головного мозга, а также областях, ответственных за интеграцию схемы тела. Трудно говорить о четком разделении деперсонализационно-дереализационного синдрома по степени тяжести. Чаще, описывая клиническую картину, упоминают о «более легких» или о «более тяжелых» случаях.

***Деперсонализационно-дереализационные синдромы при пограничных психических расстройствах***

Круг деперсонализационно-дереализационных явлений при пограничных психических расстройствах достаточно широк. Они встречаются не только при очерченных невротических состояниях, но и как проявления психогений в непривычных условиях существования.  
Деперсонализационные и дереализационные расстройства, проявляющиеся в состоянии кратковременной невесомости и имеющие фазный характер, описаны О.Н.Кузнецовым и В.И.Лебедевым. В первой фазе диссоциация деятельности анализаторов проявляется неприятны­ми ощущениями и отдельными нестойкими пространственными иллю­зиями, во второй отмечаются деперсонализационные расстройства с правильной интерпретацией своих ощущений, в третьей — деперсонализация и дереализация с бредовой интерпретацией. Отдельные деперсонализационно-дереализационные феномены отмечены у адептов религиозных сект, которые подверглись экстремальным методам воздействия на психику. Свои переживания они называли «выходами в бессмысленное сознание, когда нет ни мыслей, ни чувств». У здоровых людей все эти явления проходят без специ­ального лечения по мере того, как прекращается воздействие экстремального фактора.

В клинической картине выделяют три типа деперсонализации: *невротическую, депрессивную и коррелирующую* *с изменениями личности*, с которыми соотносят три степени тяжести синдрома.

При невротическом типе деперсонализационные расстройства чаще бывают связаны с изменением активности. Явления отчуждения здесь носят физикально четкий характер и сходны подчас с неврологическими феноменами. У больных отмечается полная крити­ка, рефлексия носит характер навязчивого самонаблюдения; наиболее частыми являются сочетания с расстройствами невротического спектра (фобии, навязчивости, вегетативные нарушения, невротическая депрес­сия). Изменения личности выражены наименее отчетливо. При этом типе нередко наблюдается течение в виде транзиторных приступов или дли­тельных малопрогредиентных состояний. Расстройства выступают в виде моносимптома или *«фобически-деперсонализационного синдрома».*

***Деперсонализационно-дереализационные синдромы при эндогенных психических заболеваниях***

**Эндогенные депрессии.** Взаимосвязям деперсонализационных проявлений с депрессией посвящены многие исследования. Деперсонализационные проявления встречаются при тоскливой, тревожной и апатической депрессиях. Ядром психического отчуждения при тоскливой депрессии (мелан­холии) является неспособность чувствовать и переживать. Характерно тягостное чувство утраты эмоций; больные описывают свое состояние не как печальное, тоскливое, а как «окаменелое», «равнодушное», «пу­стое», «мертвое», «выгоревшее». Прекращается субъективное пережи­вание времени, утрачивается перспектива будущего, актуализируются идеи виновности. При тревожных депрессиях деперсонализационные расстройства представлены мозаично, неравномерно. Довольно часто больные отмечают чувство утраты внутренней личной определенности, а анестетические переживания ограничиваются преимущественно ангедонией и отсутствием положительно окрашенных эмоций.

Относительно меньшей актуальностью, но устойчивостью и широтой проявлений, с особым акцентом на переживаниях утраты спонтан­ной волевой активности, отличается деперсонализация в структуре апа­тических депрессий. Трудности в распознавании деперсонализации заключаются в том, что у больных перестает выяв­ляться аффективная симптоматика. Их поведение и высказывания нередко ведут к ошибочной диагностике дефектного состояния при ши­зофрении. Но главное заключается в том, что эти расстройства появля­ются, как правило, остро, приходя на смену состояниям с тревогой и страхом.

**Шизофрения.** Шизофрения с деперсонализационными расстройства­ми, начинается, как правило, в юношеском воз­расте у лиц, имеющих в преморбиде черты замкнутости, тревожности, повышенной чувствительности. На первый план выступает деперсонализационный синдром с преобладанием чувства собственной измененности. Раньше всего отмечается недовольство собой, потеря «чувствен­ного тона», исчезают яркость и четкость восприятия окружающего. Эти явления сочетаются с дереализацией, когда мир кажется измененным, безжизненным, застывшим. В тяжелых случаях нарушается сознание идентичности собственного «Я», противопоставление «Я» внешнему миру. Больные перестают ощущать себя как личность, считают, что у них нет ничего своего, индивидуального, и они копируют поведение дру­гих. К 20—25 годам эти явления редуцируются и отчетливо проступают черты шизофренического дефекта.

***Деперсонализационно-дереализационные синдромы при органических психических расстройствах***

Органическая основа деперсонализационно-дереализационных феноменов наиболее ярко проявляется при эпилепсии. Так, при амигдалогиппокампальной локализации эпилептического очага на первый план выступают дереализационные проявления. К ним относятся переживания смещения прошлого и будущего. Так, попадая в незнакомую обста­новку, больному представляется, что все происходящее было прежде: dеja vu (уже виденное), dеja eprouve (уже испытанное), dеja vecu (уже пережитое), dеja entendu (уже слышанное), dеja ressenti (уже прочувствованное). В других случаях в знакомой обстановке ощущается, что ранее пережитых в ней событий и явлений никогда не было: примером является jamais vu (никогда не виденное). Для эпилепсии характерна также деперсонализация с похожими на сновидения грезоподобными состояниями.

Деперсонализация и дереализация могут возникнуть на фоне при­ема лекарственных препаратов, например трициклических антидепрессантов, Н1-блокаторов. Описаны возникшие на фоне внутримышечного введения пенициллина псевдоанафилактические реакции, которые характеризуются ощущениями собственной измененности, нереальности окружающего, ажитацией, паникой, обманами вос­приятия.

При соматических заболеваниях, например при хронической почечной недостаточности, деперсонализационно-дереализационные феноме­ны временны, не носят характера изменения собственного «Я» и сопровождаются критикой по мере улучшения состояния. При нарастании отека мозга соматопсихическая деперсонализация приближается к расстройствам схемы тела.

***Клинические варианты деперсонализационно-дереализационных синдромов и их сочетания с другими синдромами***

Ю.Л.Нуллер считает деперсонализацию неспецифической в отношении нозологии реакцией, возникающей при различных психо­зах, а также у больных с пограничными состояниями и у психически здоровых лиц в условиях сильного эмоционального напряжения. Де­персонализация, как правило, возникает после интенсивного стресса, психопатологически проявляющегося аффектами тревоги и страха. При эндогенных психозах она появляется на высоте психотической тревоги, страха, тяжелой витальной тоски и часто лежит в основе ипохондри­ческой фиксации и ипохондрического бреда. Этим обусловлены раз­личные сочетания деперсонализации и дереализации с другими синд­ромами:

• **при пограничных состояниях**—*деперсонализационно-фобический, деперсонализационно-ананкастический, деперсонализационно-ипохондрический, деперсонализационно-истерический*;

•**при аффективных психозах**—*депрессивно-деперсонализационный; деперсонализационная субдепрессия, дереализационная субдепрессия*; *деперсонализационно-бредовой* (имеются в виду мегаломанический бред величия и бред самоуничижения);

• **при органических заболеваниях и повреждениях головного моз­га**—*астенодеперсонализацнонный*;

• **при шизофрении** — *дисморфоманически-деперсонализационный*.

***Возрастные особенности деперсонализационно-дереализационных синдромов***

По данным В.М.Башиной, у детей старше 3 лет выявляются нарушения самовосприятия с чувством утраты собственного «Я». Дети мучительно переживают это состояние, пытаясь добиться от родствен­ников, откуда им известно, что «Я — это я». При этом не бывает отказа от своего имени и ощущения раздвоения.

К другому типу нарушений можно отнести отчуждение действий, когда у детей теряется уверенность в их выполнении, и они задают недоуменные вопросы: «Я ел или не ел?», «Я одевался или не одевался?». Редкие виды аутопсихической деперсонализации у больных шизофре­нией детей 4-7-летнего возраста представлены отчуждением чувства своего возраста, сна, любви к родителям.Здесь явления отчуждения чаще всего сочетаются с астеническими расстройствами, нарушениями мышления и патологическими телесными ощущениями.

Депрессивно-дереализационный синдром у больных с аффективными психозами в позднем возрасте встречается сравнительно редко. Проявления синдрома в старческом возрасте харак­теризуются изменением вкуса, отсутствием чувства голода или насыщения, изменением температурной и тактильной чувствительности и нередко сочетаются со слабодушием, нарушением памяти и другими атеросклеротическими нарушениями.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение дереализации.

2). Дайте определение деперсонализации.

3). Перечислите и дайте характеристику видов деперсонализации.

4). Назовите клинические варианты деперсонализационно-дереализационных синдромов.

5). Какие возрастные особенности деперсонализационно-дереализационных синдромов выделяют?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. АУТОМЕТАМОРФОПСИИ ОТНОСЯТСЯ К

1) психосенсорным расстройствам

2) деменции

3) сенестопатиям

4) псевдогаллюцинациям

5) расстройствам памяти

2. МЕТАМОРФОПСИИ ЭТО

1)ипохондрический бред

2) псевдогаллюцинации

3) нарушение ориентировки в собственной личности

4) нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства

5) искажение восприятия формы своего тела

3. ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ СИНДРОМОВ

1) невротических

2) галлюцинаторно-бредовых

3) аффективных

4) помрачения сознания

5) нарушения самосознания

4. ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) нарушением ориентировки в месте и времени

2) галлюцинациями

3) искаженным восприятием окружающей реальности

4) мнестическими расстройствами

5) эйфорией

5. НАРУШЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ ОТНОСИТСЯ К

1) галлюцинациям

2) иллюзиям

3) дереализации

4) сенестопатиям

5) деперсонализации

6. В ЛЕГКИХ СЛУЧАЯХ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

1) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей

2) ощущение измененности окружающего мира

3) снижение полноты восприятия окружающего мира

4) чувство утраты

5) ощущение утраты собственного «Я»

7. СОСТОЯНИЕ ДЕРЕАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) чувством собственной измененности

2) восприятием мира призрачным, блеклым

3) ощущением утраты собственного»Я»

4) явлением астазии-абазии

5) ощущением навязанности, сделанности

8. СОСТОЯНИЕ ДЕРЕАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) чувством собственной измененности

2) утратой ощущения реальности мира

3) ощущением утраты собственного»Я»

4) явлением астазии-абазии

5) ощущением навязанности, сделанности

9. ЧУВСТВО ИЗМЕНЕНИЯ, УТРАТЫ СОБСТВЕННОГО «Я» ЭТО

1) синдром деперсонализации

2) синдром дереализации

3) галлюцинаторно-бредовый синдром

4) синдром Котара

5) синдром Лаврецкой

10. ЧУВСВТО ПРИЗРАЧНОСТИ, НЕРЕАЛЬНОСТИ ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА ЭТО

1) бред инсценировки

2) зрительная галлюцинация

3) дереализация

4) зрительная иллюзия

5) нарушение сознания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной, впервые попавший в психиатрическую больницу, незнакомый с врачом и персоналом, утверждает, что он уже здесь бывал и что вся обстановка ему знакома.

1. Назовите симптом.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Симптом уже виденного (дежа вю).

2. Деперсонализационно-дереализационный синдром.

3. Не является нозоспецифичным, может развиваться в рамках шизофренического процесса, неврозах, депрессивных расстройств.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный

**Задача №2**

О больном сообщают,что однажды на заводе он перестал работать, выглядел растерянным. На заданные вопросы ответил, что внезапно почувствовал, будто никогда не был здесь, не видел своего цеха, товарищей.

1. Назовите симптом.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Симптом никогда не виденного (жаме вю).

2. Деперсонализационно-дереализационный синдром.

3. Не является нозоспецифичным, может развиваться в рамках шизофренического процесса, неврозах, депрессивных расстройств.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный

**Задача №3**

Мужчина, 40 лет, инженер на стройке, женат, имеет двоих детей. В анамнезе достаточно здоровый, в институте занимался спортом. По характеру очень ответственный, несколько педантичный, но всегда беспокоился по поводу различных ситуаций на работе. Перенес операцию по поводу грыжи позвоночника. Операция прошла удачно, но период реабилитации длился около 4-х месяцев, который находился дома без какой-либо работы. Стал скучать, был апатичен и на этом фоне за две недели до поступления в стационар развилось состояние, которое его напугало. Возникло ощущение измененности окружающего мира, стал его воспринимать «как через стекло», как очень отстраненный, себя – как выпавшего из этого мира. Не понимал, что с ним происходит, утратил чувство своего «Я», перестал испытывать какие-либо чувства к близким. Не было чувства голода, чувства сна, не ощущал времени, не чувствовал частей тела, «как онемевшие». При поступлении в стационар был крайне напряжен, говорил, что с ним происходит «что-то страшное, непонятное, я совсем сошел с ума».

1. Назовите синдром.

2. Расстройством какой сферы он является?

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Деперсонализационно-дереализационный синдром.

2. Расстройства самосознания, психосенсорные расстройства.

3. Не является нозоспецифичным, может развиваться в рамках шизофренического процесса, неврозах, депрессивных расстройств.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный

**Задача №4**

Студент медицинского университета, 20 лет. Поступает в психиатрический стационар впервые. При подготовке к сдаче экзаменов, возникло ощущение «раздваивания Я», окружающий мир стал восприниматься «неясно, как нечто застывшее, нереальное», исчезло чувство удовлетворенности после еды или опорожнения кишечника. Был в недоумении, тревожен.

1. Назовите синдром.

2. Расстройством какой сферы он является?

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Деперсонализационно-дереализационный синдром.

2. Расстройства самосознания, психосенсорные расстройства.

3. Не является нозоспецифичным, может развиваться в рамках шизофренического процесса, неврозах, депрессивных расстройств.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный

**Задача №5**

Молодой человек, 23 года, предприниматель. Обратился к участковому психиатру с жалобами на бессоницу и «тихое сумасшествие». В беседе выяснилось, что состояние пациента изменилось за две недели до обращения- появилось ощущение, что «мое тело и мое сознание как бы не мои: плохо управляются, мои эмоции приглушены, окружающее выглядит искусственным». Предьявляет жалобы на усталость от «постоянного анализа, прислушивания к себе, погружения в свои ощущения». Испытывает страх от «невозможности понять, что со мной происходит, ощущения надвигающегося безумия».

1. Назовите синдром.

2. Расстройством какой сферы он является?

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Деперсонализационно-дереализационный синдром.

2. Расстройства самосознания, психосенсорные расстройства.

3. Не является нозоспецифичным, может развиваться в рамках шизофренического процесса, неврозах, депрессивных расстройств.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить деперсонализационно-дереализационные синдромы.

2). Уметь выявить клинические деперсонализационно-дереализационных синдромов, их сочетания.

3). Уметь выявить деперсонализационно-дереализационные синдромы, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Нарушение самосознания при тревожно-фобических расстройствах.

2. Явления деперсонализации и дереализации в рамках невротических расстройств.

3. Формирование сознания и самосознания.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.23. **Тема:** «Депрессивные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Эмоциональные нарушения характеризуются неадекватностью эмоционального реагирования на внешние события. В современном обществе все большее распространение приобретают депрессивные расстройства, которые, согласно прогнозу ВОЗ, к 2020 году должны выйти на 2-ое место как причина инвалидности (уступая первенство лишь сердечно-сосудистой патологии). Депрессия значительно снижает качество жизни, нарушает трудовую и социальную адаптацию, часто «маскируется» под соматические или неврологические заболевания либо сочетается с ними, существенно усложняя течение основного заболевания и ухудшая прогноз. Кроме того, депрессия часто сопровождается суицидальными намерениями и поступками; по числу суицидов Россия занимает второе место в мире. Воля - сознательная, целенаправленная психическая активность, связанная с преодолением препятствий. Эмоции и воля во многом определяют поведение людей, их деятельность.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам депрессивных синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: физиологические основы эмоциональной и волевой деятельности, а также клинические проявления их нарушений.

Уметь: выявлять депрессивные синдромы, зная особенности протекания, возрастные особенности, клинические варианты и сочетания с другими синдромами.

Владеть: методами обследования больного с депрессивными синдромами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства; способами оказания помощи пациентам с депрессивными синдромами.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления депрессивных психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике депрессивных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Расстройства эмоций».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ДЕПРЕССИВНЫЕ СИНДРОМЫ (лат. depressio подавленность, угнетение; синдром; син.: депрессия, меланхолия) — психические расстройства, основным признаком которых является подавленное, угнетенное, тоскливое настроение, сочетающееся с рядом идеаторных (расстройства мышления), моторных, а также соматовегетативных нарушений. Депрессивный синдром как и маниакальный, относится к группе аффективных синдромов — состояний, характеризующихся различными болезненными изменениями настроения.

Депрессивный синдром - одно из наиболее распространенных патологических расстройств, встречающихся почти при всех психических заболеваниях, особенности которых отражаются на проявлениях депрессий. Общепринятой классификации депрессивных синдромов нет.

Депрессивные синдромы имеют тенденции к неоднократному повторному развитию, поэтому значительно нарушают социальную адаптацию части больных, меняют их жизненный ритм и в ряде случаев способствуют ранней инвалидизации; это относится как к больным с выраженными формами заболевания, так и к многочисленной группе больных со стертыми клиническими проявлениями болезни. Кроме того, депрессивные синдромы представляют опасность в отношении самоубийства, создают возможности развития наркоманий.

Депрессивный синдром может исчерпывать всю клиническую картину заболевания, либо сочетаться с другими проявлениями психических расстройств.

**ДЕПРЕССИВНЫЙ** синдром характеризуется выраженным снижением настроения с усилением отрицательных эмоций, замедленностью двигательной активности и замедлением мышления. Самочувствие больного плохое, им владеет грусть, печаль, тоска. Больной целыми днями лежит или сидит в одной позе, спонтанно в беседу не вступает, ассоциации замедлены, ответы односложны, часто даются с большим опозданием. Мысли больных мрачные, тяжелые, надежд на будущее нет. Тоска переживается как крайне тягостное, физическое ощущение в области сердца. Мимика скорбная, заторможенная. Характерны мысли о никчемности, неполноценности, могут возникать сверхценные идеи самообвинения или бред виновности и греховности с появлением суицидальных мыслей и тенденций. Депрессивные переживания могут сопровождаться явлением болезненной психической анестезии - мучительного бесчувствия, внутреннего опустошения, исчезновения эмоционального отклика на окружающее. Для депрессивного синдрома характерны выраженные соматовегетативные расстройства в виде нарушений сна, аппетита, запоров, тахикардией, мидриазом, больные худеют, расстраиваются эндокринные функции. Депрессии у взрослых могут наблюдаться также в рамках реактивных психозов и неврозов, при некоторых инфекционных и сосудистых психозах.

Большое диагностическое значение имеют следующие симптомы депрессии.

*Депрессивное настроение:* пониженное настроение, которое может быть выражено многими способами — печалью, страданием, упадком духа, неспособностью чему-либо радоваться, мрачностью, подавленно­стью, ощущением уныния и т. д. Это состояние становится патологическим, когда оно непрерывно, всепроникающе, болезненно или неадекватно жизненным обстоятельствам индивида.

*Утрата интересов:* понижение или потеря интересов или чувства удовольствия в условиях обычно приятной деятельности. Некоторые интересы либо снижаются, либо уменьшается их значение для индивида. Степень снижения должна быть измерена в контексте размера и глубины обычной деятельности индивида.

*Потеря энергии:* ощущение усталости, слабости или истощения. Также ощущение утраты способности встать и идти или потери энергии. Начать дело, физическое или интеллектуальное, представляется особенно трудным или даже невозможным.

*Потеря веры в себя и самоуважения:*утрата веры в собственные способности и квалификацию, предчувствие неловкости и неудач в вопросах, зависящих от уверенности в себе, особенно в социальных взаимоотношениях. Налицо также ощущение приниженности по отношению к другим и даже малоценности.

*Необоснованные упреки к себе или чувство вины:* излишняя озабоченность каким-либо действием в прошлом, вызывающим болезненное ощущение, неадекватное и неконтролируемое. Индивид может проклинать себя за какую-то мелкую неудачу или ошибку, которую большинство людей не приняло бы всерьез. Он осознает, что вина преувеличена или это чувство держится чрезмерно долго, но не может ничего с этим поделать. Иногда чувство вины может быть связано с действиями или ошибками, действительно имевшими место. Однако чувство вины чрезмерно велико. В более интенсивной форме индивид распространяет чувство собственной виновности на все, что происходит плохого в его/ее окружении. Когда вина приобретает бредовые пропорции, индивид ощущает себя ответственным за все грехи мира.

*Суицидальные мысли или поведение:* постоянные мысли о причинении себе вреда с упорным обдумыванием или планированием способов для этого. О серьезности намерения можно судить по осведомленности индивида о летальности выбранного метода, попыткам скрыть суицидальные намерения и поступки, указывающие на уверенность, что попытка будет успешной, например, посмертная записка.

*Затрудненное мышление или концентрация:*неспособность мыслить ясно. Больной обеспокоен и жалуется, что его/ее мозг менее эффективен, чем нормальный. Он/она не способен принять легкого решения даже по простым вопросам, будучи не в состоянии удержать одновременно необходимые элементы информации в своем сознании. Затруднение концентрации проявляется в неспособности фокусировать мысли или обращать внимание на те предметы, которые этого требуют.

*Нарушения сна:*нарушения характера сна, которые могут проявляться следующим образом:

- периоды пробуждения между начальным и конечным периодами сна,   
раннее пробуждение после периода ночного сна, т. е. индивид после этого не засыпает снова,

- нарушение цикла сна—бодрствования *—* индивид бодрствует почти всю ночь и спит днем,

- гиперсомния обозначает состояние, при котором продолжительность сна, по крайней мере, на два часа дольше обычной, представляя собой определенное изменение обычного характера сна.

*Изменение аппетита и веса:*пониженный или повышенный аппетит, ведущий к потере или увеличению на 5% или более обычного веса тела.

*Утрата способности испытывать удовольствие (ангедония):*потеря способности получать удовольствие от ранее приятной деятельности. Часто индивид не способен к предвкушению удовольствия.

*Углубление депрессии по утрам:* плохое или депрессивное настроение, которое более выражено в раннее время дня. Характерно, что индивид просыпается рано и лежит без сна, чувствуя, что он/она не может встать и встретить новый день. По мере течения дня депрессия уменьшается.

*Частый плач:*частые периоды рыданий без понятной побудительной причины.

Неспособность справиться с рутинной ответственностью. Ухудшение исполнения ежедневной деятельности и обязанностей.

*Пессимизм в отношении будущего:*мрачный взгляд на будущее независимо от реальных обстоятельств. Личные и общественные дела могут быть заброшенными из-за чувства безнадежности будущего. Пессимизм в связи с будущим может быть очевидной причиной суицидальных мыслей и поступков.

В связи со сложностью и многообразием клинических проявлений депрессий создание единой классификации депрессивных состояний представляет известные трудности. В МКБ-10 для унификации уточняется деление депрессий по тяжести, по структуре (депрессии с соматическими симптомами и депрессии с бредом), но устраняется этиологический принцип. В то же время для выбора адекватной терапии, кроме МКБ-10, необходимо использовать другие концептуальные классификации. Основные принципы их построения сведены к следующим:

1) этиология;

2) течение;

3) ведущий аффект;

4) синдромологическая структура;

5) степень тяжести.

*Этиологический принцип* наиболее последовательно проводится в ра­ботах P.Kielholz. Им предложена следующая нозологическая клас­сификация депрессий.  
 **I. Соматогенные депрессии.**

Органические: сенильные, атеросклеротические, посттравматические, эпилептические, олигофренические и проч.

Симптоматические: постинфекционные, гемодинамические, эн­докринные, токсические и проч.

**II. Эндогенные депрессии.** Шизофренические, циклические (биполярные), периодические (монополярные), поздние (инволюционная ме­ланхолия).

**III. Психогенные депрессии.** Невротические, депрессии истощения, реактивные.  
**IV. Конституциональные депрессии.**

*По течению* депрессии подразделяются на монополярные или биполярные; *по степени тяжести —* на легкие, умеренные и тяжелые.

**Эндогенные депрессии**

***Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз), рекуррентное депрессивное расстройство.*** Ведущими проявлениями эндогенного депрессивного синдрома по W.Griesinger являются психическая боль с чувством глубокого душевного не­здоровья, неспособность к действию, подавленность всех сил, уныние, скука. Описанная E.Kraepelin меланхолическая *триада* призна­ков включает в себя:

*- снижение настроения,*

*- замедление мышления и*

*- моторную заторможенность.*

Говоря о расстройстве душевного чувства, С.С.Корсаков отмечал, что по качеству горе, страдание, печаль при меланхолии такие же, как и у здоровых людей, но по своей степени они далеко превосходят страдания, обусловленные действительным житейским горем.  
H.J.Weitbrecht пессимистически оценивал возможность нахож­дения патогномоничной симптоматики, характерной сугубо для эндо­генных депрессий. Так, собственно витальный компонент (неописуемая мука в груди, «камень на душе») он обнаруживал и при реактивных депрессивных состояниях. С точки зрения психиатрии течения, меланхолия представляет собой одну из стадий депрессивной фазы. Другие авторы, напротив, предла­гали выделить понятие меланхолии из всей группы депрессивных син­дромов, считая, что меланхолическое состояние определяют невозмож­ность чувствовать и невозможность переживать.

Меланхолия характеризуется тягостным аффектом в виде мучительной тоски, тревоги с ощущениями пустоты, окаменелости, выжженности, придавленности. Побуждения не то чтобы отсутствуют, но блокированы, мышление однообразное и непродуктивное; больной не может собраться с мыслями и на что-то решиться. Нарушается воспри­ятие времени, блокируется внутреннее чувство будущего, возникает страх перед банальной повседневностью. Тоска доходит до чувства физической боли, ощущается тяжесть на сердце и в груди. Мысли о собствен­ной измененности, никчемности, непригодности приводят к суицидаль­ным намерениям. В самых тяжелых случаях наступает почти полная безучастность и обездвиженность *(депрессивный ступор)* или мучитель­ное беспокойство, проявляющееся невозможностью оставаться на од­ном месте или лихорадочными движениями *(ажитированная депрес­сия).* При углублении меланхолического состояния возникают бредовые идеи вины, неизвестной или неизлечимой болезни *(ипохондрические),* обнищания и разорения, нигилистические *(бред Котар1).* К соматическим симптомам относятся учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам *(триада Протопопов1),* нарушения сна (ранние пробужде­ния), ухудшение самочувствия по утрам, заметное снижение аппетита, снижение массы тела, снижение либидо, у женщин — нарушение менструального цикла.

Шизоаффективное расстройство (шизоаффективная («полиморфная») шубообразная шизофрения, рекуррентная шизофрения). При шизоаффективной шубообразной шизофрении выявлены депрессивно-параноидные и депрессивно-галлюцинаторные типы приступов. В первом случае наблюдаются как депрессивные, так и персекуторные бредовые идеи. Содержанием бре­да являются ревность, преследования и др. Во втором случае депрессия бывает выраженной и сопровождается тревогой, страхом, растеряннос­тью. Истинные вербальные галлюцинации имеют депрессивное содер­жание, иногда бывают сценоподобные галлюцинации (суд, подготовка к казни). Нередко на фоне депрессии развертывается синдром Кандин­ского — Клерамбо. В структуре приступа рекуррентной шизофрении инициальный этап характеризуется коротки­ми или длительными матовыми депрессиями, а затем наступают этапы бредового аффекта, аффективно-бредовой дереализации и деперсона­лизации. На этапе фантастической дереализации и деперсонализации иногда возникает бред Котара.

В МКБ-10 в группу «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» включена *постшизофреническая депрессия,* которая характеризуется затяжным выраженным депрессивным состоянием, наступающим после исчезновения шизофренических симптомов.

**Психогенные депрессии**

В МКБ-10 отсутствует понятие «реактивный депрессивный пси­хоз», поэтому в зависимости от клинических особенностей прису­щие ему состояния описываются в рамках *депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства, смешанного тревож­ного и депрессивного расстройства, кратковременной и пролонги­рованной депрессивных реакций, смешанного расстройства эмоций и поведения.*

По мнению П.Б.Ганнушкина, характерной особенностью психогенной депрессии является отсутствие сколько-нибудь ощутимой гра­ницы между нормой и патологией. Симптоматологически реактивные депрессии обычно мало отличаются от депрессий эндогенных, и, пожа­луй, единственным сколько-нибудь постоянным, хотя тоже вовсе не обязательным отличительным их признаком является наличие связи меж­ду событием, приведшим к развитию депрессии, и содержанием пере­живаний в депрессивном состоянии.

В зависимости от закономерностей развития депрессивной симпто­матики выделяют простую, истерическую и тревожную депрессию. При простом варианте, как и при эндогенной депрессии, наблюдается тоскливое настроение с заторможенностью движений и мыслительных процессов. Однако все переживания скон­центрированы на психотравмирующей ситуации, тоскливое настроение усиливается к вечеру и при оживлении воспоминаний о несчастье. Ис­терический вариант характеризуется преобладанием недовольства, раздражительности, капризности над аффектом тоски. Тоска сочетается с демонстративным поведением, стремлением вызвать сочувствие ок­ружающих. Выявляется тенденция обвинять других людей в своих не­счастьях. На фоне депрессии могут возникать истерические стигмы (блефороспазм, параличи и т. п.). При тревожной депрессии встречаются аффективно-шоковые реакции гиперкинетического типа с нарастанием двигательного беспокойства, тревоги, ажитации.

**Соматогенные депрессии**

Органические и симптоматические депрессии обозначены в МКБ-10 как *«Органическое депрессивное расстройство».* В связи с тем, что клиническая картина соматогенных депрессий не имеет четких диф­ференциально-диагностических отличий от депрессий другой этиоло­гии, их диагностика должна соответствовать следующим критериям:

1) наличию объективных данных физического и неврологического обследования, лабораторных тестов, анамнестических сведений о за­болевании, повреждении, дисфункции мозга, ином соматическом заболевании, вызывающем церебральную дисфункцию (гормональные нарушения и т. д.), о побочных воздействиях на биохимические системы мозга непсихоактивных препаратов;

2) предполагаемой связи между развитием (или выраженной экзацербацией) лежащего в основе со­стояния заболевания, повреждения или дисфункции мозга и началом психического расстройства, симптомы которого возникают сразу или отнесены по времени;

3) выздоровлению или значительному улучше­нию психического состояния, наступившему после ослабления дей­ствия факторов, которые предполагаются в качестве причинных для него;

4) отсутствию достоверных данных о высокой наследственности.

Наиболее часто депрессивные симптомы наблюдаются при следую­щих видах патологии:

**1) заболевания:** сердечно-сосудистые; болезнь Паркинсона; хорея Гентингтона; дегенеративные заболевания ЦНС; гепатит; цирроз пече­ни; инфекционный мононуклеоз; неоплазмоз; множественный склероз;  
системная красная волчанка; ревматоидный артрит; СПИД; карцинома поджелудочной железы;

**2) состояния:** острые динамические церебрально-сосудистые нарушения; синдром поствирусной инфекции; гипокалиемия; гипонатриемия; гиперкальциемия; уремия; гипоксические синдромы; гипотиреоидизм;

**3) применение препаратов:** резерпина; а-метилдопы; пропранолола; кортикостероидов; прогестерона; эстрогенов;

**4) гиповитаминозы:** дефицит витаминов В1 , В6 , В12 ; фолиевой кислоты;  
**5) повреждения:** субдуральная гематома;

**6) синдром отмены:** кокаин; амфетамин.

Наиболее типичным примером органических депрессий являются депрессивные синдромы при сосудистых заболеваниях. По своей струк­туре они неоднородны и наблюдаются как на психотическом, так и на непсихотическом уровнях. Непсихотический уро­вень чаще представлен астенодепрессивным синдромом, который ха­рактеризуется присоединением к пониженному настроению раздражи­тельности, особенно по утрам, тревожности, дисфории. Психотический уровень представлен тревожно-депрессивным, депрессивно-дисфорическим, депрессивно-ипохондрическим синдромами.

По данным М.В.Коркиной, при прогрессировании соматичес­кого заболевания, длительном течении болезни, постепенном формиро­вании хронической энцефалопатии тоскливая депрессия постепенно приобретает характер дисфорической депрессии с ворчливостью, недо­вольством окружающими, придирчивостью, требовательностью, каприз­ностью. На отдаленных этапах тяжелого соматического заболевания при выраженных явлениях энцефалопатии часто на фоне дистрофических явлений на первый план выступают астенические проявления с преоб­ладанием угнетенности, адинамии, апатии, безучастности к окружаю­щим. Своеобразную динамику смены депрессивных синдромов про­следила Н.Н.Петрова в ходе лечения гемодиализом больных с почечной патологией. Ведущими в клинической картине являлись депрессивно-деперсонализационный, тревожно-депрессивный. меланхоли­ческий и астенодепрессивный синдромы.

**Конституциональные депрессии**

По данным П.Б.Ганнушкина, группа конституционально-депрессивных типов немногочисленна. Она представлена людьми с посто­янно пониженным настроением. «Картина мира как будто покрыта для них траурным флером, жизнь кажется бессмысленной, во всем они отыс­кивают только мрачные стороны. Часто такого рода лица уже в детстве обращают на себя внимание своей задумчивостью, боязливостью, плак­сивостью и капризностью».  
Ряд состояний, которые раньше описывались как «депрессивный невроз» или «психопатический конституционно-депрессивный тип», в настоящее время рассматриваются в рамках дистимий. Под ними пони­мают хроническое нарушение, характеризующееся сниженным наст­роением, раздражительностью, снижением уверенности в себе, песси­мистическим отношением к будущему и негативной оценкой прошлого.

***Клинические варианты депрессивных синдромов и их сочетания с другими синдромами***

Группировка по *ведущему аффекту* разработана О.П.Вертоградовой. В этой схеме, в основу которой положена концепция депрессив­ной триады с тремя компонентами: тоской, тревогой и апатией, в зави­симости от преобладания одного из них, депрессии подразделяются на тревожные, тоскливые, апатические и недифференцированные;. По кри­терию соответствия идеаторных и моторных нарушений ведущему аф­фекту, автор выделяет заторможенную, ажитированную; смешанную, или сложную (при сочетании заторможенности и возбуждения) и диссоциированную (при отсутствии нарушений в идеомоторной сфере) формы депрессии.  
Среди систематик, построенных по принципу *синдромалогической структуры,* наибольшую известность получили классификации Е.С.Авербухати Ю.Л.Нуллера и И.Н.Михаленко. Первая включает в себя *меланхолический, тревожно-депрессивный, астеноде­прессивный, деперсонализационно-депрессивный, навязчиво-депрессив­ный и депрессивно-ипохондрический* синдромы; вторая — *анергический, меланхолический, тревожно-депрессивный* и *депрессивно-деперсонализационный.*  
Классификация Т.Ф.Пападопулоса построена на изучении динамики типичного циркулярного психоза и включает в себя: *циклотимические депрессии, простые циркулярные депрессии, бредовые циркулярные депрессии, парафренно-депрессивные циркулярные при­ступы.*

В соответствии с клиническими особенностями А.С.Тиганов подразделил депрессивные синдромы на простые и сложные. К первым он отнес варианты, характеризующиеся облигатными расстройствами, свойственными депрессивному синдрому, ко вторым — проявления деп­рессии, сочетающиеся с симптомами других психопатологических синдромов.

У детей младшего и дошкольного возраста в клинике депрессии преобладают сомато-вегетативные и двигательные расстройства. Дети то вялы и заторможены, то беспокойны и тревожны. Тревога обычно сопровождается вазовегетативными нарушениями: потливостью, тремором, бледностью кожных покровов и др. Часто отмечается расстройства сна, аппетита, энурез, энкопрез.

У детей младшего школьного возраста депрессии характеризуются, прежде всего, утратой свойственной детям жизнерадостности. Дети теряют интерес к играм, делаются обидчивыми раздражительными, иногда агрессивными. Отмечаются трудности засыпания, кошмарные сновидения, энурез, запоры.

В препубертатном возрасте при депрессивных состояниях отмечается тоскливое настроение, ипохондрические идеи, выраженное снижение самооценки. В этом возрасте подавленное настроение уже может сопровождаться замедлением темпа мышления, речевой и двигательной активности.

Симптоматика депрессивных расстройств у подростков ещё больше приближается к проявлениям депрессии у взрослых. Наиболее характерны ипохондрические и дисморфофобические переживания.

Выделяют следующие варианты депрессий:

- *депрессивный ступор* - полная обездвиженность, мрачное оцепенение, которое может внезапно прерываться состоянием меланхолического неистовства (raptus melancholicus)

*- бредовая депрессия* - бред занимает центральное место в структуре депрессивного синдрома при этом бредовые расстройства приобретают фантастический характер громадности.

**-** *тревожная депрессия* - над аффектом тоски преобладает тревога, характерно двигательное беспокойство.

Если в клинической картине на первый план выступают разнообразные соматовегетативные расстройства, тогда как типично депрессивные симптомы стираются или полностью перекрываются вегетативными, такие депрессии называются *ларвированными, маскированными, соматизированными или скрытыми.* Такие состояние особенно характерны для эндогенных депрессий, в частности для депрессивной фазы маниакально-депресссивного психоза, шизофрении, инволюционной меланхолии.  
У детей до 3 лет чаще возникает т.н. *анаклетическая депрессия***,** связанная с эмоциональной депривацией, например, при разлуке с матерью в связи с поступлением в больницу. При этом короткий период плача, возбуждения сменяется заторможенностью, пассивностью, снижением аппетита, похуданием, нарушением ритма сна и бодрствования на фоне постоянного «печально-покорного» выражения лица.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение депрессивного синдрома.

2). Дайте характеристику соматогенных депрессий.

3). Дайте характеристику психогенных депрессий.

4). Дайте характеристику эндогенных депрессий.

5). Какие возрастные особенности депрессивных синдромов выделяют?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. СТОЙКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ПОНИЖЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) влечением

2) фрустрацией

3) гипотимией

4) лабильностью

5) ригидностью

2. АПАТИЯ – ЭТО

1) эмоциональная неустойчивость

2) отсутствие или резкое снижение выраженности эмоций

3) тоскливо-злобное настроение

4) неясное ощущение опасности

5) «предсердная тоска»

3. КЛАССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) легким нарушением сознания в виде обнубиляции

2) приступами булимии

3) гиперсексуальностью

4) меланхолическим раптусом

5) идеаторным торможением

4. КЛАССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) легким нарушением сознания в виде обнубиляции

2) приступами булимии

3) гиперсексуальностью

4) меланхолическим раптусом

5) двигательным торможением

5. КЛАССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) легким нарушением сознания в виде обнубиляции

2) приступами булимии

3) легким переходом от сниженного настроения к эйфории

4) меланхолическим раптусом

5) депрессивным содержанием мышления

6. К ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИВНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) бедность мимики

2) пилороспазм

3) повышенная чувствительность

4) булимия

5) состояние упорной соматоформной боли

7. К ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИВНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) явления депрессивного ступора

2) пилороспазм

3) повышенная чувствительность

4) булимия

5) состояние упорной соматоформной боли

8. К ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИВНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) замедление движений

2) пилороспазм

3) повышенная чувствительность

4) булимия

5) состояние упорной соматоформной боли

9. К ПРОСТЫМ ВАРИАНТАМ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

1) анестетическая депрессия

2) депрессия с бредом осуждения

3) депрессия ипохондрическая

4) депрессия с интепретативным бредом

5) депрессия с чувственным бредом

10. К СЛОЖНЫМ ВАРИАНТАМ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

1) анестетическая депрессия

2) тревожная депрессия

3) ступорозная депрессия

4) депрессия с интепретативным бредом

5) депрессия с бредом самообвинения

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

У больного немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Двигательно заторможен. Мышление замедлено, высказывает идеи самоуничижения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, депрессивный бред (идеи самоуничижения), суицидальные мысли.

2. Депрессивный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, или рекуррентное депрессивное расстройство.

4. Показания для недобровольной госпитализации имеются.

5. Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…».

**Задача №2**

В поликлинику обратилась больная с жалобами на общее плохое  
состояние, похудание, отсутствие желаний, аппетита, запоры. Отмечает стойкое снижение настроения, которое несколько смягчается к вечеру, кратковременный сон с ранними пробуждениями, мысли о своей бесперспективности. Периодически приходят мысли о нежелании жить.  
 1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, идеи самоуничижения, инсомния, суицидальные мысли.

2. Депрессивный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, или рекуррентное депрессивное расстройство.

4. Показания для недобровольной госпитализации имеются.

5. Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…».

**Задача №3**

Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония», наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, ангедония, апатия, фиксация внимания на своих переживаниях, уверенность в их связи с физическим недугом.

2. Депрессивно-ипохондрический синдром.

3.Эндогенная депрессия.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №4**

Больной 44 лет, перенес обширный инфаркт миокарда. До инфаркта болей в сердце не ощущал, считал себя практически здоровым. Решением МСЭК ему определена 2-ая группа инвалидности. Направлен на консультацию к психиатру в связи с суицидными высказываниями.

При осмотре: ориентировка сохранена. Фон настроения снижен. При  
разговоре о болезни на глазах слезы. Считает себя тяжело больным, быстро утомляется, жалуется на снижение памяти, трудность концентрации внимания, пессимистически оценивает свои жизненные перспективы, не верит в выздоровление. Заявляет, что «стыдно быть иждевенцем в семье».   
Моторной и идеаторной заторможенности не определяется, астенизирован. бреда и галлюцинаций нет. Суицидные намерения отрицает («сказал об этом по глупости»). Ищет сочувствия, сопереживания.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Астения, ангедония, апатия, фиксация внимания на своих переживаниях, идеи самоуничижения, суицидальные высказывания .

2. Астено-депрессивный синдром.

3.Психогенная депрессия.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №5**

Больная В.,47 лет госпитализируется в психиатрическую больницу в третий раз. С юных лет колебания настроения. В предыдущих госпитализациях наблюдались состояния повышенного настроения, речедвигательного возбуждения. В перерывах между поступлениями в больницу успешно работала. В настоящее время без видимых причин понизилось настроение, появились мысли о безнадежности своего состояния. Не выходила из дома, много плакала, потом способность плакать пропала. Несколько раз пыталась покончить жизнь самоубийством. За последние 2 месяца значительно похудела, нарушился сон.

Физическое состояние: больная пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, пульс 96 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст.

Психическое состояние: больная правильно ориентирована в месте, времени, окружающей обстановке. Говорит тихим голосом, голова низко опущена, выражение лица скорбное. Считает себя преступницей, так как плохо относится к мужу и детям. При упоминании о детях, на глазах появляются слезы. Жалуется на плохую память, не верит в выздоровление. Не отрицает наличия мыслей о самоубийстве. В отделении держится обособленно, постоянно находится в постели, отказывается от еды.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Гипотимия, гипобулия, брадифрения, инсомния, идеи самоуничижения, суицидальные высказывания .

2. Депрессивный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить депрессивные синдромы.

2). Уметь выявить клинические варианты депрессивных синдромов, их сочетания.

3). Уметь выявить депрессивные синдромы, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Невротическая депрессия.

2) Послеродовая депрессия.

3) Профилактика депрессивных состояний: миф или реальность?

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.24. **Тема:** «Маниакальные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Правильный синдромологический ди­агноз во многом определяет успех лечения, а значит течение заболевания и дальнейшую жизнь больного. Эмоциональные нарушения характеризуются неадекватностью эмоционального реагирования на внешние события. В современном обществе все большее распространение приобретают маниакальные и депрессивные расстройства. Эмоции и воля во многом определяют поведение людей, их деятельность. Обучающийся должен четко знать определение, описание синдромов, особенности протекания в зависимости от этиопатогенеза и при отдельных заболеваниях, клинические варианты и сочетания с другими синдромами, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам маниакальных синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: физиологические основы эмоциональной и волевой деятельности, а также клинические проявления их нарушений.

Уметь: выявлять маниакальные синдромы, зная особенности протекания, возрастные особенности, клинические варианты и сочетания с другими синдромами.

Владеть: методами обследования больного с маниакальными синдромами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства; способами оказания помощи пациентам с маниакальными синдромами.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| ниакальных22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления маниакальных психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике маниакальных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Расстройства эмоций».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

МАНИАКАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ (франц. maniacal, от греч, mania сумасшествие, душевная болезнь; синдром) — состояния, характеризующиеся болезненным повышением настроения, ускорением и облегчением ассоциативных процессов и чрезмерным стремлением к деятельности. Понятие **мании** прошло длительную эволюцию. Оно понималось как сумасшествие, бред, навязчивости, влечение и т. п. Ф. Пинель определял манию как следствие выраженного мозгового возбуждения, выпадение одной или нескольких функций разума, патологической веселостью или тоскливостью, сумасбродством.

Современному пониманию маниакальных синдромов, в основе которых лежит ***маниакальная триада*** (повышенное настроение, ускорение психических процессов, в частности мышления и речи, психомоторное возбуждение), во многом способствовали работы Э. Крепелина. Вместе с тем среди психотических процессов, описанных у него как маниакальные, имеется очень много таких случаев, которые в настоящее время можно было бы отнести к шизофреническому кругу. Общепринятой классификации маниакальных синдромов нет. Обычно их группируют по этиологическому принципу, по степени выраженности клинических проявлений, по структуре синдрома и т. д.

Наиболее часто маниакальный синдром наблюдается в рамках [биполярного аффективного расстройства](https://psyweb.global/database/knowledge/article-606-bipolyarnoe-affektivnoe-rasstroystvo). В этих случаях он протекает приступообразно, в виде «эпизодов» с характерными этапами развития. Выраженность симптомов, входящих в структуру маниакального эпизода, может быть различной, меняться у одного больного в зависимости от стадии развития заболевания.

Кроме того, маниакальный синдром может наблюдаться при инфекционных, токсических, органических и других [психозах](https://psyweb.global/database/knowledge/article-512-psihoz), на почве церебрального или общесоматического заболевания. Поэтому необходимо производить тщательное соматическое обследование маниакальных пациентов. В частности, маниакальный синдром может быть проявлением гипертиреоза.

Маниакальный синдром также может быть индуцирован наркотиками или лекарственными средствами (например, [антидепрессантами](https://psyweb.global/database/knowledge/article-192-antidepressanty), тетурамом, бромидами, кортикостероидами, леводопой, бромокриптином, галлюциногенами, опиатами, кокаином и другими стимулирующими препаратами), развиться после перенесенного соматического заболевания или хирургической операции. При дифференциальной диагностике у пациентов, у которых маниакальный синдром присутствует на фоне приёма антидепрессантов (а также у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами), о диагнозе [биполярного аффективного расстройства](https://psyweb.global/database/knowledge/article-606-bipolyarnoe-affektivnoe-rasstroystvo) можно думать лишь в том случае, если симптомы мании отмечались до начала приёма антидепрессанта или наркотика или если они длятся не менее месяца после его отмены.

Маниакальный синдром, подобно депрессивному, состоит из триады признаков, противоположных депрессии:

* Повышение настроения (гипертимия). Аффект тоски, покинутости, безысходности не возникает даже тогда, когда его следовало бы ожидать по психологически понятным причинам.
* Ускорение мышления (тахипсихия) с облегчением ассоциативного процесса (уменьшением задержки между мыслями, уменьшением строгости критериев для появления ассоциаций) вплоть до скачки идей (речь больного перестаёт быть связной вследствие чрезмерной отвлекаемости, хотя для него она остаётся логичной), появлением идей величия (в первую очередь собственного) и отрицанием чьей-либо вины и ответственности (импунитивные тенденции).
* Повышение побудительной и двигательной активности (гипербулия). Одним вариантом гипербулии является растормаживание активности, направленной на получение удовольствия — больные в маниакальном состоянии больше пьют алкоголя (дипсомания), употребляют наркотики, едят, заводят множество сексуальных связей и т. д. Другим вариантом является использование множества видов деятельности с неизбежным падением продуктивности — ни одно дело не доводится до конца.

Классификация

Помимо «чистого» варианта маниакального синдрома, возможны варианты, при которых один из признаков менее или более выражен, чем обычно. Соответственно, возможны следующие варианты маниакального синдрома:

* *Все симптомы выражены в равной степени:*
  + Классическая, или «чистая» мания
  + Гипомания — состояние, при котором все три симптома присутствуют, но не достигают уровня расстройства, то есть не нарушают поведение и социальное функционирование человека и не сочетаются с психотическими расстройствами.
* *Один из симптомов более выражен, чем обычно:*
  + Гипертимическая (радостная) мания — самым выраженным симптомом является необычайно высокое настроение ([гипертимия](https://psyweb.global/database/knowledge/article-262-gipertimiya)), выражающаяся празднованием, ликованием.
  + Спутанная мания — ускорение ассоциаций (тахипсихия), достигает степени скачки идей.
* *Один из симптомов меняется на противоположный:*
  + Гневливая мания — ускорение мышления и повышение двигательной активности сопровождается снижением настроения, что проявляется в виде повышенной злобности, раздражительности, агрессивных поступков, вплоть до деструктивного и ауто-деструктивного поведения.
  + Маниакальный ступор — повышенное настроение и ускоренное мышление сопровождающиеся двигательной заторможенностью.
  + Непродуктивная мания — повышенные настроение и двигательная активность в сочетании с замедлением мыслительной активности.

***Мания с психотическими симптомами****:*

* Маниакально-параноидный вариант — маниакальный синдром с появлением бредовых идей отношения и преследования.
* Бредовый вариант — в структуре маниакального синдрома центральное место занимает стойкий бред величия, собственной положительной исключительности. При маниакальном синдроме бредовые идеи лишены нелепости и фантастичности, обладают определенной логичной последовательностью, их содержание чаще связано с профессиональной деятельностью больного.
* Онейроидная мания — на высоте маниакального синдрома появляются нарушения сознания по [онейроидному](https://psyweb.global/database/knowledge/article-307-oneyroidnyy-sindrom) типу с фантастическими галлюцинаторными переживаниями.

Эндогенные мании

***Маниакально-депрессивный психоз (биполярное аффективное всстройство, маниакальный эпизод — МКБ-10).***

В структуре маниакально-депрессивного психоза наиболее типичными являются синдромы гипомании, простой мании, психотической мании.

• *Гипомания* характеризуется повышением психического и физического тонуса, появлением чувства бодрости, физического и психического благополучия и оптимизма. Отмечаются повышенная энергичность, активность, повышенная разговорчивость, иногда фамильярность, повышенная самооценка. Отсутствует усталость, снижается потребность в сне. Как правило, это состояние не приводит к существенному нарушению жизнедеятельности.

• При *простой мании* повышение настроения более отчетливо — от неадекватной жизненной ситуации приподнятости до безудержной веселости. Нередко открытость, веселость и жизнерадостность больного находят эмоциональный отклик у окружающих. Усиление побуждений проявляется в излишней двигательной активности, неутомимом стрем­лении к деятельности, расторможенности, назойливости, сексуальных притязаниях. Несмотря на чрезмерное стремление к деятельности, боль­ные малопродуктивны. Это происходит из-за повышенной отвлекаемости, недостатка терпения, легкого возникновения новых идей и планов. Расстройства мышления и речи характеризуется легким возникновени­ем ассоциаций, постоянным отклонением от основной темы беседы, легким переходом от одной к другой, первой приходящей в голову идее. Ассоциации при этом основаны на внешних впечатлениях и не теряют связи с реальностью. Нередки ассоциации по созвучию. Самооценка повышена, больные обнаруживают у себя незаурядные способности, нередко говорят о своих связях и знакомствах в высших сферах, дают безответственные и невыполнимые обещания.

•  *Психотическая мания* представлена еще более выраженными на­рушениями настроения, речемыслительной деятельности и двигатель­ной активности. Характерны восторг, предельный оптимизм, грандиоз­ность замыслов. Идеаторное возбуждение достигает степени скачки идей, когда мысли, возникая мгновенно, бегут, зачастую связываясь между собой лишь звуковыми ассоциациями. Идеи величия, преследования, любовного очарования чаще носят характер сверхценных. Стойкие бре­довые построения с разработанной системой доказательств, как правило, отсутствуют из-за повышенной отвлекаемости больных. В маниакаль­ной фазе биполярного аффективного расстройства нередко наблюдаются параноидные, галлюцинаторные, кататонические симптомы. В таких слу­чаях не следует мгновенно переходить к диагнозу «шизофрения», так как эти симптомы наблюдаются недолго, на высоте аффекта.

**Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.**

Мани­акальный фон настроения встречается при многих шизофренических синдромах. При одних — паранойяльном, парафренном — маниакаль­ный аффект носит стабильный характер; при других — синдроме Кан­динского — Клерамбо или в структуре приступа рекуррентной шизо­френии— преходящий. В отличие от больных с маниакальной фазой маниакально-депрессивного психоза, которые за­ражают окружающих своим безудержным оптимизмом, вызывая у них эмоциональный отклик, больные с *гебефреническим синдромом* харак­теризуются отчетливой и стойкой эмоциональной опустошенностью, пустой, монотонной эйфорией. Рисунок поведения отличается немоти­вированным двигательным возбуждением с неуместными шутками, гри­масничаньем.

Составной частью *паранойяльного синдрома* являются повышенное настроение, самодовольство, убежденность в собственном превосход­стве, а также крайне выраженная стеничность и кипучая деятельность в реализации своих бредовых притязаний. Повышенный аффект в виде чувства самодовольства, блажен­ства, веселости, эйфории встречается и при *парафренном синдроме.* Маниакально-экстатические состояния с переживанием восторга, нео­бычайного счастья наблюдаются в структуре приступа рекуррентной шизофрении и указывают на переход от маниакального к онейроидному этапу.

*Маниакальные синдромы при органических, включая симптоматические, психических расстройствах*

Особенностью маниакальных синдромов при органических, вклю­чая симптоматические, психических расстройствах, является сочетание маниакальных и психоорганических симптомов. Особенно ярко это вид­но на примере ***прогрессивного паралича****.* Как пишет С.С. Корсаков, у больных «развивается весьма своеобразный бред величия. Больной находится в состоянии блаженства, эйфории и говорит на каждом шагу о своем богатстве, важности. Бред быстро растет: больной очень скоро повышает себя в чинах, доходит до генерала, министра, называет себя царем, богом, богом богов, богатство свое считает миллионами и мил­лиардами, венчается с тысячами царевен и цариц и рождает целый мир детей. Как характерные особенности этого бреда, нужно отметить, во-первых, наклонность измерять свое богатство и могущество большими цифрами — миллионами и миллиардами, а также быстрый рост бреда: с каждым днем больной что-либо прибавляет к своему бреду; во-вто­рых, его непостоянство и, в-третьих, сочетание между собой самых про­тиворечивых идей. Больной может говорить, что у него миллионы и дворцы, и в то же время просить двугривенный на табак и т. п.». В связи с нарастающей деменцией, наряду с маниакальными, отмечаются симптомы нарушения памяти, в частности парамнезии.

Маниакальные синдромы при ***эпилепсии*** встречаются сравнительно редко. В препароксизмальном периоде они наблюдаются в двух вариан­тах: либо в экстатическом с переживанием блаженства, либо в гневли­во расторможенном. В межпароксизмальном периоде отмечаются экс­пансивно-экстатический, дурашливо-эйфорический, адинамический с повышенным настроением варианты, а также непродуктивная мания с многословием, резонерством с эгоцентрически-ипохондрической те­матикой. Непродуктивная мания встречается также и в постприпадоч­ном периоде.  
Идеи величия при ***травматической мании*** нередко сочетаются с раз­дражительной слабостью, гиперестезией к раздражителям социального характера, нарушениями памяти и интеллектуальной недостаточностью.  
Отличаются своеобразием маниакальные проявления при ***инфекционных заболеваниях***. Повышенное настроение здесь лишено маниакальной продуктивности, стойкости, напряжения. Особенностью эмоционального фона является изменчивость, непостоянство; настроение гармонирует с мимикой, пантомимикой, жестами, действиями, находя как бы в отрыве от других психических функций. Идеи величия и переоценки нестойки, непостоянны, не соответствуют аффективному фону. Двигательное возбуждение, хотя и имеет место, но не столь продуктивно, как при классической мании, не имеет стадий развития, в его проявлениях отмечаются колебания. К маниакальной симптоматике зачастую присоединяются аментивные компоненты, нечеткость ориентировки, слабость запоминания, астения.

***Гипертимный тип личности***

Хотя в Международной классификации МКБ-10 понятие расстройства личности аффективного типа отсутствует, оно не потеряло свое клинического значения и описывается в современных учебниках и руководствах. Психопатических личностей циклоидного круга, на которых впервые обратили внимание П.Б. Ганнушкин и Е. Кречмер, отличало жизнерадостное настроение, склонность к стенической жизненной установке, к радости и гневу, к наивному непоколебимому самочувствию и оптимизму. Часто, вследствие своего сверхкипучего темперамента, отсутствия чувства дистанции, постоянной ажитации у таких личностей возникают конфликты, и они становятся тягостны для окружающих. Однако, аффективные колебания при психопатии количественно и качественно отличаются от таковых при циклотимии и аффективных психозах, а эндогенные депрессии и аффективные психозы у личностей аффективного типа встречаются не чаще, чем у шизоидов и психастеников.

***Смешанные состояния***

При создании концепции маниакально-депрессивного психоза:  
E.Kraepelin обратил внимание на сосуществование в некоторых клинических картинах симптомов как мании, так и депрессии. Создавая абстрактно-логические схемы смешанных состояний, он расположил компоненты мании и депрессии в следующем порядке.

**Компоненты маниакального и депрессивного синдромов**

|  |  |
| --- | --- |
| Мания | Депрессия |
| Веселость | Тоска |
| Скачка идеи | Заторможенность мышления |
| Моторная расторможенность | Моторная заторможенность |

Последовательно заменяя одни компоненты на другие, автор выделил различные варианты. Например, сочетание *«веселость + заторможенность мышления* + *моторная расторможенность»* соответ­ствует *непродуктивной мании,* а *«веселость + заторможенность мышления + моторное торможение» — маниакальному ступору.* По мнению К. Ясперса, «процедура, предпринятая Э. Крепелиным со­держит в себе нечто двусмысленное, так как элементы понятных взаи­мосвязей просто-напросто комбинируются друг с другом на правах объективных компонентов психической жизни». Хотя существование смешанных состояний бесспорно, спорной является их психопатоло­гическая характеристика и синдромологическая очерченность.

*Клинические варианты маниакального синдрома и его сочетания с другими синдромами*

В структуре маниакальных синдромов гармоническое равновесие между повышенным настроением, психической и двигательной актив­ностью встречается не всегда, иногда отдельные симптомы преоблада­ют над другими. Клинические исследования, проведенные многими авторами, позволили выделить следующие клинические варианты:

*маниакальное возбуждение;*

* *маниакальное неистовство,* ха­рактеризующееся беспорядочностью; гневом; экспансией;
* *маниакальная экзальтация;*
* *атипическая мания;*
* *тяжелая мания,* проявляющаяся сильным возбуждением с полной спутанностью идей;
* *мания «веселая»,* выражающаяся в преобладании веселости над ускорением мышления и моторики;
* *спутанная мания,* выражающая­ся в ускорении мышления, достигающем степени бессвязности и повы­шении деятельности до степени беспорядочного возбуждения;
* *гнев­ливая мания,* отличающаяся повышенной раздражительностью, придир­чивостью, гневливостью;  
  *веселая мания;*
* *вялая мания;*
* *ажитированная мания;раз­драженная мания;*
* *кверуляторная мания;*
* *спутанная мания;*
* *эй­фория*;  
  *мания «веселая»; радостная; с экзалътацией физического само­чувствия;*
* *мания «раздраженная»; гневливо-сварливая;*
* *мания воз­бужденная;*
* *мания со скачкой идей;*
* *мания спутанная;*
* *мания экспансивная*;

*мания акинетическая (заторможенная);*

* *мания атоническая (ступор маниакальный);*
* *мания гневливая;*
* *мания непродуктивная.*
* *мания онейроидная;*
* *мания печальная;*
* *мания резонерствующая.*
* *мания спутанная;*
* *мания тревожная;*
* *мания неистовая*.

Сочетания маниакального аффекта с острым чувственным бредом преследования, (иногда инсценировки) или острым фантастическим бредом образуют *маниакально-бредовой* синдром, с галлюцинациями и бредом — *маниакально-галлюцинаторно-бредовой синдром,* со сновидным помрачением сознания — *онейроидное маниакальное состо­яние,* с кататоническими расстройствами — *маниакалъно-кататонический синдром*.

В Глоссарий психопатологических синдромов также вклю­чены: *синдром маниакально-бредового настроения* (предвосхищение радостных событий, экстатический оттенок), *маниакально-бредовой синдром, острая маниакальная парафрения, галлюцинаторная ма­ния.*

***Возрастные особенности маниакальных синдромов***

Маниакальные состояния в детском возрасте атипичны. Их диагностическая квалификация затруднена тем, что детям дошкольного и младшего школьного возраста в норме свойственны повышенная активность, жизнерадостность, изменчивость настроения. В этом воз­расте гипомании проявляются необычным упрямством, постоянным непослушанием, ранними сексуальными интересами.

У детей, больных шизофренией, В.М. Башина наблюдала на­рушение поведения и моторную расторможенность. Реже, по ее наблюде­ниям, отмечается идеаторное возбуждение в виде вымыслов, фантазий, однообразной игровой деятельности. У подростков маниакальные состояния характеризуются склонностью к гневливости, раздражитель­ности, гримасничанью, клоунаде, рифмованию, расторможенности влечений. Легкие гипоманиакальные состояния с делинквентным эквивалентом развертываются внезапно, на фоне относительного благополучия и проявляются школьными прогулами, побегами из дома, алкоголизацией.  
Особенностью маниакальных синдромов пожилого и старческого возраста является преобладание эйфории и благодушия над симптома­ми веселого «солнечного» настроения, как это имеет место у молодых больных. Кроме того, у пациентов пожилого возраста чаще, чем у моло­дых, наблюдается одновременное сочетание раздражительности и гнев­ливости. У некоторых больных пожилого возраста сочетание эйфории, благодушия и слабодушия при соответствующем состоянии интеллекта и памяти, а также при довольно нелепых идеях величия маниакальное состояние приобретало сходство с экспансивной формой прогрессив­ного паралича, что позволило назвать подобного рода картины «псевдопаралитическими».

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение маниакальных синдромов.

2). Дайте характеристику мании с психотическими симптомами.

3). Назовите клинические варианты маниакальных синдромов.

4). Дайте характеристику гипертимного типа личности.

5). Какие возрастные особенности маниакальных синдромов выделяют?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. СТОЙКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) влечением

2) фрустрацией

3) гипертимией

4) лабильностью

5) ригидностью

2. К ПРОСТОМУ ВАРИАНТУ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

1) гневливая мания

2) мания с чувственным бредом

3) мания с галлюцинозом

4) мания с интерпретативным бредом

5) мания с онейроидом

3. К ПРОСТОМУ ВАРИАНТУ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

1) спутанная мания

2) мания с чувственным бредом

3) мания с галлюцинозом

4) мания с интерпретативным бредом

5) мания с онейроидом

4. К ПРОСТОМУ ВАРИАНТУ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

1) непродуктивная мания

2) мания с чувственным бредом

3) мания с галлюцинозом

4) мания с интерпретативным бредом

5) мания с онейроидом

5. КЛАССИЧЕСКАЯ МАНИАКАЛЬНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) легким нарушением сознания в виде обнубиляции

2) приступами булимии

3) повышенным настроением

4) меланхолическим раптусом

5) депрессивным содержанием мышления

6. КЛАССИЧЕСКАЯ МАНИАКАЛЬНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) легким нарушением сознания в виде обнубиляции

2) приступами булимии

3) ускорением ассоциаций

4) меланхолическим раптусом

5) депрессивным содержанием мышления

7. ПРИЗНАКАМИ ГИПОМАНИАКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) повышение настроения

2) «скачка» идей

3) булимия

4) инсомния

5)конфабуляции

8. К СЛОЖНОМУ ВАРИАНТУ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

1) спутанная мания

2) мания с чувственным бредом

3) веселая мания

4) непродуктивная мания

5) гневливая мания

9. К СЛОЖНОМУ ВАРИАНТУ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

1) спутанная мания

2) мания с интерпретативным бредом

3) веселая мания

4) непродуктивная мания

5) гневливая мания

10. МАНИАКАЛЬНОЕ ИДЕАТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНО

1) конфабуляциями

2) криптомнезиями

3) псевдореминисценциями

4) гипермнезией

5) палимпсестом

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

К невропатологу направлен больной по поводу нарушений сна.  
Сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на «ты» и панибратский тон, вступает   
в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей, подвижен, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Инсомния, гипертимия, двигательное и идеаторное возбуждение, экспансивный бред (идеи величия).

2. Маниакальный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство, маниакальная фаза.

4. Проведение психофармакотерапии.

5. Прогноз благоприятный.

**Задача №2**

Больную в диспансер привела мать. Сообщила, что больная вновь в течение месяца почти не спит. Очень активна, старается всеми командовать и руководить, из-за чего постоянно конфликтует с   
окружающими. В течение последней недели стала приводить домой случайных знакомых и раздаривать им свои личные вещи, одежду. Постоянно весела, поет, дома не может усидеть на месте. Во время беседы громко говорит, легко рифмует слова, быстро переключается с одной  
темы на другую, в связи с чем речь непоследовательна. Считает себя самой умной и проницательной, грозит доктору, что разгадала его планы, но при этом заразительно смеется.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Инсомния, гипертимия, двигательное и идеаторное возбуждение, «скачка» идей, экспансивный бред (идеи величия).

2. Маниакальный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство, маниакальная фаза.

4. Проведение психофармакотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №3**

Больной К. Заболел в 30 лет, перенес типичную депрессию, лечился амбулаторно. Через месяц госпитализирован в состоянии психомоторного возбуждения: весел, на лице озорная улыбка, легко вступает в контакт с окружающими. Речь быстрая, часто не заканчивает фразы. Бредовых идей не высказывает. Обманов восприятия не отмечается.  
В процессе лечения психическое состояние нормализовалось.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипертимия, двигательное и идеаторное возбуждение.

2. Маниакальный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

4. Проведение психофармакотерапии.

5. Прогноз благоприятный.

**Задача №4**

Студентка медицинского института, 23 лет. Три года тому назад находилась в психиатрической больнице в связи с выраженной депрессией. При настоящем поступлении (в период сессии) отмечается повышенное настроение, постоянно поет, пляшет, читает стихи, много ест, мало  
спит, эротична. Цитирует выученные в детстве стихи. После выздоровления помнит о своем «цитировании», однако, содержание вспоминает лишь приблизительно. С полной критикой относится к перенесенному заболеванию.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипертимия, двигательное и идеаторное возбуждение, инсомния, гипермнезия.

2. Маниакальный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

4. Проведение психофармакотерапии.

5. Прогноз благоприятный.

**Задача №5**

У самых дверей отделения врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также перехвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача «под руку», больная начинает тараторить, голос [у нее охрипший](http://dogmon.org/psihologiya-metodologii-raciogumanisticheskij-vzglyad.html). В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в [кружок больных](http://dogmon.org/teatralenij-krujok-petrushka-mou-sociokuleturnij-centr-s-lopha.html), поет, танцует. Спит не более 3-4 часов в сутки.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипертимия, двигательное и идеаторное возбуждение, инсомния.

2. Маниакальный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

4. Проведение психофармакотерапии.

5. Прогноз благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить маниакальные синдромы.

2). Уметь выявить клинические варианты маниакальных синдромов, их сочетания.

3). Уметь выявить маниакальные синдромы, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Этиология и патогенез аффективных расстройств.

2) Биполярное аффективное расстройство.

3) Маниакальная личность.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.25. **Тема:** «Тревожные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Правильный синдромологический ди­агноз во многом определяет успех лечения, а значит течение заболевания и дальнейшую жизнь больного. Тревога относится к числу наиболее распространенных неспецифических феноменов, входящих в структуру как психопатологических, так и различных соматических расстройств. Чувство тревоги знакомо каждому человеку, оно возникает при стрессе, в трудных жизненных ситуациях и чаще всего является нормальной реакцией организма на неблагоприятные факторы окружающей жизни. Но иногда тревожное состояние возникает без видимой причины, по своей интенсивности и продолжительности не соответствует реальной значимости события, становится патологическим состоянием и приводит к снижению качества жизни больного. Диагностика тревожного состояния на ранних этапах лечения очень важна. Обучающийся должен четко знать определение, описание синдромов, особенности протекания в зависимости от этиопатогенеза и при отдельных заболеваниях, клинические варианты и сочетания с другими синдромами, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам тревожных синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: физиологические основы тревоги, а также ее клинические проявления.

Уметь: выявлять тревожные синдромы, зная особенности протекания, возрастные особенности, клинические варианты и сочетания с другими синдромами.

Владеть: методами обследования больного с тревожными синдромами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства; способами оказания помощи пациентам с тревожными синдромами.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**ронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления тревожных расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике тревожных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Тревога в структуре депрессии».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Тревога** — отрицательно окрашенная [эмоция](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%8F), выражающая ощущение неопределённости, ожидание отрицательных событий, трудноопределимые предчувствия.

Тревогой называется аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности или неблагоприятного развития событий.

Тревога — это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире, и в связи с этим она играет приспособительную роль; однако если она выражена чрезмерно, то, напротив, мешает нормальной жизнедеятельности. Легкое чувство тревоги может возникать не только при появлении опасности, но и вообще при любых изменениях и неожиданных событиях. Тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, сопровождающееся некоторыми типичными объективными признаками (учащенное дыхание, мышечное напряжение, дрожь и т. п.). Наиболее знакомо всем состояние, возникающее при появлении опасности и проявляющееся потливостью ладоней, нервной дрожью, сердцебиением. Другой типичный пример — постоянно озабоченные люди, напряженные, бледные, с вечно наморщенным лбом. К распространенным проявлениям тревожных состояний относятся также навязчивые образы, мысли и воспоминания, кошмары, постоянная настороженность, нарушенное осознание себя или окружения (деперсонализация, дереализация).

Типичные реакции на опасность — это реакции типа борьбы и бегства. Последние довольно разнообразны и включают не только реакции избегания (стремление не попасть в угрожающую ситуацию) и убегания (стремление выйти из угрожающей ситуации без борьбы с самой опасностью), но и другие, менее распространенные и хуже изученные. К ним относятся оцепенение и самообман. Как у животных, так и у людей они могут быть чисто внешними (пример оцепенения — неподвижное притаившееся животное, самообмана — ребенок, прячущий голову под одеялом в темной комнате), однако у человека чаще принимают характер психологической защиты. В этом случае они проявляются различными формами искажения действительности, вытеснением, смещением и даже диссоциативными расстройствами; последние чаще развиваются, когда человек чувствует себя бессильным перед угрозой или она исходит от кого-то из близких. Все это — способы подсознательной защиты.

Тревогу, возникающую при реальной внешней опасности, следует отличать от естественного страха. Тревогой в этом случае называют преувеличенную реакцию, не соответствующую степени угрозы. Кроме того, тревога развивается, когда источник опасности неясен или неизвестен. Примером может быть тревога, возникающая в ответ на условный раздражитель, связь которого с самой опасностью (с безусловным раздражителем) вытеснена или забыта. Тревога развивается также, когда человек чувствует себя беспомощным перед лицом опасности.

Тревога бывает ситуационной и эндогенной, приступообразной или непрерывной, чаще всего — кратковременной. Когда она становится настолько выраженной, что начинает мешать жизнедеятельности, ставится диагноз тревожного расстройства.

На основании клинической практики, результатов клинических испытаний и эпидемиологических данных стали различать тревогу как реакцию или временное состояние и постоянную тревожность как особенность личности или проявление психического расстройства.

В структуру тревоги как психического состояния включены следую­щие признаки:  
• ***субъективные:*** постоянное предчувствие несчастья, чувство надвигающейся опасности, неадекватное или чрезмерное беспокойство, тревожные опасения, неуверенность, нерешительность, робость, ра­нимость;  
• ***объективные:***

1) нарушения на социально-психологическом уров­не*—* понижение качественных и количественных показателей деятель­ности вплоть до срыва, неадекватность поведенческих реакций на силь­ные и слабые раздражители;2) нарушения на психическом уровне *—* расстройство внимания в виде неустойчивости, слабой подвижности, легкой отвлекаемости; нарушение памяти, снижение критики, расстрой­ство воли, проявляющееся в снижении выдержки и самоконтроля, коле­бания настроения, ощущение взвинченности или пребывание на грани срыва;

3) нарушения на психофизиологическом уровне

*со стороны моторики —* тремор, подергивание или ощущение неустойчивости, напряжение или боли в мышцах, неусидчивость;

*со стороны вегета­тивных функций—* одышка, сердцебиение, потливость ладоней, сухость во рту, головокружение, тошнота, понос или иной абдоминальный дистресс, приливы жара или холода, частое мочеиспускание, затруднение при глотании или «ком в горле», нарушение засыпания или частые про­буждения;

4) нарушения на физиологическом уровне *—* перенапряже­ние нервных процессов, физиологические и биохимические изменения, стимуляция эрготропной, симпатоадреналовой активности, проявляю­щаяся в ускоренном синтезе катехоламинов при относительной или аб­солютной замедленности их обмена.

***Тревожные синдромы при психогенно обусловленных психических расстройствах***

Тревога является осевым симптомом неврозов. Неопределенное беспокойство принадлежит к наиболее часто встречаемым формам при неврозах, во всяком случае, в нашей цивилизации и в нашей эпохе.  
Болезнь тревоги детально обсуждена в монографии Д.В.Шихана. Автор описывает 7 стадий развития тревожного расстройства:

1) *спонтан­ные приступы головокружения, сердцебиения, спазмов в горле и т. д.;*

*2) панические атаки —* приступы сильнейшего страха, дисфории и соматического дискомфорта, продолжительностью 5-30 мин;

3) *ипо­хондрия;*

4) *специфические (изолированные) фобии —* сильная тревога, возникающая в строго определенных ситуациях (полеты в самолете, темнота, лифт, дорога и т. п.);

5) *социальные фобии —* страх внима­ния окружающих в сравнительно малых группах людей;

6) *агорафо­бия —* совокупность взаимосвязанных и обычно часто совпадающих фобий (страх открытых пространств, толпы), сочетающихся с реакци­ями избегания; ключевой чертой агорафобических ситуаций является отсутствие немедленного доступа к выходу, поэтому больные избега­ют выходить на улицу, становятся полностью прикованными к дому;

7) *депрессия.*

***Тревожные синдромы при эндогенных психических заболеваниях***  
*Тревожные расстройства при эндогенной депрессии.*

Проблемы взаи­моотношения тревоги и депрессии привлекают внимание психиатров со времени становления научной психиатрии до наших дней. В числе различных вариантов депрессивных синдромов Гризингер выделял меланхолию с постоянным возбуждением, Э.Крепелин — меланхолию с чувством страха, С.С.Корсаков—тревожную меланхолию.   
Согласно С.С.Корсакову, «физические ощущения, сопровождающие чувство тоски при меланхолии, локализуются иногда не только в сторо­не сердца, — а и в других местах. Иной раз что-то мучительное ощуща­ется во лбу, иной раз в ногах, иной раз в половых органах. Ощущения эти то постоянны и сопровождаются беспрерывной яктацией (метани­ем), ажитацией, то являются взрывами, вызывая бурные порывы (raptus melancholicus). В других случаях аффект, являющийся в виде такого взры­ва, не есть аффект тоски, а аффект страха, ужаса. Вдруг является чув­ство внезапно наступающей опасности, с уверенностью, что опасность эта неотвратима».  
Большинство авторов не сомневаются, что тревожный аффект часто встречается при депрессиях, однако его обнаружение, особенно в стертых случаях, пред­ставляет известные трудности. Как считает Ю.Л.Нуллер, частота, с которой выявляется тревога, в значительной мере зависит от взглядов различных исследователей и используемых ими критериев. В психопа­тологической картине эндогенной депрессии тревога может проявлять­ся широким набором признаков: в тяжелых случаях — ажитацией или «тревожным оцепенением» вплоть до полного ступора, паническим ощущением надвигающейся катастрофы, смерти, мучительным сжати­ем в груди, ощущением удушья, в более легких — чувством внутренне­го напряжения, ожиданием чего-то неприятного, волнением, усилением неуверенности, тревожными сомнениями.

Кроме тревожных состояний, выявляемых в картине депрессии, раз­личают также вторичную депрессию при паническом расстройстве. Типич­ной считается следующая динамика: приступы паники вызывают в межприступном периоде ипохондрические наслоения; они в свою очередь, приводят к фобическому избеганию с присоединением пониженного настроения, чувства беспомощности, безнадежности и апатии.

*Тревожные расстройства при шизофрении.*

Описанный Ю.С.Савенко ядерный для круга шизофренических тревожных состояний анксиозный синдром характеризуется определяющим всю картину витальным переживанием тревоги, страха, беспокойства, неопределенной угрозы существованию и основным жизненным ценностям. Синдрому присущи постоянные неудовлетворимые поиски помощи, изменчивый, подвижный характер витальных ощущений, ускоренный ассоциатив­ный темп, полная непродуктивность при сохранении определенного уровня запросов, напряженность мимики, поз, модуляций речи, ее пре­рывистый характер, повышение мышечного тонуса, психомоторная ажитация, приступообразный характер симптоматики.  
Симптомы тревоги и депрессии часто встречаются при шизофрении и имеют большое прогностическое значение. Видоизменение тревожных синдромов при этом заболевании обус­ловлено многообразием его форм, типов течения, стадий процесса. Не­редко на инициальном этапе болезни наблюдается общая, диффузная и недифференцированная тревога, которая как бы предупреждает боль­ного, что его существование в опасности. В других случаях начало ши­зофренического процесса также маскируется тревогой, проявляющейся в виде фобий, обсессий или компульсий.  
Выраженные тревога и страх выявляются в структуре острого параноидного синдрома, а подозрительность, напряженность — при его подостром течении. В структуре приступа периодической шизофрении (шизоаффективного расстройств1) онейроидному этапу предшествуют тревожно-экстатические проявления.

***Тревожные синдромы при соматических заболеваниях***

Соматизированная тревога проявляется в двух аспектах: как реак­ция личности на болезнь и как следствие экзогенных воздействий. При астенодепрессивном варианте отношения к болезни наблюдаются эмоциональная неустойчивость, не­выносимость к раздражителям, ослабление побуждения к деятельнос­ти, ощущения разбитости и подавленности, удрученности, тревожнос­ти. Такое состояние способствует восприятию в мрачных тонах всех событий, что обычно неблагоприятно сказывается на течении болезни и снижает успех лечения.  
В то же время существует ряд неврологических, соматических, эн­докринных заболеваний и синдромов, в структуре которых может на­блюдаться тревога. К ним относятся атеросклероз сосудов головного мозга, артериальная гипертензия, пролапс митрального клапана, аритмии, стенокардии, обострения хронических легочных заболеваний, острые астматические приступы, повторные легочные эмболии, гипертиреоз, гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз, гипогликемия, синдром Кушинга, феохромоцитома, эпилепсия, болезнь Меньера, гипоталамическая недостаточность, синдром апноэ во сне, тиреотоксикоз, злоупотребле­ние стимулирующими препаратами, абстинентный синдром. В начале соматического заболевания тревога затрагивает общее самочувствие, работоспособность, а затем принимает конкретные формы и проявляет­ся соматическим дискомфортом со стороны сердечно-сосудистой, дыха­тельной, пищеварительной или других систем организма. В отдельных случаях возникают сходные с паническим расстройством состояния, требующие дифференциальной диагностики.

***Клинические варианты тревожных синдромов и их сочетания с другими синдромами***

В клинической картине психических заболеваний тревожные состо­яния редко встречаются изолированно. Чаще они выступают в сочета­нии с другими синдромами, относящимися к различным группам (регистрам).

**Аффективному регистру** соответствуют синдромы *анксиозной заторможенности, ажитированной меланхолии, тревожно-депрессивный,тревожно-депрессивно-сенестопатический,тревожно-двпрессивно-обсессивный, тревожно-депрессивно-деперсонализацнонный,*

**невро­тическому** — *тревожно-фобический, дистимно-тревожнофобический;*

**параноидно-галлюцинаторному** — *тревожно-параноидный*, *тревожно-депрессивно-параноидный;*

**регист­ру расстройств сознания** — *тревожно-экстатический;* **психооргани­ческому** — *тревожно-дисфорический*.

***Возрастные особенности тревожных синдромов***  
Тревожные состояния у детей дошкольного возраста проявляются беспокойным взглядом, суетливостью, напряженностью, плачем и кри­ком при изменении ситуации. Для детей младшего школьного возраста характерны жалобы на беспокойство, внутреннюю дрожь. Тревожные опасения носят различный оттенок, обычно охватывая сферу привыч­ных жизненных интересов ребенка. В более тяжелых случаях тревога устремляется в будущее, которое сулит опасность, невзгоды, мировую катастрофу. Тревога, как правило, нарастает вечером и ночью и сопро­вождается двигательным беспокойством.

ВМКБ-10 тревожные расстройства детского возраста представлены следующими формами:

F93.0 «Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте»,

F93.1 «Фобическое тревожное расстройство»,

F93.2 «Соци­альное тревожное расстройство детского возраста».

Синдромы тревоги наиболее специфичны для инволюционного пе­риода. Так, инволюционные депрессии нередко манифестируют выра­женным тревожным или тревожно-бредовым состоянием. Возникающие в рамках заболевания тяжелые ипохондрически-депрессивные идеи тесно связаны с превалирующим тревожно-бредовым аффектом, как бы порож­даются им и вырастают из него. Ближе к старо­сти депрессии приобретают простой, иногда монотонно-мрачный ха­рактер. Появление тревожности в старческом возрасте, как правило, свидетельствует об углублении психического расстройства.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение тревоги.

2). Дайте характеристику тревожных синдромов при соматических заболеваниях.

3). Назовите клинические варианты тревожных синдромов.

4). Назовите признаки, которые включены в структуру тревоги как психического состояния.

5). Какие возрастные особенности тревожных синдромов выделяют?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. СТОЙКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ПОНИЖЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) влечением

2) фрустрацией

3) гипотимией

4) лабильностью

5) ригидностью

2. АГОРАФОБИЯ ЭТО

1) страх, вызванный пережитыми событиями

2) страх высоты

3) страх закрытых, тесных пространств

4) страх открытых пространств

5) боязнь всего вокруг

3. СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ НАЗЫВАЮТ

1) нарушением процесса саморегуляции

2) гипермобилизацией организма

3) стрессом

4) дистрессом

5) утомлением

4. К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТСЯ

1) беспокойство о будущих неудачах, опасения, суетливость, дрожь, потливость, тахикардия, эпигастральный дискомфорт, головокружения, ощущение волнения

2) внезапно возникающее сердцебиение, резко нарастающий страх, боли в груди, ощущение удушья, чувство нереальности, вторичный страх потери самоконтроля

3) приступы тяжелой тревоги, которые не ограничиваются определенной ситуацией, или обстоятельствами

4) тревога, которая ограничивается определенными фобическими обьектами или социальной ситуацией

5) немотивированно сниженное настроение, сонливость, усталость, чувство безнадежности, ангедония

5. ПРИСУТСТВИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ МАЛОВЫРАЖЕННЫХ СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОТЧЕТЛИВО ДОМИНИРУЮЩИМИ ПО ОТДЕЛЬНОСТИ С НАЛИЧИЕМ ВЕГЕТАТИВНЫХ СИМПТОМОВ(ТРЕМОР, СЕРДЦЕБИЕНИЕ,СУХОСТЬ ВО РТУ,ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ ДИСКОМФОРТ) МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА

1) тревожно-фобическое расстройство

2) генерализованное тревожное расстройство

3) посттравматическое стрессовое расстройство

4) смешанное тревожное и депрессивное расстройство

5) биполярное аффективное расстройство

6. ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) свободно плавающей тревогой

2) разнообразными фобиями

3) приступами возбуждения

4) меланхолическим раптусом

5) паническими атаками

7. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА СЛУЖАТ

1) спонтанно возникающие повторные приступы паники в ситуациях, не несущих опасности, сопровождающихся хотя бы 4 соматовегетативными симптомами

2) повторные приступы паники, сопровождающиеся хотя бы 4 соматовегетативными симптомами, обусловленные приемом лекарств

3) повторные приступы паники у больных с сердечно-сосудистой патологией или с патологией щитовидной железы

4) повторные приступы паники у больных с неврологическими заболеваниями

5) повторные приступы паники у больных с интоксикацией психоактивными веществами

8. СИНОНИМОМ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

1) генерализованное тревожное расстройство

2) эпизодическая пароксизмальная тревога

3) острая реакция на стресс

4) изолированная фобия

5) гневливая фобия

9. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ВТОРИЧНО ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО

1) анорексия

2) депрессия

3) резидуальная шизофрения

4) анакастное расстройство личности

5) спутанная мания

10. ЧУВСТВО ВНУТРЕННЕЙ НАПРЯЖЕННОСТИ, СВЯЗАННОЕ С ОЖИДАНИЕМ НЕОПРЕДЕЛЕННОЙ ОПАСНОСТИ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) ситофобия

2) тревога

3) танатофобия

4) патологический аффект

5) низофобия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиаполётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Авиафобия.

2. Тревожно-фобический синдром.

3. Паническое расстройство, обессивно-компульсивное расстройство.

4. Проведение психофармакотерапии, психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №2**

В клинику обратился студент К., 21 года, с жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина предвосхищения фобического стимула и столкновения с ним включает в себя гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Паническое расстройство.

2. Тревожный синдром.

3. Социальная фобия-страх и избегание ситуаций, в которых человек подвергается возможной оценки другими людьми и боится совершить что-нибудь нелепое.

4. Проведение психофармакотерапии, психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №3**

Больной С., 37 лет, [обратился с жалобами на постоянную тревогу](http://historich.ru/Задача_Больной_Н_68_лет_В_прошлом_шофер_Обратился_к_врачу_с_жалобами/index.html), чувство внутреннего напряжения, плохое предчувствие и ожидание худшего, трудности в сосредоточении внимания, прерывистый ночной сон и позднее пробуждение. Данные симптомы наблюдаются в течение 7 месяцев. Внешне больной напряжён, раздражителен, перебирает руками, периодически тяжело вздыхает, определяется потливость, умеренная тахикардия. Причину тревоги точно указать не может.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Инсомния, гипотимия, невнимание, чувство напряжения и тревоги, раздражительность, нарушение вегетативных функций.

2. Тревожный синдром.

3. Генерализованное тревожное расстройство.

4. Проведение психофармакотерапии, психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №4**

Больной 30 лет самостоятельно обратился за помощью. Находится в состоянии алкогольного опьянения. Рассказывает, что после гибели жены, на протяжении года испытывает постоянную тревогу, внутреннее напряжение. Каждый день опасается за жизнь своего ребенка и родителей. Малейшая задержка близких, вызывает усиление тревоги, раздражительность, сердцебиение, нарушение дыхания, боли в мышцах. Нарушился сон, долго не может уснуть, а утром «не хочется просыпаться». Тягостные переживания, трудность в сосредоточении внимания привели к полной социальной дезадаптации. Чтобы снять тревогу, стал употреблять спиртное, которое в первое время приносило значимое облегчение. Однако, в [состоянии абстиненции тревога](http://historich.ru/Не_в_состоянии_справиться_с_возбудителем/index.html), внутреннее напряжение резко усиливаются. Самостоятельно решил обратиться за помощью. Перед выходом из дома с алкоголем принял «какие-то успокоительные таблетки», чтобы на время отвлечься от тягостных тревожных дурных предчувствий.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Нарушение сна, пониженное настроение, тревога, снижение концентрации внимания, чувство внутреннего напряжения .

2. Тревожный синдром.

3. Генерализованное тревожное расстройство.

4. Проведение психофармакотерапии, психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Больной В., 40 лет, с подросткового возраста отличался впечатлительностью, ранимостью. Склонность к тревожным опасениям проявлялась в боязни опоздать на занятия, получить замечание, отвечать у доски. В зрелом возрасте данные черты сгладились, в то время как на первый план выступили черты ригидности, упрямства, а также, высокая степень склонности к сомнениям и отсутствие внутренней уверенности. Заболел около двух лет назад. На протяжении этого времени испытывает постоянную тревогу, беспокойство, чувство внутреннего напряжения, ожидание худшего. Тревога охватывает все стороны социального функционирования данного больного. Засыпает и просыпается с тревогой. С критикой относится к своему заболеванию, активно ищет помощи.

1. Назовите предположительный диагноз.

2. Назовите синдром.

3. Назовите коморбидное расстройство.

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Генерализованное тревожное расстройство.

2. Тревожный синдром.

3. Ананкастное расстройство личности.

4. Проведение психофармакотерапии, психотерапии.

5. Благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить тревожные синдромы.

2). Уметь выявить клинические варианты тревожных синдромов, их сочетания.

3). Уметь выявить тревожные синдромы, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Генерализованное тревожное расстройство.

2) Панические расстройства.

3) Диагностика и терапия тревожных расстройств.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.26. **Тема:** «Расстройства ощущений и восприятия».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства ощущений и восприятия относятся к психотическим расстройствам и характеризуются грубой дезинтеграцией психики (неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности процессам, явлениям, событиям, ситуации); исчезновением критики (невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней); а также исчезновением способности произвольно руководить собой, своими действиями, своим поведением. При этом возникают неадекватные реакции на события, на ситуации и на самого себя. Такие больные нуждаются в специализированной помощи, и от действий врача зависит прогноз и исход заболевания.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств ощущений и восприятия в психиатрии.

ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: физиологические основы ощущений и восприятия, их свойства и основные виды, а также клинические проявления их нарушений.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с нарушением восприятия, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больного с расстройствами ощущений и восприятия; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств ощущений и восприятия.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Патология чувственного познания».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Расстройства ощущений и восприятия** бывают количественные – вследствие изменения порога чувствительности (понижение, повышение), и качественные – сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства.

Варианты патологии чувственного познания на уровне

ощущений

восприятий

представлений

Сенестопатии

Психосенсорные расстройства

Иллюзии

Изменения порогов чувствительности

Галлюцинации

***Количественные нарушения ощущений***

*Психическая гиперестезия* (понижение порога чувствительности) – повышенная чувствительность к обычным раздражителям, действующим на органы чувств. Чаще всего встречается гиперестезия слуха и зрения. Звуки начинают восприниматься как громкие удары молотка, привычное освещение воспринимается ярким, порой слепящим. Реже чувствительность распространяется на запахи, термические и тактильные ощущения: запахи или неприятны, или просто раздражают; различные прикосновения (в транспорте, постельное белье, расчесывание волос) вызывают чувство физического и психического дискомфорта. Гиперестезия наблюдается в тех случаях, когда психические расстройства возникают остро; с особым постоянством тогда, когда в их структуру входит соматогенная астения; при экзогенно-органических, невротических состояниях, абстиненции, при острой интоксикации циклодолом, опием, гашишем.

*Психическая гипестезия* (повышение порога чувствительности) – проявляется понижением чувствительности к раздражителям, воздействующим на органы чувств. Все окружающее воспринимается неотчетливо, неясно, как сквозь туман. Предметы лишены красок, звуки доносятся глухо, голоса утрачивают интонацию. Может предшествовать дереализации. Встречается при депрессии, в начальном периоде оглушения, при алкогольном и наркотическом опьянении.

*Психическая анестезия* – полная нечувствительность анализаторов при формальной анатомо-физиологической сохранности: психическая слепота, глухота, психическая аносмия – нечувствительность к запахам, психическая агейзия – утрата чувства вкуса. Психическая анестезия может касаться физиологических ощущений, при этом выпадают органические ощущения, например, чувство сна, физиологических отправлений. Встречается при депрессии, сопоре, конверсионных нарушениях.

***Качественные нарушения ощущений*** – сенестопатии – неопределенные, нередко трудно локализуемые, диффузные, беспредметные, тягостные ощущения, проецируемые внутрь телесного «Я». Им свойственны следующие признаки:

- полиморфизм – это ощущения разнообразных болей, жжения, холода, тяжести и т.п.;

- отличие от проявлений соматических заболеваний своей вычурностью, в связи с чем больные нередко с трудом формулируют свои жалобы;

- неприятный, тягостный, порой мучительный аффективный фон этих ощущений, как правило, созвучный тревожно-депрессивному настроению;

- необычная локализация, неопределенная, часто меняющаяся.

Нозологическая принадлежность сенестопатий неоднородна: инволюционные, инфекционные психозы, органические поражения головного мозга, шизофрения. Сенестопатии иногда диагностируются как моносимптом. На самом деле всегда выявляются депрессивные, невротические, реже деперсонализационные расстройства. Обычно наблюдаются при вялом развитии болезни.

**Расстройства восприятия**

Восприятие – более сложный психический процесс, дающий познание предмета в целом; или отражение действительности в ее внешних (формальных) связях и отношениях.

Иллюзии – ложные восприятия, не соответствующие объективно имеющемуся раздражителю. Способствуют появлению иллюзий страх, темнота, тугоухость, плохое зрение и т.д. Чаще всего иллюзии встречаются в состоянии расстроенного сознания.

Классификация иллюзий

По анализатору

По условиям возникновения

зрительные

слуховые

вкусовые

аффективные

парейдолические

физические

Схема: Классификация иллюзий

Галлюцинации – мнимые восприятия, не имеющие объективного раздражителя. Галлюцинации разделяются по органом, чувств: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, висцеральные; по содержанию: нейтральные, комментирующие, устрашающие, императивные; по форме: простые, сложные и смешанные.

Особо выделяют псевдогаллюцинации, которые отличаются от истинных тремя признаками:

* проецируются вне реального поля зрения, чаще всего в голове;
* носят характер сделанности («вкладывают мысли», «показывают видения», «причиняют боль»);
* носят характер отчужденности (больные подчеркивают особый характер этих галлюцинаций, отличая их от реальных объекто3).

Психосенсорные нарушения – это искажение сложных восприятий: внешнего мира и собственного «Я».

Деперсонализация включает в себя нарушение «схемы тела», раздвоение «Я».

При дереализации искаженно воспринимается окружающая обстановка (искажается форма предметов – метаморфопсия, их величина: макро- и микропсия, количество – полиопия).

Психосенсорные расстройства встречаются при эпилепсии, энцефалитах, опухолях головного мозга, могут быть следствием органических поражений теменно-затылочных отделов и межуточного мозга.

Галлюцинаторный синдром (галлюциноз) — состояние, характеризующееся обильными галлюцинациями, как правило, одного вида, не сопровождающееся помрачением сознания.

Многие состояния, которым свойственны наплывы галлюцинаций, не могут быть расценены как галлюцинозы (делирий, галлюцинаторные варианты сумеречных состояний), так как они развиваются в картине состояний, квалифицируемых как синдромы помрачения сознания.

**Дифференциальная диагностика истинных и псевдогаллюцинаций**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признак | истинные галлюцинации | псевдогаллюцинации |
| Проекция патологических образов | в пределах чувственного горизонта (в окружающее пространство) | за пределами чувственного горизонта (в субъективное пространство) |
| Чувственная яркость, живость галлюцинаторных образов | сохранена | отсутствует |
| Чувство насильственности, «сделанности», влияния извне | отсутствует | выявляется |
| Актуальное поведение (соответствие поведения содержанию галлюцинаторных переживаний) | поведение соответствует содержанию галлюцинаций | поведение диссоциировано с содержанием галлюцинаций |
| Социальная уверенность (убежденность в том, что окружающие видят те же образы) | выявляется | отсутствует |
| Суточные колебания выраженности симптома | как правило, усиление в вечернее и ночное время | отсутствуют |
| Течение | чаще острое, относительно непродолжительное | чаще хроническое, подострое, затяжное |

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение ощущений.

2). Дайте определение восприятия.

3). Дайте определение сенестопатии.

4). Назовите варианты патологии чувственного познания.

5). Назовите расстройства ощущений.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ – ЭТО

1) следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта

2) резкое усиление восприимчивости при воздействии обычных или слабых раздражителей за счет понижения порога чувствительности

3) полная нечувствительность одного или нескольких анализаторов при их анатомо-физиологической сохранности

4) значительное снижение восприимчивости к действующим раздражителям

5) обман чувств

2. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ДЕЙСТВУЮЩИМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ ЗА СЧЕТ ПОВЫШЕНИЯ ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) гипестезия

2) анестезия

3) гиперестезия

4) болезненная психическая анестезия

5) кома

3. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ В РАМКАХ СИНДРОМА

1) кататонического

2) ипохондрического

3) сенестопатического

4) астенического

5) Корсаковского

4. СОСТОЯНИЕ ПОНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВПЛОТЬ ДО ПСИХИЧЕСКОГО БЕСЧУВСТВИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) гипестезия

2) анестезия

3) гипофазия

4) гипомимия

5) деперсонализация

5. СЕНЕСТОПАТИИ – ЭТО

1) следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта

2) неопределенные, нередко трудно локализуемые, диффузные, беспредметные, тягостные ощущения, проецируемые внутрь телесного «Я»

3) значительное снижение восприимчивости к действующим раздражителям

4) ошибочное, искаженное восприятие реально существующих в данный момент предметов или явлений

5) обман чувств

6. ОТРАЖЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ПРЕДМЕТОВ И ЯВЛЕНИЙ ДЕЙСТВИ­ТЕЛЬНОСТИ ПРИ ИХ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНЫ ЧУВСТВ – ЭТО

1) ощущение

2) восприятие

3) представление

4) ассоциация

5) иллюзия

7. ЦЕЛОСТНОЕ ОТРАЖЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ И ЯВЛЕНИЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ИХ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНЫ ЧУВСТВ – ЭТО

1) ощущение

2) восприятие

3) представление

4) ассоциация

5) иллюзия

8. ОБРАЗ РАНЕЕ ВОСПРИНЯТОГО ПРЕДМЕТА, СЛЕД БЫВШЕГО ВОСПРИЯТИЯ – ЭТО

1) ощущение

2) восприятие

3) представление

4) ассоциация

5) иллюзия

9. УСИЛЕНИЕ ВОСПРИИМЧИВОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЫЧНЫХ ИЛИ СЛАБЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ ЗА СЧЕТ ПОНИЖЕНИЯ ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) сенестопатии

2) анестезия

3) гипестезия

4) гиперестезия

5) парестезии

10. ПОНИЖЕНИЕ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ВНЕШНИМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ ЗА СЧЕТ ПОВЫШЕНИЯ ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) сенестопатии

2) иллюзии

3) гиперестезия

4) парестезии

5) гипестезия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

После каждого поступка больной слышит в голове мужской голос, который обсуждает поведение больного, говорит: «Сел», «Встал», «Пить пошел» и т.д.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. Это расстройство количественное или качественное?
4. К какому регистру психических расстройств он относится?
5. При каких заболеваниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации комментирующего содержания.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное.

4. Психотический регистр.

5. Преимущественно при шизофрении, реже – при других хронических психозах.

**Задача №2**

Родственники больного рассказывают, что он посто­янно поднимает телефонную трубку, когда звонков нет. На вопрос, почему он это делает, сообщает, что слышит, как звонит телефон.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. Это расстройство количественное или качественное?
4. К какому регистру психических расстройств он относится?
5. Может ли встречаться данный симптом в норме?

**Эталон ответа**

1. Элементарные слуховые галлюцинации – акоазмы.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное.

4. Психотический регистр.

5. Не может.

**Задача №3**

Больной, перенесший грипп в тяжелой форме, жалуется, что обычный разго­вор кажется ему громоподобным, свет электрической лам­почки очень ярким, обычные прикосновения вызывают болезненные ощущения.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. В структуру какого синдрома входит?
4. Это расстройство количественное или качественное?
5. К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений.

3. Астенического.

4. Количественное.

5. Не психотический регистр.

**Задача №4**

Больная отказывается от приема пищи, утверждает, что чувствует в ней вкус челове­ческого мяса.

1. Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Каковы внешние проявления данного симптома?

4. Это расстройство количественное или качественное?

5. К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Галлюцинация вкуса.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Отказ от приема пищи.

4. Расстройство качественное.

5. Психотический регистр.

**Задача №5**

Больная заявляет, что по ее телу ползают насеко­мые, причиняющие боль, оставляющие продукты своей жизнедеятельности. При объективном осмотре жалобы не подтвер­ждаются.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. В структуру какого синдрома входит?
4. Это расстройство количественное или качественное?
5. К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Тактильные галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений и восприятия.

3. Входит в структуру ипохондрического (в частности, дерматозойного) бреда.

4. Расстройство качественное.

5. Психотический регистр.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить расстройства ощущений и восприятия.

2). Уметь выявить клинические варианты расстройств восприятия

3). Уметь выявить расстройства ощущений и восприятия, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Этиология и патогенез расстройств восприятия.

2) Сенсорная депривация.

3) Оптические иллюзии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1.Индекс:** ОД.О.01.1.3.27 **Тема:** «Галлюцинозы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: регистры психических расстройств.

Уметь: выявлять продуктивные и негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике галлюцинаторных психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\*обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза психических расстройств».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Галлюцинаторный синдром (галлюциноз) — состояние, характеризующееся обильными галлюцинациями, как правило, одного вида, не сопровождающееся помрачением сознания.

Многие состояния, которым свойственны наплывы галлюцинаций, не могут быть расценены как галлюцинозы (делирий, галлюцинаторные варианты сумеречных состояний), так как они развиваются в картине состояний, квалифицируемых как синдромы помрачения сознания.

Галлюцинозы подразделяются на *острые* и *хронические:* острые развиваются обычно внезапно и сопровождаются выраженным аффектом, высокой актуальностью содержания галлюцинаций; хронические характеризуются однообразием галлюцинаций, их малой актуальностью для больного, монотонностью аффекта.

В зависимости от вида галлюцинаций выделяют зрительный, вербальный и другие галлюцинозы.

Зрительный галлюциноз. В практике общей психиатрии встречается редко и, как правило, считается парциальным психическим расстройством без развития бреда и других психопатологических явлений.

*Педункулярный зрительный галлюциноз (галлюциноз Лермитт1)* возникает при локализации патологического процесса в ножках головного мозга. Его психопатологическая картина проявляется многочисленными недостаточно отчетливыми подвижными зрительными видениями в форме фигур людей, животных, сценоподобных картин. Галлюцинации появляются обычно в сумерках или в плохо освещенных помещениях. Галлюцинации часто вызывают у больных интерес и удивление. Критическое отношение к расстройствам сохраняется.

*Зрительный галлюциноз Бонне* развивается при полной или частичной утрате зрения. Психопатология состояния сводится к наплыву множественных подвижных, ярко окрашенных зрительных образов естественных или уменьшенных размеров людей или животных. В этих случаях, как и при педункулярном галлюцинозе, имеет место полная или частичная критика к обманам восприятия.

*Галлюциноз Ван-Богарта* характеризуется наплывом ярких зрительных галлюцинаций в виде бабочек, мелких птиц, цветов. Эти состояния обычно чередуются с картинами катаплектических расстройств, свойственных энцефалиту Ван-Богарта. Такой галлюциноз нередко предшествует развитию делирия и связан не столько с основным органическим процессом, сколько с интеркуррентным заболеванием.

*Вербальный галлюциноз* – наплыв слуховых галлюцинаций в виде монолога, диалога или большого числа голосов, которые могут вести беседу между собой, обращаться к больному, интерпретировать его действия и поступки (комментирующий галлюциноз), осуждать, угрожать ему, приказывать совершить те или иные, часто противоправные поступки. Возможно развитие галлюцинаторного бреда (E. Kraepelin), идентичного по содержанию галлюцинациям.

*Алкогольный галлюциноз* проявляется наплывом слуховых вербальных галлюцинаций. Слышатся диалоги двух людей или голоса множества лиц, которые говорят между собой или обращаются к больному. Одни его бранят, угрожают, издеваются, другие могут защищать, оправдывать. Вначале больной живо реагирует на то, что слышит, вступает с голосами в беседу, поведение его соответствует содержанию голосов.

*Атеросклеротическому галлюцинозу* свойственно появление обильных истинных слуховых, как правило, вербальных, иногда зрительных галлюцинаций. Среди них по содержанию преобладают повествовательные и комментирующие. Больные часто слышат голоса двух или нескольких людей, переговаривающихся между собой. Содержание слуховых обманов обычно относится к самому больному. Иногда при церебральном атеросклерозе возникают тактильные галлюцинации.

Развитию галлюциноза обычно предшествует чувство тревоги, беспокойства, страха. Вначале больной слышит оклики, отдельные бранные слова в свой адрес; далее развивается картина острого вербального галлюциноза, обычно комментирующего характера, сопровождающегося не только резко выраженной тревогой, но и двигательным возбуждением. Затихание или полное исчезновение вербальных галлюцинаций не всегда свидетельствует о полном обратном развитии психоза. Часто мнимое улучшение состояния предшествует развитию не менее острой, чем в начале галлюциноза, картине, характеризующейся императивным галлюцинозом.

Переход острого галлюциноза в хронический нередко сопровождается исчезновением тревоги, изменением степени зависимости поведения больных от содержания галлюцинаций, общей монотонностью состояния.

*Галлюциноз общего чувства.* Этот вид галлюциноза крайне разнообразен по своим проявлениям. В одних случаях речь идет о тактильном галлюцинозе (дерматозойный бред – бред Экбома или галлюциноз Конрад1), в других – о висцеральном галлюцинозе. В картине обоих видов галлюциноза преобладают галлюцинации общего чувства, при которых больной ощущает присутствие неподвижного, но вполне конкретного предмета или движущихся объектов (насекомых, паразитов и т.д.), вызывающих крайне неприятные ощущения боли, зуда, жжения, укусов. При тактильном галлюцинозе больной отмечает это на поверхности тела, при висцеральном – внутри организма, нередко в определенной системе (пищеварения, выделительной и т.д.).

От галлюцинаций общего чувства следует отличать тактильные и висцеральные сенестопатозы, при которых возникают сенестопатии – беспредметные тягостные ощущения, которые лишь констатируются больным. При этом пациент никогда не связывает последние с какими-либо конкретными объектами или живыми существами.

Обонятельные и вкусовые галлюцинозы в клинической практике обычно не встречаются.

Возрастные особенности галлюцинозов

Как отмечает Г.К.Ушаков, в детском и раннем подростковом возрасте галлюцинозы встречаются крайне редко. При общих инфекциях галлю-циноз, который нередко принимают за инфекционный делирий, характеризуется обилием слуховых галлюцинаций при ясном сознании. Содержанием галлюцинаций являются впечатления прошедшего дня, персонажи из сказок, телепередач. Отрывистый плач, резкие порывистые движения выражают стремления отстраниться или спрятаться от неприятных галлюцинаторных образов. В других случаях ребенок встает с постели, начинает что-то искать в складках одеяла, всматриваться в темные углы, кого-то звать. Психотический приступ оканчивается критически, о чем можно судить по поведению больного.

В позднем возрасте зрительный галлюциноз наблюдается при церебральном атеросклерозе, сенильно-атрофических процессах. Синдром носит изолированный характер с отсутствием признаков прогредиентности. Тактильный галлюциноз в старческом возрасте варьируется от эпизодических малодифференцированных до ярких, предметных ощущений на коже (инородные тела, живые существа и т. п.). Нередко сочетание с другими видами нарушения восприятия — зрительными, обонятельными.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). В чем отличие галлюцинозов от других состояний с наличием различных обманов восприятия?

2). В чем различие острых и хронических галлюцинозов?

3). При каких заболеваний чаще возникают галлюцинозы?

4). Назовите виды галлюцинозов?

5). Назовите особенности галлюцинаций при шизофрении?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6

1.ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЙ СИНДРОМ (ГАЛЛЮЦИНОЗ) ЭТО

1) состояние, характеризующееся обильными галлюцинациями, как правило, одного вида, не сопровождающееся помрачением сознания.

2) состояние, характеризующееся обильными галлюцинациями, на фоне помрачения сознания.

3) сочетание вербальных, слуховых, тактильных галлюцинаций

4) присутствие вербальных галлюцинаций при параноидном синдроме

5) сочетание истинных и псевдогаллюцинаций

2. ЧАЩЕ ВСЕГО ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

1) зрительные

2) слуховые

3) тактильные

4) обонятельные

5) вкусовые

3. ОСОБУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

1) рефлекторные

2) обонятельные

3) императивные

4) висцеральные

5) тактильные

4. ДЛЯ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ХАРАКТЕРНО

1) сочетание зрительных галлюцинаций с тактильными

2) наплыв слуховых вербальных галлюцинаций

3) преобладание псевдогаллюцинаций

4) упорядоченное поведение

5) монотонный эмоциональный фон

5. ДЛЯ ГАЛЛЮЦИНОЗА ВАН-БОГАРДА ХАРАКТЕРНО:

1) выраженное двигательное возбуждение на фоне галлюцинаций

2) массивные слуховые псевдогаллюцинации

3) наплыв ярких зрительных галлюцинаций в виде бабочек, мелких птиц, цветов

4) сочетание тактильные галлюцинации с обонятельными

5) императивные характер галлюцинаций

6. ПЕДУНКУЛЯРНЫЙ ЗРИТЕЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ ЛЕРМИТТА:

1) характерен для интоксикационных психозов

2) развивается только в молодом возрасте

3) развивается только в пожилом возрасте

4) возникает при локализации патологического процесса в ножках головного мозга

5) возникает на фоне текущего атеросклеротического процесса головного мозга

7. РАЗВИТИЕ ГАЛЛЮЦИНОЗА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ:

1) проявляется обилием слуховых галлюцинаций на фоне ясного сознания, сопровождающихся чувством страха

2) проявляется спокойным, заинтересованным поведением ребенка

3) сопровождается помрачением сознания

4) сопровождается присоединением судорожных состояний

5) сопровождается повышенной сонливостью

8. ДЛЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ХАРАКТЕРНО:

1) наличие псевдогаллюцинаций

2) сочетание вербальных псевдогаллюцинаций с тактильными

3) наличие обильных истинных слуховых и реже зрительных галлюцинаций

4) угрожающий характер вербальных галлюцинаций

5) императивный характер обманов восприятия

9. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ – ЭТО

1) зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании

2) ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов, живых существ

3) галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора при действии реального раздражителя на другой анализатор

4) галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора при действии реального раздражителя на тот же анализатор

5) зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при пробуждении

10. ИМПЕРАТИВНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ – ЭТО

1) слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия

2) зрительные галлюцинации в виде образов людей, животных, отличающихся необычайно большими размерами

3) зрительные галлюцинации в виде образов живых существ необычно малыми размерами

4) галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

5) слуховые галлюцинации индифферентного содержания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

После каждого поступка больной слышит в голове мужской голос, который обсуждает поведение больного, говорит: «Сел», «Встал», «Пить пошел» и т.д.

1. Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Это расстройство количественное или качественное?

4. К какому регистру психических расстройств он относится?

5. При каких заболеваниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации комментирующего содержания.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное.

4. Психотический регистр.

5. Преимущественно при шизофрении, реже – при других хронических психозах.

**Задача №2**

Родственники больного рассказывают, что он постоянно поднимает телефонную трубку, когда звонков нет. На вопрос, почему он это делает, сообщает, что слышит, как звонит телефон.

1. Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Это расстройство количественное или качественное?

4. К какому регистру психических расстройств он относится?

5. Может ли встречаться данный симптом в норме

**Эталон ответа**

1. Элементарные слуховые галлюцинации – акоазмы.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное.

4. Психотический регистр.

5. Не может.

**Задача №3**

Больная отказывается от приема пищи, утверждает, что чувствует в ней вкус человеческого мяса.6

1. Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Каковы внешние проявления данного симптома?

4. Это расстройство количественное или качественное?

5. К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Галлюцинация вкуса.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Отказ от приема пищи.

4. Расстройство качественное.

5. Психотический регистр.

**Задача №4**

Больная заявляет, что по ее телу ползают насекомые, причиняющие боль, оставляющие продукты своей жизнедеятельности. При объективном осмотре жалобы не подтверждаются.

1. Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. В структуру какого синдрома входит?

4. Это расстройство количественное или качественное?

5. К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Тактильные галлюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений и восприятия.

3. Входит в структуру ипохондрического (в частности, дерматозойного) бреда.

4. Расстройство качественное.

5. Психотический регистр.

**Задача №5**

После длительной алкоголизации больной стал слы­шать “голоса”, которые угрожали ему убийством, называли его пьяницей, издевались над ним. Изредка вмешивался другой голос, который пытался защищать больного. Критика к своему состоянию отсутствует

1. Назовите симптом

2. В структуру какого синдрома входит?

3. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

4. К какому регистру психических расстройств он относится?

5. Есть ли показания для госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Истинные вербальные галлюцинации

2. Входит в структуру галлюцинаторного синдрома

3. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

4. Психотический регистр.

5. Показана госпитализация

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявлять объективные признаки галлюцинаций.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь провести дифференциальную диагностику галлюциноза и делирия.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Галлюцинаторные синдромы

2. Клинические варианты галлюцинозов

3. Возрастные особенности галлюцинозов

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1.Индекс:** ОД.О.01.1.3.28. **Тема:** «Расстройства мышления».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: регистры психических расстройств.

Уметь: выявлять продуктивные и негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления расстройств мышления |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств мышления.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\*обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Мышление** – процесс установления связей между предметами и явлениями реального мира, выяснение сущности явлений, общих свойств вещей. Основой мышления являются понятия.

***Нарушения темпа мышления:***

У*скорение мышления* – увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление сохраняет целенаправленность,но в силу преобладания простых ассоциаций появляется быстрая смена темы высказываний. Ускорение может достигнуть «скачки идей», когда речь «не успевает» за мыслями. Наблюдается при маниакальном синдроме, непароксизмальных помрачениях сознания.

З*амедление* – уменьшение числаассоциаций в единицу времени, в результате чего наступает замедление и обеднение речи. Встречается при депрессивных синдромах, оглушении и более стойко при органических поражениях головновного мозга.

***Нарушение подвижности мышления*** по степени нарастания тяжести:

Д*етализация* – постоянное вовлечение в процесс мыслительной деятельности несущественных подробностей, при этом мышление становится неэкономичным.

Об*стоятельность* – выраженнаядетализация, сочетающаяся с застреванием на побочных ассоциациях, не имеющих прямого отношения к ответу, в результате чего мышление становится малопродуктивным.

В*язкость* – крайняя степень обстоятельности, при которой искажается основное направление мысли, что делает мышление непродуктивным.

Встречаются при эпилептической деменции, психоорганическом синдроме. Детализация отмечается при паранойяльном синдроме.

***Нарушения целенаправленности мышления*** – симптомы этой группы нередко сменяют друг друга по мере углубления нарушения мотивационного компонента мышления.

В*итиеватость* – пространные рассуждения с чертами псевдонаучности, «красивости» и необычности.

С*оскальзывание* – внешне немотивированные неожиданные переходы правильно построенной мысли одного содержания к мысли другого содержания.

Р*езонерство* – «пустословие», бесплодное мудрствование. Речь построена грамматически правильно, но крайне многословна, вместо прямого ответа больные рассуждают «на заданную тему», изрекают банальные истины или повторяют «общие фразы».

Р*азноплановость* – мысль лишена основного стержня, в ней объединяются порой несочетаемые понятия.

А*морфность* – нечеткое использование понятий, при котором речь приобретает расплывчатый характер, и мысль становится непонятной.

М*ентизм –* непроизвольно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений.

А*утистическое мышление* **–** мышление, оторванное от реаль­ности, автономно развивающееся из внутренних побуждений боль­ного, нередко возникающее как «озарение» и проявляющееся глав­ным образом в «осуществлении» своих сокровенных желаний.

Эти симптомы характерны для шизофрении. Резонерство может встречаться при эпилептической деменции.

***Нарушения грамматического строя речи*** – характерны для шизофренического дефекта, органического слабоумия, оглушенности.

Р*азорванность* – отсутствие связи между отдельными умозаключениями, суждениями и понятиями, в результате чего речь становится бессмысленной, в такой речи могут встречаться *неологизмы* **–** новые слова, понятные только больному или вообще не имеющие смысла.

Б*ессвязность –* нарушение логики изложения и грамматического строя речи на фоне помраченного сознания. Выраженная степень бессвязности называется инкогеренцией.

Р*ечевые стереотипии* – бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, речевых оборотов.

**Бредовые идеи** – неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность, не соответствующие реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию больного в биологической и социальной среде. Бред является формальным признаком психоза и выступает одним из основных признаков психических заболеваний.

**По содержанию выделяют три группы бредовых идей:**

1. *Персекуторный**бред* (бред преследования) отличается убежденностью в угрозе или вреде личности больного, ожидаемых или причиняемых извне. К этой форме относятся:

- бред отношения – уверенность больного в том, что окружающие люди с подозрением, неприязнью относятся к нему, хотят ущемить его интересы;

- бред воздействия – патологическая уверенность в том, что пациент находится под воздействием гипноза, радиации, космических лучей и т.п.;

- бред отравления – убежденность, что в пищу добавляют лекарства или другие вещества с целью убить больного или вызвать у него недомогание;

- бред ущерба – уверенность, что окружающие стараются причинить материальный или моральный вред больному;

- бред интерметаморфозы – идеи инсценировки, ложного узнавания с уверенностью, что вокруг разыгрывается спектакль, идет киносъемка, что люди не те, за кого себя выдают, их жесты и движения полны особого смысла и значения;

- бред сутяжный – идеи поиска правды и справедливости, с написанием многочисленных жалоб и обращением в общественные и правовые организации с просьбами установить порядок и законность.

2. *Экспансивный бред* (бред с повышенной самооценкой) характеризуется преувеличением собственных возможностей и качеств личности. К этой группе относятся:

- бред изобретательства – уверенность в совершении гениального изобретения или открытия;

- бред реформаторства – идеи переустройства мира, морального или нравственного характера для блага всего человечества;

- бред высокого происхождения – болезненная убежденность в том, что родителями пациента являются известные и могущественные люди;

- бред любовного очарования – убежденность во влюбленности определенных лиц в больного

- бред величия – патологическая переоценка собственных достоинств, возможностей и способностей.

3.*Депрессивный бред*(бред с пониженной самооценкой) отличается болезненным преувеличением имеющихся или приписываемых себе мнимых недостатков. В этой группе выделяют:

- бред самообвинения (ви­новности, греховности) – когда больные осуждают себя за допущенные «неисправимые ошибки», якобы приведшие к гибели семьи, окружающего мира и другим негативным последствиям;

- бред самоуничижения – болезненная убежденность в собственном ничтожестве, приписывание себе исключительно отрицательных качеств интеллектуальных, моральных, физических;

- ипохондрический бред – патологическая уверенность в наличии неизлечимой болезни, необоснованные опасения за свое здоровье с болезненным вниманием к ощущениям, возникающим в различных частях тела и внутренних органах;

- нигилистический бред – болезненное отчуждение и отрицание собственного физического «Я», которое может быть разрушено, мертво или потерять присущее ему ранее качества или вообще исчезнуть;

- дисморфоманический бред – болезненные мысли о наличии какого-либо воображаемого или переоцениваемого физического недостатка.

**По механизму возникновения бредовые идеи могут быть:**

*Первичными (интерпретативными)*, когда изначально нарушается непосредственно сам процесс мышления. Расстройства восприятия при этом варианте отсутствуют, в основе переживаний могут лежать реальные события, которые, однако, истолковываются неправильно, в рамках болезненной логики. Такой бред обычно бывает система­тизированным, монотематическим.

*Вторичными (образными),*когда изначально нарушается или восприятие, или эмоции. Появление галлюцинаций или псевдогаллюцинаций предшествует развитию бреда; такой бред называется чувственным, как правило, он не систематизированный. Аффективный бред развивается в форме экспансивного или депрессивного варианта в результате патологического повышения или понижения настроения.

*Индуцированными*, когда суждения и идеи возникают у родственников и лиц, находящихся в непосредственном контакте с больным, и повторяют тематику бреда пациента.

**Выделяют следующие основные варианты бредовых синдромов:**

*- паранойяльный**синдром* характеризуется первичным системати­зированным бредом при отсутствии явно нелепых суждений и гал­люцинаций;

*- при параноидном**синдроме* наблюдается сочетание бреда (чаще преследования, воздействия) с галлюцинациями. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо является частным случаем галлюцинаторно-параноидного синдрома и включает бред воздействия, псевдогаллюцинации и явления отчуждения психических актов – автоматизмы. Автоматизмы могут быть идеаторными, когда мыслями больного управляют со стороны, сенсорными, когда управляют ощущениями, или моторными, когда управляют движениями;

*-* *парафренный синдром* отличается фантастическим бредом, соче­тающимся с явлениями психического автоматизма и конфабуляциями.

Синдром Котара– сложный, депрессивно-параноидный синдром, сочетающий в себе нигилистический бред громадного масштаба, ипохондрические бредовые идеи и идеи собственной греховности.

Синдром Капгра – больные с этим синдромом утверждают, что они постоянно или периодически встречаются с двойником кого-то из близких людей.

Синдром Фреголи– бред положительного и отрицательного двойника и бред метаморфозы. Для этого психического феномена характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах.

**Сверхценные идеи –** логически обоснованные, эмоционально окрашенные убеждения, захватывающие сознание больного целиком и надолго. Они тесно связаны с реальностью, но далеко не всегда правильны и к ним нет достаточной критики. Эти идеи отражают личностные оценки бального и его устремления. Больной уверен в своей правоте и стремится доказать ее любой ценой.

**Навязчивые мысли** – мысли, страхи, возникающие в сознании больного помимо его желания, имеющие неотступный характер, от них невозможно освободиться, хотя больной оценивает их критически и хочет от них избавиться. Различают:

- *навязчивые сомнения* – больной постоянно неуверен в правильности и завершенности своих действий, не может принять правильное решение;

- *навязчивые абстрактные мысли* – бесплодное мудрствование или «умственная жвачка»;

- *навязчивые воспоминания* – непреодолимые, ненужные в данный момент воспоминания о событиях своей жизни, часто сопровождающиеся чувством стыда и раскаяния;

- *навязчивые страхи (фобии)* – необоснованные, аффективно насыщенные опасения (например, канцерофобия – страх заболеть раком, клаустрофобия – боязнь закрытых пространств, эритрофобия – боязнь покраснеть в присутствии других людей и т.п.).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Какие расстройства мышления относятся к ассоциативным?

2) На какие расстройства подразделяют патологию суждений и умозаключений?

3) Дайте определение бредовых идей и их классификацию по содержанию.

4). Какие идеи называются навязчивыми?

5) Чем отличаются сверхценные идеи от навязчивых?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ВИД БРЕДА ПО СОДЕРЖАНИЮ

1) персекуторный

2) идеаторный

3) возникающий при закрытых глазах

4) непроизвольно возникающих перед засыпанием

5) парафренный

2. БРЕДОВЫЕ ИДЕИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1) несоответствием действительности

2) доступностью исправления, устранения путем убеждения

3) реальным отражением действительности

4) частичным овладением сознания

5)критическим к ним отношением

3. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ ЗАМКНУТОСТЬ, ПОГРУЖЕНИЕ В МИР СОБСТВЕННЫХ ФАНТАЗИЙ С ОТРЫВОМ ОТ РЕАЛЬНОСТИ – ЭТО

1) аутистическое мышление

2) символическое мышление

3) паралогичное мышление

4) аморфное мышление

5) ментизм

4. ПОЛНАЯ УТРАТА СМЫСЛА ВЫСКАЗЫВАНИЙ ПРИ СОХРАННОСТИ ИХ ГРАММАТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ НАЗЫВАЕТСЯ

1) бессвязность мышления

2) разорванность мышления

3) речевые стереотипии

4) персеверация

5) патологическая вязкость мышления

5. К НАРУШЕНИЮ ТЕМПА МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ:

1) тахипсихизм

2) бредовые идеи

3) разорванность

4) резонерство

5) сверхценные идеи

6. МЕДЛЕННАЯ ТЯГУЧАЯ РЕЧЬ, ИЗОБИЛУЮЩАЯ НЕСУЩЕСТВЕННЫМИ ПОДРОБНОСТЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1) замедление мышления

2) патологическая вязкость мышления

3) резонерство

4) шперрунг

5) симптом открытости

7. РЕЗОНЕРСТВО – ЭТО УТРАТА СПОСОБНОСТИ:

1) к абстрактному мышлению

2) к концентрации внимания

3) к целенаправленному мышлению

4) к возможности отличить главное от второстепенного

5) к критическому осознанию болезни

8. К ДЕПРЕССИВНОМУ БРЕДУ ОТНОСИТСЯ:

1) бред изобретательства

2) бред самообвинения

3) бред преследования

4) бред инсценировки

5) бред ревности

9. БРЕД, ВОЗНИКАЮЩИЙ НА ФОНЕ ВОЗБУЖДЕНИИ, ИЛЛЮЗИЙ И ДЕРЕАЛИЗАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) систематизированным

2) чувственным

3) первичным

4) интерпретативным

5) бредом толкования

10. СОХРАНЕНИЕ КРИТИКИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ИДЕЯХ:

1) параноидных

2) навязчивых

3) сверхценных

4) примитивных

5) парафренных

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной 42 лет на вопрос врача о частоте госпитализаций отвечает: «Понимаете, тут же зависит от обстоятельств. У меня как получилось, я лежал целый месяц, и получается потому, что организм привыкает к лекарствам, менять схему надо, так и так попадаешь туда. Но появляются и причины, что именно там оказываешься. Я лег, появился там, приехал туда. Потом врач тоже ушла в отпуск. Опять надо ждать в больнице. Потом мама заболела, а одного дома она меня оставлять боится».

1. Назовите симптом.
2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?
3. Для каких заболеваний характерен?
4. На что указывает наличие данного симптома?
5. Связан ли этот симптом со снижением интеллекта?

**Эталон ответа**

1. Патологическая обстоятельность (вязкость) мышления.

2. К расстройствам познавательной деятельности – мышления.

3. Характерен для органических заболеваний головного мозга, особенно для эпилепсии.

4. Указывает на длительное течение заболевания на наличие необратимого дефекта личности.

5. Связан, т.к. теряется способность отличать главное от второстепенного.

**Задача №2**

Больной перенес инфекционный делирий. В разгаре болезни «видел», как его сотрудники принесли ему транзисторный приемник. Через три дня явления психоза прошли, но осталась убежденность, что приемник ему приносили, и он ссорился с медицинским персоналом, требуя его возвращения.

1. Назовите симптом

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. На что указывает наличие данного симптома?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1 Резидуальный бред

2. К расстройствам познавательной деятельности – мышления.

3. Отсутствие критики к перенесенному психозу

4. Регистр психотический.

5. Благоприятный, при наличии сохранного интеллекта

**Задача №3**

У пациента 28 лет остро без видимых причин появилось ощущение, что окружающие его люди как-то изменились. Понял, что его окружают подставные лица. Многих он узнает, хотя они переодеты и загримированы. Находит среди них своих знакомых, родственников, сослуживцев. Не может понять, почему это произошло, испытывает тревогу.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Каков регистр данного расстройства?

4. Назовите возможный диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дереализация, симптом положительного двойника, тревога.

2. Синдром Капгра.

3. Регистр психотический.

4. Возможен острый приступ параноидной шизофрении.

5. Относительно благоприятный: возможно эпизодическое течение заболевания.

**Задача №4**

Больная 66 лет отказывается от приема пищи, заявляет, что ее внутренности сгнили, пища не переваривается, а сразу проваливается в полость таза и загнивает.

1. Назовите ведущий синдром.

2. Назовите фабулу бреда.

3. Какими эмоциональными расстройствами он сопровождается?

4. Показана ли недобровольная госпитализация?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Синдром Котара (бред отрицания).

2. Депрессивный бред.

3. Сопровождается депрессивными расстройствами, тяжелым чувством тоски и тревоги.

4. Недобровольная госпитализация показана.

5. Больная представляет опасность для себя (ст. 29, пункт 2 «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача №5**

Больной считает, что изобрел аппарат, при помощи которого можно излечить тяжелые заболевания, одновременно осуществлять слежку за врагами и с его помощью их уничтожать, при необходимости приготовлять пищу.

1. Назовите симптом

2. Назовите фабулу бреда.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Показана ли госпитализация в психиатрический стационар?

**Эталон ответа к задаче №5**

1. бред
2. бред изобретательства
3. К расстройствам познавательной деятельности – мышления.
4. Регистр психотический.
5. Да, показана

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения расстройства мышления

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Непродуктивные расстройства мышления.

2. Бредовые синдромы.

3. Различные виды сверхценных идей

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1.Индекс:** ОД.О.01.1.3.29. **Тема:** «Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: регистры психических расстройств.

Уметь: выявлять продуктивные и негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления синдрома психического автоматизма |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\*обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8. Аннотация** (краткое содержание темы).

Синдром **Кандинского-Клерамбо** характеризуется совокупностью взаимосвязанных симптомов:

- псевдогаллюцинаций,

- бреда преследования и воздействия,

- психических и физических автоматизмов.

Выделяют идеаторные автоматизмы: насильственно возникающий наплыв мыслей; возникновение чужих, сделанных мыслей; симптомы открытости и отнятия мыслей; звучания мыслей или повторения собственных или сделанных мыслей. Сюда включаются следующие феномены:

*Эхо мыслей* – ощущение, что собственные мысли повторяются или отдаются эхом (но не произносятся вслух) с интервалом в несколько секунд между мыслью и ее эхом. Повторяемая мысль, несмотря на идентичность содержания, может быть изменена качественно.

*Вкладывание мыслей* – переживаемые собственные мысли осознаются как чужие или внедренные в мозг извне. Вопреки убеждению, что мысли не его собственные, человек не может понять, откуда пришли чужие мысли. Убеждение в том, что мысль чужого происхождения, часто возникает одновременно с ощущением вкладывания мыслей.

*Отнятие мыслей**–* ощущение, что собственные мысли отбираются или присваиваются внешней силой, так что человек не имеет мыслей. Он убежден в чужеродном происхождении вмешательства, и это убеждение часто возникает одновременно с ощущением отнятия мыслей.

*Передача (открытость) мыслей* – ощущение, что собственные мысли истекают из мозга, так что ими можно поделиться с другими людьми или сделать публичным достоянием.

Сенестопатический автоматизм выражается в разнообразных, крайне неприятных тягостных ощущениях, которые возникают с чувством, что они специально кем-то вызваны с целью воздействия. Кинестетический (речедвигательный) автоматизм представляет собой отчуждение движений и действий, которые осуществляются не по собственной воле, а в результате воздействия со стороны.

Физический автоматизм – расстройство, при котором больной совершает действия, расцениваемые им самим как насильственные, навязанные извне.

Выделяют острый и хронический варианты синдрома психического автоматизма. Хронический вариант встречается почти исключительно при шизофрении, но в очень редких случаях может наблюдаться при эпидемическом энцефалите, эпилепсии, некоторых формах прогрессивного паралича. Острый синдром встречается как при шизофре­нии, так и при ряде экзогенных психозов.

***Особенности синдрома Кандинского-Клерамбо при эндогенных психических заболеваниях.***

Ряд симптомов, входящих в структуру синдрома Кандинского — Клерамбо, K.Schneider обозначил как симптомы первого ранга: звучание мыслей, спорящие и (или) обсуждающие голоса, комменти­рующие голоса, ощущение соматической беспомощности, отчуждение мыслей и другие ощущения воздействия на мышление, передача мыслей на расстояние, бредовое восприятие, другие ощущения, включающие в себя «сделанный» волевой акт, «сделанный» аффект и «сделанные» желания. Впоследствии они вошли в Международную классификацию болезней (МКБ-10) как дифференциально-диагностические критерии шизофрении.

В клинической картине *параноидной (непрерывно текущей) шизоф­рении* острый синдром психического автоматизма развивается в соот­ветствии с закономерностями, свойственными экзацербации хроничес­кого бредового состояния, и характеризуется псевдогаллюцинаторными расстройствами с беззвучными мысленными голосами, сенсорными и речедвигательными автоматизмами.

Описаны галлюцинаторный и бредовой варианты синдрома. При развитии *галлюцинаторного варианта* выявлена определенная после­довательность. Синдрому предшествуют неврозоподобная симптоматика, болезненные идеи отношения, вербальные иллюзии, истинные вербальные галлюцинации. Предвестником пере­хода истинного галлюциноза в псевдогаллюциноз являются голоса, ком­ментирующие поступки больного. Появление псевдогаллюцинаций либо не сопровождается внешними признаками обострения психоза, либо сочетается с выраженным страхом, тревогой, беспокойством. Аффек­тивная симптоматика при данном варианте быстро претерпевает обрат­ное развитие, и в дальнейшем последовательно формируются идеаторный (симптом открытости, отнятие, вкладывание и внушение мыслей), сенестопатический, идеомоторный и двигательный автоматизмы. Бре­довая симптоматика остается невыраженной и обусловливается содер­жанием галлюцинаторных голосов. После 6-10 лет течения развивается галлюцинаторная парафрения с присоединением в единичных наблю­дениях кататонических расстройств.

*Бредовой вариант* характеризуется отчетливым появ­лением в самом начале болезни персекуторных бредовых идей. В наиболее типичных случаях с постепенным началом в среднем возрасте непрерывно-прогредиентное течение клинически выражается в постепен­ной смене паранойяльного, параноидного и парафренного синдромов. На смену паранойяльному синдрому, иногда после обострения с тре­вогой, возникают бред физического воздействия и явления психичес­кого автоматизма.

В ряде случаев бред воздействия при синдроме Кандинского — Клерамбо сопровождается бредом насильственного превращения субъекта в другое лицо, в том числе и человека другого пола, в животное, в неодушевленный предмет. Одновременно с изме­нением внешнего облика может произойти изменение внутренней сути (бред метаморфозы). Психические автоматизмы могут сопровождаться транзитивизмом — бредовой убежденностью больных в том, что все испытываемое ими, испытывают также и окружающие.

***Синдром Кандинского - Клерамбо при органических психозах***

Симптомы психического автоматизма встречаются при многих орга­нических психозах, приобретая специфические, характерные для той или иной нозологической единицы формы. Общие характеристики про­явления синдрома Кандинского-Клерамбо при органических психо­зах следующие: - психический автоматизм при соматически обусловленных психозах никогда не является инициальным расстройством и возникает лишь на высоте психоза, когда получает полное развитие определяю­щее этот психоз расстройство, в первую очередь, истинный вербальный галлюциноз или состояние помрачения сознания (делирий, сумеречное состояние); синдром психического автоматизма, хотя и может развиться при многих психических заболеваниях, не существует вне нозологических рамок отдельных психических болезней, и его особенности являются результатом сложного взаимодействия всех патологи­ческих нарушений психики, свойственных тому или иному психичес­кому заболеванию.

***Синдром Кандинского-Клерамбо при реактивных психозах***

Выявлены следующие закономерности проявления синдрома Кандинского-Клерамбо при реактивном параноиде. Психический автоматизм харак­теризуется ограниченным количеством симптомов, отсутствуют кине­стетические автоматизмы, явления чуждости; нет отчуждения собственньк мыслей, отмечаются лишь насильственность, нарушения управления своими мыслями, снижение активности. Содержание галлюцинаций обусловлено конкретной ситуацией. Выход из реактивного состояния сопровождается явлениями глубокой постреактивной астении и резидуальными параноидными включениями.

***Клинические варианты синдрома Кандинского- Клерамбо и его сочетания с другими синдромами.***

***Шизофрения.*** Сочетания синдрома Кандинского-Клерамбо с дру­гими синдромами и его проявления во многом определяются формой течения заболевания. При умеренно прогредиентной (параноидной) форме выявляется *галлюцинаторно-параноидный* синдром, в структуре которого встречаются все виды автоматизмов. При приступообразно-прогредиентном типе течения синдром наблюдается в клинической картине *депрессивно-галлюцина­торных* и *параноидно-галлюцинаторных* приступов. При рекуррентной типе течения синдром психического автоматизма появляется на этапах аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации и фантастичес­кой аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации.

***Гипертонические психозы.*** Психические автоматизмы при гипер­тонических психозах выявлялись в структуре онейроидного помрачения сознания и депрессивно-галлюцинаторного состояния. На высоте оней­роидного помрачения сознания (даже в тех случаях, когда онейроид наблюдался в течение получас1) имели место симптомы всех видов ав­томатизма (ассоциативного, моторного, сенестопатического) в сочетании с нестойкими бредовыми идеями воздействия, что позволило оценить их как транзиторный, но целостный синдром психического автоматиз­ма. Когда же в психопатологическую структуру депрессивно-галлюци­наторного состояния включались признаки психического автоматизма, они, в отличие от онейроидных состояний, не проявлялись в целостном виде, а слагались лишь из симптомов ассоциативного (слуховые псевдо­галлюцинации, симптом открытости и т. д.) и сенестопатического автоматизма.

***Гриппозные психозы.*** Клиническая картина гриппозных психозов характеризуется включением протекающих при ясном сознании явле­ний психического автоматизма в структуру галлюцинаторного и галлю-цинаторно-депрессивного синдромов. Здесь синдром Кандинского- Клерамбо выступает не в полном объеме, а слагается лишь из симпто­мов ассоциативного и кинестетического автоматизмов. Бредовые идеи в этих состояниях, как правило, не развиваются.

***Сифилитические психозы.*** Психозы при сифилисе мозга характе­ризуются не только наличием развернутого синдрома Кандинского- Клерамбо, но и строго очерченной этапностью заболевания. На первом этапе синдром включается в картину галлюциноза, на втором - полно­стью заполняет всю картину болезни и, наконец, на третьем - сочета­ется с выраженным ипохондрическим состоянием, проявляясь сенестопатиями, обонятельными галлюцинациями, ипохондрическим бредом.

***Возрастные особенности синдрома Кандинского- Клерамбо***

Синдром психического автоматизма в детском возрасте проявляется, как правило, слуховыми и зрительными псевдогаллюцинациями, рече-двигательные автоматизмы встречаются редко. При детской шизофрении преобладают зрительные псевдогаллюцинаторные проявления, отличающиеся необычностью, вычурностью, фантастичностью. Своеобразную разновидность псевдогаллюцинации у детей представ­ляют сновидные, являющиеся переходным феноменом от образов фантазии к сновидениям, и, наоборот, от сновидении к фантазиям. Этот феномен является одним из звеньев в формировании более развернутых картин синдрома Кандинского - Клерамбо.

Синдром психического автоматизма у людей пожилого возраста чаще встречается при атеросклеротических психозах. При параноидных психозах сосудистого происхож­дения явления ассоциативного автоматизма, слуховые псевдогаллюци­нации либо не встречаются, либо отличаются крайней элементарностью, бедностью, однообразием. Особенностью сенестопатического автома­тизма является бредовая интерпретация реально существующих голово­кружений, шума в ушах, шума в голове, болей в сердце как «сделан­ных», «навязанных извне». При атеросклеротическом ориентированном онейроиде встречаются все виды психического автоматизма, однако они также характеризуются неразвернутостью, простотой и конкретностью содержания, интерпретацией реально существующих болезненных ощущений как внешних воздействий.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуются синдром Кандинского-Клерамбо?

2). Что такое автоматизмы?

3). Какие виды автоматизмов Вам известны?

4). Клинические варианты синдрома Кандинского-Клерамбо.

5). Возрастные особенности синдрома Кандинского-Клерамбо.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1.ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) аутистическое мышление

2) резонерство

3) ментизм

4) ускорение мышления

5) бессвязность мышления

2. К ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ОТНОСИТСЯ

1) метафизическая интоксикация

2) симптом открытости

3) симптом Фреголи

4) истинные вербальные галлюцинации

5) нарушение сознания

3. ВАРИАНТОМ ИДЕАТОРНОГО АВТОМАТИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ

1) вербальные псевдогаллюцинации

2) вербигерации

3) персеверации

4) аутистическое мышление

5) символическое мышление

4. СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) парафренный бред

2) иллюзии

3) псевдогаллюцинации

4) галлюцинации

5) ипохондрический бред

5. СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) парафренный бред

2) бред ревности

3) галлюцинации

4) психические автоматизмы

5) иллюзии

6. СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) иллюзии

2) бред ревности

3) галлюцинации

4) бред преследования

5) гиперестезию

7. СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИЕ (СЕНСОРНЫЕ) АВТОМАТИЗМЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЧУВСТВОМ

1) мнимого воздействия на процессы мышления

2) звучания мыслей

3) сделанных неприятными ощущения

4) отнятия мыслей, сделанных мыслей

5) разматывания воспоминаний

8. КИНЕСТЕТИЧЕСКИЕ (МОТОРНЫЕ) АВТОМАТИЗМЫ – ЭТО

1) крайне неприятные ощущения, возникающие в результате мнимого воздействия посторонних сил

2) разнообразного характера сделанные ощущения

3) ощущение, что действиями, движениями руководят посторонние силы

4) чувство сделанного жара или холода

5) болезненные ощущений в разных частях тела

9. ИДЕАТОРНЫЕ (АССОЦИАТИВНЫЕ) АВТОМАТИЗМЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЧУВСТВОМ

1) отнятия мыслей, разматывания воспоминаний

2) что движения производятся помимо воли, под влиянием извне

3) сделанного настроения

4) сделанной неподвижности, оцепенения

5) сделанных болезненных ощущений

10. БРЕДОВЫЙ ВАРИАНТ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) отсутствием бредовых идей воздействия и преследования

2) большим удельным весом психических автоматизмов

3) выраженными псевдогаллюцинаторными расстройствами

4) каталепсией

5) негативизмом

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациент 36 лет уверен, что «межпланетная организация», созданная специально для того, чтобы его погубить, при помощи каких-то приборов заставляет его помимо воли скашивать глаза, целы­ми днями ходить взад-вперед, писать письма. Одновременно «организа­ция» влияет на его мысли, вызывает у него неприятные воспоминания, неприятные видения.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Какой синдром они образуют?

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. Какова терапевтическая тактика при данном состоянии?

**Эталон ответа**

1. Психические автоматизмы (моторные и идеаторные), зрительные псевдогаллюцинации.

2. Синдром Кандинского-Клерамбо.

3. Относится к расстройствам мышления.

4. Характерен для шизофрении.

5. Психофармакотерапия – назначение атипичных антипсихотиков.

**Задача №2**

Больной считает, что с помощью прибора, установленного в лаборатории, неизвестные читают его мысли, вкладывают ему свои мысли. Этот прибор насильственно заставляет его то весе­литься, то печалиться. Одновременно прибор «делает» ему голоса, которые звучат где-то в голове. Уверен, что существу­ет целая организация, которая намерена его погубить.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Какова тактика лечения?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Персекуторный бред, психические автоматизмы (сенсорные), вербальные псевдогаллюцинации.

2. Галлюцинаторно-параноидный синдром (Кандинского-Клерамбо).

3. Для шизофрении.

4. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики.

5. Неблагоприятный – как правило, непрерывное течение заболевания с развитием негативных расстройств.

**Задача№3**

Больная заявляет, что группа лиц, намерена отнять у нее имущество и специально сделала так, что ее мысли стали им известны с помощью нового прибора ими же изобретенного. Временами она слышит разговоры этих «врагов» у себя в голове и ощущает, как они ей причиняют боль во всем теле.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Для какого заболевания он характерен?

**Эталон ответа**

1. Бред преследования, симптом открытости мыслей, псевдогаллюцинации, сенсорный автоматизм
2. Синдром Кандинского-Клерамбо
3. Расстройста познавательной сферы
4. Психотический
5. Для шизофрении

**Задача№4**

Пациенту 30 лет. При осмотре рассказывает, что существует «особая группа людей», которые «с помощью антенн спутникового телевидения» осуществляют за ним «слежку». Говорит, что эти «преследователи» могут «дистанционно читать» его мысли, вызывать «жжение и зуд кожи» и даже «говорить его языком непристойные слова». Периодически «слышит» у себя в голове, как эти лица «переговариваются между собой». Внешний вид неряшливый, небрит, одежда неопрятная. В отделении ничем не занимается, день проводит в кровати, встает преимущественно для еды и курения, с соседями по палате общается мало.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Какие синдромы они образуют?

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности

они относятся?

4. Для какого заболевания они характерны?

5. О чем свидетельствует данная симптоматика?

**Эталон ответа**

1. Бред преследования, автоматизмы, псевдогаллюцинации, аутизм, апатия
2. Синдром Кандинского-Клерамбо, апато-абулический синдром
3. Расстройства познавательной сферы
4. Шизофрения
5. О длительности заболевания, обострении

**Задача№5**

Пациент угрожал соседу расправой т.к. считает, что сосед, через установленный у него дома аппарат вкладывает больному в голову свои мысли. Иногда специальной техникой устраивает видеоконференции, в которых всячески его оскорбляет и издевается. В последнюю ночь проводил над ним эксперимент – «приказал» идти на улицу, заставлял ругать прохожих.

1. Назовите психопатологические симптомы

2. Какой синдром они образуют

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Показана ли госпитализация в психиатрический стационар?

**Эталон ответа**

1. Псевдогаллюцинации, бред воздействия, автоматизмы идеаторные и моторные
2. Синдром Кандинского-Клерамбо
3. Познавательная сфера
4. Психотический регистр
5. Показана госпитализация

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения проявления синдрома Кандинского-Клерамбо

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить нозологическую принадлежность синдрома Кандинского-Клерамбо.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1.Синдром Кандинского-Клерамбо при органических психозах

2.Особенности синдрома Кандинского-Клерамбо в детском возрасте

3. Особенности синдрома Кандинского-Клерамбо в пожилом возрасте

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1.Индекс:** ОД.О.01.1.3.30. **Тема:** «Синдромы интерпретативного и чувственного бреда».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: регистры психических расстройств.

Уметь: выявлять продуктивные и негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\*обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

***Синдром интерпретативного бреда***

Описан французскими психиатрами как «хронический систематизированный психоз», характеризующийся:

1) множественностью и упорядоченностью бредовых интерпретаций:

2) случайностью или полным отсутствием галлюцинаций;

3) сохранно­стью ясности сознания и психической активности;

4) развитием и последо­вательным вовлечением новых фактов и обстоятельств для подтвержде­ния бредовой концепции;

5) отсутствием терминальной деменции, несмотря на неизлечимость.

Облигатным симптомом являются складывающиеся в определенную систему первично развивающиеся бредовые идеи, в основе которых ле­жит ложное понимание и ложное толкование окружающего. Системо-образующим фактором здесь является «первичная фабула», являющая­ся своеобразной посылкой с заданным решением и предвосхищающая ход разработки бредовой системы. Возникшие на основе первичной фабулы интерпретации окружающих событий в представлении боль­ных отвечают всем критериям истинности, справедливости, непреложности. Интерпретативному бреду сопутствуют своеобразные эмоциональные нарушения. Как отмечал еще С.С.Корсаков - недовольство, раздражение чаще всего находятся в связи с бредовыми идеями преследования, но иногда суще­ствуют и независимо от них. Одной из особенностей интерпретативно­го бреда является неспособность больных проникаться интересами других людей, иногда поразительная невнимательность и жестокость. Эмо­циональное притупление касается не только нравственного чувства, но и логического, чем и объясняется допущение самых абсурдных толко­ваний, податливость к тому, чтобы за истины принимать только софиз­мы, заменять мыслительную деятельность шаблонами, имеющими лишь внешний вид рассуждения.

В рамках интерпретативного бреда Серье некоторые психиатры выделяют его атипичную форму - *бред притязания.* Здесь наряду с нарушения­ми мышления отмечается активная бредовая деятельность по осуще­ствлению замыслов больного. По содержанию это сутяжный бред (бред кверулянто3), бред реформаторства, изобретательства, религиозный, иногда любовный. В отличие от больных с интерпретативным бредом, пациенты с бредом притязания находятся в хронически «страстном» состоянии, у них преобладает одна «превалирующая» идея (монотема­тический, сверхценный бред конкретного или абстрактного содержа­ния). Им свойственна склонность к обману, растратам, насилию, адюль­теру, совершению общественно опасных действий.

***Синдром чувственного бреда***

Чувственный бред (бредовые вспышки) как синд­ром чаще всего входит в структуру сложного психотического приступа с аффективными, сенсорными, двигательными расстройствами, а не­редко и с помрачением сознания.

*Компонентами синдрома являются следующие:*

*Бредовое восприятие.* Представляет собой спектр переживаний от смутного ощущения непонятного изменения окружающего до восприя­тия людей, предметов, событий страшными, катастрофическими, потус­торонними, загадочными. Динамика становления чувственного бреда в виде трех стадий описана K.Conrad.

Аффективная стадия: *трема -* соответствует выявленной K.Jaspers картине бредового настроения и включает в себя тревожность, растерянность, недоумение.

Вторая стадия, собственно бредовое воспри­ятие и бредовое представление: *апофения -* представляет собой тяго­стное переживание непосредственной связи «Я» со всем, что происходит вокруг.

Третья стадия: *апокалиптическая -* проявляется распадом це­лостного восприятия окружающей действительности. Больной оказыва­ется в ином мире, наполненном каким-то особым смыслом, зачастую кош­марным и зловещим.

***Бредовые синдромы ложного узнавания****.* Представляют собой сбор­ную группу психопатологических феноменов, отличительной особен­ностью которых является убеждение больных в замене тех или иных лиц из их окружения на двойников. Выделяют следующие клинические варианты:

1*.* Синдром Капгра:

1) симптом отрицательного двойника - убежде­ние больного в том, что его их ближайшие родственники были заменены являющимися их точной копией двойниками, злоумышленниками;

2) симптом положительного двойника - отождествление незнакомо­го в реальной жизни человека со знакомыми и близкими людьми;

3) симп­том собственных двойников. Убеждение больного, что в его окружении действует собственный двойник.

2. Синдром Фреголи - больные утверждают, что их преследователь меняет внешность, чтобы остаться незамеченным.

3. Синдром интерметаморфоза. Характеризуется убеждением боль­ных в способности преследователей принимать физический, мораль­ный и духовный облик других людей.

***Бред инсценировки*** *-* окружающее представляется больному как специально подстроенное: люди, предметы, явления воспринимаются как элементы разыгрываемого театрального представления или ки­носъемки. Все неестественно, непонятно, но в то же время имеет непос­редственное отношение к больному.

***Бред значения*** *-* представляет собой попытку больных разобрать­ся в происходящем и характеризуется вторичным переосмыслением пред­метов, явлений, событий, нередко в форме «озарений», «мгновенных оценок», с последующей тенденцией к «сопоставлению фактов». Круг значений дополняется новыми, индивидуальными, понятными лишь самому больному смыслами: «Крик на улице, случайное и незначи­тельное замечание прохожего, взгляд повстречавшегося человека, вещи в витринах, автомобили и велосипеды, заголовки в газетах и т. д.- все это ставится больным в непосредственную связь с ним, все это значи­тельно и важно, но только для него».

***Синдром чувственного бреда при эндогенных психических заболеваниях***

Описано три варианта приступов:

В первом варианте классическую меланхолическую депрессию сме­няет бредовое настроение, характеризующееся напряженностью, гло­бальной подозрительностью, недоверием, ощущением надвигающейся опасности. Выход из психотического состояния критический;

Во вто­ром варианте развитию бреда инсценировки также предшествует деп­рессивный аффект, но уже с отчетливыми апатико-адинамическими про­явлениями; видоизменение аффекта выражается в появлении недоуме­ния, растерянности, а бредовые переживания определяются ощущения­ми розыгрыша, измененности окружающего, неестественности и подстроенности. Выход из бредового состояния также критический, но на этапе обратного развития на фоне депрессии возникают рудиментар­ные бредовые проявления;

В третьем варианте динамика приступа представлена последовательной сменой аффективной симптоматики на бред символического значения, при котором элементы окружающего мира в сознании больного замещаются символами и знаками. Выход из психоза литический с постепенным появлением критики.

***Синдром чувственного бреда при органических заболеваниях***

Как указывает K.Conrad, не подлежит никакому сомнению, что подлинное переживание типа апофении возникает и при симптома­тических психозах. В дальнейшем своем развитии оно может приобре­сти и все черты помраченного сознания, а также осложниться иллюзиями и галлюцинациями. Закономерности клинической картины чувствен­ного бреда различны при эндогенных и экзогенно-органических психи­ческих заболеваниях. В первом случае прослеживается определенная последовательность появления его компонентов и усложнения его структуры, во втором эта последовательность нарушается за счет раннего появления помрачения сознания и присоединения сенсорных нарушений.

При эпилептических острых галлюцинаторно-параноидных психозах наблюдается яркий чувственный бред, сочетающийся со слуховыми и зрительными иллюзиями и галлюцинациями. Психоз протекает на фоне смены тревожно-боязливого настроения злобно-агрессивным. Также связаны с аффектом психотические картины, разви­вающиеся в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы. Здесь при утяжелении психоза возникает сумеречное или аментивноподобное помрачение сознания с отрывочным образным бредом, галлю­цинациями, ложными узнаваниями, некоординированным двигательным возбуждением, в котором преобладают стереотипные движения.

***Клинические варианты синдрома чувственного бреда и его сочетания с другими синдромами***

Являясь транзиторным психотическим состоянием - чувственный бред, представленный в структуре различных психопатологических син­дромов, имеет общие и отличительные черты. Отличия обусловлены различным соотношением аффективных нарушений и бредовых интер­претаций. В зависимости от качественных особенностей структурных элементов (динамичность, интенсивность, завершенность, фабульность) выделено два типа чувственного бреда. Один из них, включающий в себя массивный аффект недоумения, экстенсивное бредовое восприятие, нестойкие и преимущественно незавершенные ложные узнавания, изменчивый по интенсивности и фабуле симптом инсценировки и единичные чувственные интерпретации, приближает­ся к помрачению сознания. Другой, характеризующийся выраженным аффектом страха, неразвернутым бредовым восприятием, единичными, но стойкими ложными узнаваниями, абортивным симптомом инсце­нировки и конкретными, четкими бредовыми интерпретациями, тяго­теет к интерпретативному бреду. Отличительные особенности чувственного бреда в структуре онейроидного и делириозного синдромов по сравнению с острым бредовым, депрессивно-параноидным и острым парафренным синдромами состоят в большей интенсивности и динамичности отдель­ных компонентов и в их сенсориализации за счет присоединения иллюзорных и галлюцинаторных расстройств.

***Возрастные особенности синдрома чувственного бреда***

Отдельные компоненты чувственного бреда наиболее ярко очерчены в структуре острого полиморфного синдрома при подростковой шизоф­рении. Продромальный пе­риод здесь характеризуется своеобразным психическим дискомфортом («не по себе»), раздражительностью, плаксивостью. Затем на фоне бес­покойства появляется немотивированный страх, нарушается осмысление окружающего при относительной сохранности формальной ориентиров­ки, возникают зрительные галлюцинации, психические автоматизмы. Наиболее часто звучат бредовые интерпретации текущих событий, в обычных поступках окружающих видятся особые намеки и сигналы. Особенно характерен для подросткового полиморфного синдрома бред инсценировки. В его основе лежат дереализационные переживания; ощущения того, что все вокруг странно и необычно: «больница - не то тюрьма, не то школа, где готовят разведчиков». Синдром нередко ослож­няется кататоно-гебефренными или онейроидными включениями.

Чувственный бред в пожилом и старческом возрасте наблюдается в структуре тревожных параноидов. Важной их особенностью является появление бредовых восприятии и ложных узнаваний на фоне ухудше­ния самочувствия, головных болей, головокружения, утомляемости. раздражительности.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуются интерпретативный бред?

2). Какие компоненты входят в структуру чувственного бреда?

3). Клинические варианты бредовых синдромов ложного узнавания.

4). Особенности бреда притязания.

5). Возрастные особенности синдрома чувственного бреда.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ДЛЯ СИДРОМА ИНТЕРПРЕТАТИВНОГО БРЕДА ХАРАКТЕРНЫ

1) колебание ясности сознания

2) наплывы галлюцинаторных образов

3) кататонические включения

4) нарушения памяти

5) множественность и упорядоченность бредовых интерпретации

1. ДЛЯ СИДРОМА ИНТЕРПРЕТАТИВНОГО БРЕДА ХАРАКТЕРНО

1) наличие конфабуляций

2) отсутствие галлюцинаций

3) присутствие психосенсорных расстройств

4) стойкое нарушения сна

5) наличие психической анестезии

1. ДЛЯ СИДРОМА ИНТЕРПРЕТАТИВНОГО БРЕДА ХАРАКТЕРНО

1) разорванность мышления

2) деперсонализация

3) псевдореминисцеции

4) маниакальный аффект

5) сохранно­сть ясности сознания и психической активности

1. ДЛЯ СИДРОМА ИНТЕРПРЕТАТИВНОГО БРЕДА ХАРАКТЕРНО

1) развитие и последо­вательное вовлечение новых фактов и обстоятельств для подтвержде­ния бредовой концепции

2) развитие конградной амнезия

3) депрессивный аффект

4) гипомнезии

5) гипербулия

1. ДЛЯ СИДРОМА ИНТЕРПРЕТАТИВНОГО БРЕДА ХАРАКТЕРНО

1) присоединение конфабуляций

2) наличие психических автоматизмов

3) отсутствие терминальной деменции

4) гипобулия

5) шизофазия

1. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ЧУВСТВЕННОГО БРЕДА

1) трема – апокалипсис - бредовое восприятие - апофения

2) бредовое восприятие – трема – апофения - апокалипсис

3) бредовое восприятие – апофения - апокалипсис - трема

4) трема – апофения – бредовое восприятие - апокалипсис

5) апофения – апокалипсис - бредовое восприятие – трема

7. СИНДРОМ КАПГРА, СИНДРОМ ФРЕГОЛИ, БРЕД ИНТЕРМЕТАМОРФОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1) паранойяльными бредовыми синдромами

2) бредовыми синдромами ложного узнавания

3) депрессивно-параноидными синдромами

4) бредовыми синдромами воздействия

5) аффективно-параноидными синдромами

1. ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ЧУВСТВЕННОГО БРЕДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) аффективно-бредовый синдром

2) бред преследования

3) синдром Кандинского-Клерамбо

4) конфабуляторный бред

5) бред инсценировки

1. ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ЧУВСТВЕННОГО БРЕДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) бред воздействия

2) бред значения

3) манихейский бред

4) ипохондрический бред

5) антагонистический бред

1. ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ЧУВСТВЕННОГО БРЕДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) бредовые синдромы ложного узнавания

2) бред отравления

3) бред Котара

4) бред малого размаха

5) аффективно-бредовый синдром

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной стал замечать, что окружающие его постоянно на­мекают на его плохие качества. Люди при встрече с ним опу­скают глаза, покашливают, начинают хихикать. Водители проезжающих машин специально освещают окна его квартиры. В газетах опубликовали статью под заголовком «Осталось 20 дней». Это означает, что ему осталось жить последние 20 дней.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. В рамках каких расстройств может отмечаться данный синдром?

**Эталон ответа**

1. Бредовое восприятие окружающего, симптомы инсценировки
2. Сенситивный бред отношения
3. Расстройства сферы мышления, нарушение умозаключений.

4. Психотический регистр.

5. При эндогенных расстройствах.

**Задача№2**

Пациенту 25 лет. Из анамнеза известно: рос и развивался в соответствии с возрастом. С 24 лет стал подозрительным, замкнутым, целыми днями сидит один в комнате, закрыв двери на ключ. Родственникам заявил, что является объектом преследования «шпионской организации», которая хочет его убить. Узнал он об этом случайно, сопоставил разрозненные факты: специальные машины, караулящие его около дома – видит из окна; переезд новых соседей в соседнюю квартиру – для плотного контроля за ним. Расстройств восприятия не выявляет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. В рамках каких расстройств может отмечаться данный синдром?

**Эталон ответа**

1.Бредовое идеи преследования , бредовое поведение

2. Интерпретативный бред.

1. Расстройства сферы мышления, нарушение умозаключений.

4. Психотический регистр.

5. При эндогенных расстройствах.

**Задача№3**

После ссоры с соседкой из-за мусора на лестничной площадке пациентка стала отслеживать все ее передвижения по подъезду. Увидев, что она разговаривает с другой соседкой заявила: «я поняла, вы строите против меня заговор». Вывешивает на двери подъезда обращения к другим жителям. После их отказа участвовать в ее компании обвинила свою «противницу» в подкупе. Считает, что ее хотят выжить из подъезда. Подала иск в районный суд.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5.В рамках каких расстройств может отмечаться данный синдром?

**Эталон ответа**

1.Бредовое идеи отношения, бредовое поведение,

1. Интерпретативный бред.
2. Расстройства сферы мышления, нарушение умозаключений.

4. Психотический регистр.

5. При эндогенных расстройствах, декомпенсация личностных расстройств, органическом расстройстве личности.

**Задача№4**

Пациент перед госпитализацией несколько ночей не спал. Был очень подозрителен ко всему происходящему - кто куда пошел, что-то взял или, наоборот, оставил из вещей. Спрашивал: «что происходит вокруг, я ничего не понимаю». Усилилась тревога, появилось возбуждение. Неожиданно заявил, что он все наконец-то понял. Все подстроено специально, идет какая-то игра, весь мир переменился.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5.В рамках каких расстройств может отмечаться данный синдром?

**Эталон ответа**

1.Бредовое восприятие, аффект недоумения, бредовое поведение, подозрительность, тревога, чувство подстроенности происходящего.

1. Острый чувственный бред.
2. Расстройства сферы мышления.

4. Психотический регистр.

5. При эндогенных расстройствах, органическом поражении головного мозга.

**Задача№5**

Пациент 65 лет, продолжает трудиться. Накануне очередного отпуска появилась повышенная утомляемость, раздражительность. Стал жаловаться на головные боли, беспокойный сон. Дважды в течение недели спускало колесо машины. Появилась тревога, страх за свою жизнь. Неожиданно заявил, что кто-то из коллег очень подозрительно на него смотрит, «возможно» даже следит за его местом на стоянке, «хочет его занять».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5.В рамках каких расстройств может отмечаться данный синдром?

**Эталон ответа**

1.Бредовое идеи отношения, бредовое поведение,

1. Интерпретативный бред.
2. Расстройства сферы мышления, нарушение умозаключений.

4. Психотический регистр.

5. При эндогенных расстройствах, органическом расстройстве личности.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения бредовые синдромы.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить нозологическую принадлежность выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Синдром чувственного бреда при эндогенных заболеваниях.

2. Синдром чувственного бреда при органических заболеваниях.

3. Особенности чувственного бреда при остром полиморфном синдроме у подростков.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.31. **Тема:** «Синдром бреда воображения».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: регистры психических расстройств.

Уметь: выявлять продуктивные и негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Синдром бреда воображения (бред представления) впервые описан французскими психиатрами. Однако некоторые его особенности были отмечены и ранее. Так, С.С.Корсаков отмечал, что под влиянием болезни способность воображения может очень усилиться; это обнаруживает­ся в том, что все образы воспроизводятся рельефнее и живее, а также и в том, что больной чрезвычайно легко фантазирует и сам поддается своему воображению, нередко принимая воображаемое за действитель­ность. Такие явления наблюдаются при мании, истерии, состояниях экстаза, детских и юношеских психозах, иногда при первичном поме­шательстве (паранойе), при ипохондрии и в первых стадиях прогрес­сивного паралича.

Несмотря на то, что часто чрезмерное фантазирование больных бывает соеди­нено с псевдогаллюцинированием, тем не менее, это совсем не одно и то же. Чрезмерное фантазирование есть внутренний процесс, если не вполне, то все-таки в значительной мере зависящий от воли индивидуума. От процесса простого мышления фантазирование отличается только тем, что здесь сознание оперирует не с абстрактными (общими) представле­ниями или понятиями и их символами (словами), а с представлениями конкретными, т.е. с воспроизведенными чувственными образами (чаще всего со зрительными).

Отдельные проявления бреда воображе­ния описаны разными авторами. Бред воображения определен как разное по мас­штабу (мегаломаническое и обыденное) болезненное фантазирование, развивающееся на основе активного вымысла, относящегося к прошлому, настоящему и будущему. Отличительными признаками его являются относительная произвольность, возможность импровизации, частичное осознание собственной активности в бредовых построениях, отсутствие постоянной и твердой убежденности в реальности вымышленного, политематичность, нестойкость и изменчивость фабулы, мгновенность ее возникновения и зависимость от самых различных факторов.

Описаны четыре его клинических варианта.

В *первом вари­анте* основу бредовых построений составляют идеаторные представле­ния, полностью оторванные от конкретной реальности. Бредовая фабу­ла формируется по типу чистого вымысла, спонтанных ассоциаций, без связи с окружающей действительностью и обращена в будущее. В ряде случаев бред воображения представляет собой «предчувствия» (интуи­тивный бре5). Психотические со­стояния, исчерпывающиеся этим вариантом, кратковременны (до 3 не­дель) и заканчиваются относительно полноценной ремиссией.

*Второй вариант* характеризуется идеаторными представлениями с конкретными образами, которые по своему внешнему рисунку схожи с псевдогаллюцинаторными и галлюцинаторными явлениями, однако при внимательном рассмотрении не представляют ничего, кроме образ­ных визуализированных представлений. Например, в беседе выясняет­ся, что больной может произвольно вызвать видение чертей определен­ного цвета, роста и массы, садящихся на голову и плечи и управляемых по собственному желанию и усмотрению. Эта нарочитость, произволь­ность и полукритическое отношение позволяют отнести подобные пере­живания к бреду воображения.

*Третий вариант* представлен конкретными образными представ­лениями с включением окружающей обстановки. Ее содержание слу­жит толчком для болезненного воображения и материалом для бредовой фантастической переработки. Параллельно сохраняется и правильное восприятие окружающего. Большой удельный вес произвольности и сознание собственной активности в бредовых построениях, сюжетная и логическая связность отличает эти переживания от обманов воспри­ятия.

*Четвертый вариант* отличается от всех предыдущих гиперболиза­цией, символичностью и метафоричностью образных представлений, достигающих степени иллюзорного восприятия. Воображение в этом случае приобретает сенсориальный оттенок, достигает степени сценоподобных галлюцинаторных картин и по своей остроте приближается к онейроиду.

Фабула бреда воображения может быть различной и зависит от исто­рической эпохи. Наряду с мегаломаническими, встре­чаются обыденные идеи, обладающие признаками реальности, но явля­ющиеся вымышленными для конкретного больного (получение драго­ценных подарков, знакомство со знаменитостями и т. п.).

***Бред воображения при эндогенных психических заболеваниях***

Проявления бреда воображения в структуре различных психичес­ких заболеваний неоднородны. При *шизоаффективном психозе* выявляются варианты с наглядно-образным и интеллектуальным бредом воображения. В первом варианте бред воображения формируется параллель­но развитию маниакального бреда. Бредовые расстройства развива­ются остро и определяются яркими и образными представлениями фантастического характера, динамичностью и изменчивостью. Пере­живаемые бредовые события характеризуются фрагментарностью. сценоподобностью, грезоподобностью, незавершенностью психопато­логических проявлений.

Во втором варианте за этапом развернутых маниакальных рас­стройств следует этап атипичного маниакального бреда с элементами «вымысла», «бредовой догадки». Болезненное воображение, протекаю­щее без эйдетического компонента, проявляется «интуитивным» про­никновением в смысл текущих событий с элементами их «творческой разработки» и последующим построением фантастических теорий и формулировкой «гениальных» открытий, объединенных общей сюжет­ной линией. Бредовой психоз при данном варианте отличается острым развитием, подвижностью, обратимостью, синдромальной незавершен­ностью. При *приступообразной шизофрении* выделяют три разновидности бреда воображения: интеллектуальный, наглядно-образный и эмоциональный. *Интеллектуальный бред воображения* ос­новывался на интуитивном проникновении в смысл происходящего в виде внезапной мысли, озарения. Содержание бреда определялось иде­ями реформаторства, особой миссии, предвиденья, предсказания. *Наглядно-образный бред воображения* характеризовался яркими образ­ными представлениями, соответствующими его фабуле, с яркой визуа­лизацией представленных образов, их чувственной живостью. *Эмоцио­нальный бред воображения* выражается интуитивной убежденностью в возникновении особого эмоционального отношения к себе со сторо­ны определенных людей или узкого круга лиц.

***Бредоподобные фантазии при психогениях***

Для бредоподобных фантазий при психогениях описаны такие характеристики как: изменчивость, бессистем­ность, ситуационные влияния на содержание, тенденции к исчезнове­нию или исчерпанию.

В современном понимании синдром бредоподобных фантазий явля­ется сборной группой, объединяющей различные состояния: истерические бредоподобные фантазии в форме психогенной реакции, психопатичес­кое фантазирование в условиях неблагоприятной ситуации (боевые Действия, тюремное заключение и т. п.) и синдром психогенного развития фантастических идей, начало которых берется из галлюцинаторных переживаний истерического генеза. Синдром бредоподобных фантазий истерического генеза возникает в начале реактивного состояния или по выходе из него. В психотическом варианте (истерически суженное сознание) он по своему течению приближается к истерическому онейроиду. Отмечаются нестойкие идеи величия, богат­ства, значимости, имеющие фантастически-гиперболический характер. Содержание этих фантазий меняется в зависимости от внешних момен­тов, возникающих разговоров, вопросов врача.

Иногда бредоподобные фантазии длительное время определяют струк­туру синдрома, иногда сменяют галлюцинаторно-параноидный синдром и уступают место псевдодеменции и пуэрилизму. Среди непсихотических форм психогенного фантазирования выделяют экспансивно-стенический и парафреноподобный варианты. В первом из них преобладают идеи реформаторства, изобретательства, преследования, воздействия, отношения; во втором - фантастические вымыслы фактов биографии, идеи величия, богатства, одаренности, иного происхождения. В отличие от психотических, непсихотические бредоподобные фантазии характеризуются яркостью и целостностью структуры личности, жаждой внимания, приукрашива­нием «Я». В то же время при истерическом психозе фантазии постепен­но бледнеют, сужаются, становятся менее подвижными, наконец, исче­зают и амнезируются.

***Клинические варианты синдрома бреда воображения и его сочетания с другими синдромами***

Различные проявления бреда воображения сочетаются также и с дру­гими психопатологическими нарушениями. Так, вероятность сочетания с интерпретативным бредом выше при интеллектуальном и эмоциональ­ном подтипах бреда воображения, наглядно-образный чаще сочетается с острым чувственным бредом и может перейти в онейроид. Сопровож­дающий бред воображения гипоманиакальный аффект отличается преоб­ладанием приподнятого настроения с оттенком беспечности, удовлетворен­ности, легкой эйфории. Вместе с тем богатство и яркость воображения зачастую не сопровождается соответствующим ему аффективным ак­компонементом, больные занимаются повседневной деятельностью и параллельно живут в «воображаемом» мире. Синдром Кандинского - Клерамбо в сочетании с бредом воображения встречается редко, преи­мущественно в виде инвертированных идей гипнотического воздействия .

***Возрастные особенности бреда воображения***

В детском возрасте фантазирование является одним из свойств раз­вивающейся психики, поэтому различение нормального и патологичес­кого фантазирования представляет известные трудности. О фантазиро­вании ребенка как симптоме детской шизофрении можно думать в тех случаях, когда оно сопровождается нарастающей отгороженностью от окружающего, длится упорно и долго, не поддается коррекции и отвле­чению конкретной действительностью, которую взрослые стараются противопоставить фантазиям. Шизофре­ния с явлениями бреда воображения: в начале заболевания отмечается склонность к образному грезоподобному фантазированию с визуализацией представлений. С прогрессированием болезни развивается синдром Кандинского - Клерамбо с псевдогаллюцинациями фантастического содержания, идеями воздействия, бредовой деперсонализацией и т. п. В других случаях патологическое воображение с вымыслами, конфабуляциями, феноменами ложных воспоминаний в виде сцен с различными фантастическими вариация­ми сочетается с интерпретативным бредом преследования, отношения, отравления.

Бред воображения встречается также в клинической картине бредо­вых психозов позднего возраста. Здесь главным условием возникновения фабулирования является возрастное или обус­ловленное легким органическим процессом снижение интеллектуаль­ных возможностей.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дать характеристику бреда воображения.

2). Отличительная особенность бреда воображения от других видов бреда.

3). Какие варианты бреда воображения Вам известны?

4). Особенности бредоподобных фантазий при психогениях.

5). Особенности бреда воображения при эндогенных заболеваниях.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. БРЕДОМ ВООБРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) бредовые утверждения, возникшие после выхода из делириозного расстройства сознания

2) бредовые идеи, развивающиеся из сверхценных идей

3) бредовые идеи с наличием определенной бредовой системы

4) утверждения о наличии тяжелого и неизлечимого заболевания

5) болезненные фантазирования, развивающиеся на основе активного вымысла, относящегося к прошлому, настоящему и будущему.

2. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) связь с патологически измененным аффектом

2) относительная произвольность, возможность импровизации содержанием бредовых высказываний

3) уверенность больного в своих возможностях знать мысли, переживания окружающих

4) непосредственная связь с вербальными галлюцинациями

5) уверенность больного в специально организованной для него инсценировки

3. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) уверенность больного в том, что окружающие знают его мысли, переживания, намерения

2) обязательное присутствие депрессивного аффекта

3) частичное осознание собственной активности в бредовых построениях

4) его распространенность преимущественно на лиц ближайшего окружения

5) уверенность больного в превращение его в какое-либо животное в результате внешнего воздействия

4. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) утверждение больного в приписывании ему окружающими предосудительных поступков

2) болезненные переживания об утрате материальных ценностей

3) отсутствие постоянной и твердой убежденности в реальности вымышленного

4) сочетание с маниакальным аффектом

5) переживания больного о вселении в его тело каких-либо живых существ

5. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие определенной бредовой системы

2) уверенность больного в собственной ничтожности

3) политематичность, нестойкость и изменчивость фабулы, мгновенность ее возникновения и зависимость от самых различных факторов.

4) наличие упорной борьбы по отстаиванию своих якобы попранных прав

5) переживание больного о наличии его двойников

6. БРЕДОПОДОБНЫЕ ФАНТАЗИИ ПРИ ПСИХОГЕНИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1) бредовыми идеями с наличием стойкой бредовой системой

2) упорной борьбой по отстаиванию своей правоты

3) сочетанием со стойкими аффективными расстройствами

4) изменчивостью, бессистем­ностью, ситуационным влиянием на содержание, тенденцией к исчезнове­нию или исчерпанию

5) развитием на фоне выраженных расстройств памяти

7. ОСНОВУ ПЕРВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

1) реально существующие факты окружающего мира

2) содержание бредовых высказываний тесно связано с имеющимися галлюцинациями

3) сенестопатии

4) нарушения памяти и внимания

5) идеаторные представле­ния, полностью оторванные от конкретной реальности.

8. ОСНОВУ ВТОРОГО КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

1) явления дереализации

2) имеющиеся у больного нарушения памяти

3) измененное эмоциональное состояние

4) кататоническое возбуждение

5) идеаторные представления с конкретными образами, (образ­ные визуализированные представления).

9. ОСНОВУ ТРЕТЬЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

1) нарушения памяти

2) конкретные образные представ­ления с включением окружающей обстановки.

3) имеющиеся галлюцинаторные расстройства

4) маниакальный аффект

5) депрессивный аффект

10. ОСНОВУ ЧЕТВЕРТОГО КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БРЕДА ВООБРАЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

1) гиперпрозексия

2) гипербулия

3) гиперболиза­ция, символичность и метафоричность образных представлений, достигающая степени иллюзорного восприятия.

4) делириозное расстройство сознания

5) повышенная психическая и физическая истощаемость

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациенту 58 лет, перенес сифилис в 45 летнем возрасте. Полностью курсы лечения не прошел, «все было нормально». Родственники обратили внимание на неадекватное поведение в последние два года – постоянно в приподнятом настроении без повода, разговаривает с шутками, прибаутками, чего раньше никогда не отмечалось. Заявил, что собирается выступать на сцене вместе известными артистами. При возражения родственников легко согласился не выступать, но сражу же решил, что займется обучением школьников, так как у него талант преподавания. Заметно снижения памяти, сообразительности. Не может научиться пользоваться мобильным телефоном «мне это не надо».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. На фоне какой патологии развилось данное состояние?

4. Какие необходимы дополнительные обследования?

5. Имеются ли показания для стационарного лечения?

**Эталон ответа**

1. Снижение памяти, ослабление понимания, непродуктивная гиперактивность, болезненно повышенное настроение, нестойкие бредоподобные идеи

2. Дементный синдром с бредом воображения.

3. Вероятно на фоне прогрессивного паралича.

4. Анализы крови и спинномозговой жидкости на RW, консультация невролога, КТ головного мозга.

5. Да, имеются.

**Задача№2**

Пациентка 38 лет в течение года постоянно обращается к врачам в поликлинику с различными жалобами. Прошла углубленное обследование у всех специалистов. Патологии не выявлено. Заявляет, что у нее уникальная, малоизученная болезнь, требующая лечение у самых известных специалистов мира. Ярко, с экспрессией демонстрирует разнообразные симптомы, легко их меняет на противоположные. Сама верит в свои жалобы, пытается убедить окружающих в своих страданиях. Социальная адаптация не нарушена.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. На фоне какой патологии развилось данное состояние?

4. Какая медицинсая помощь показана?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Демонстративность, ипохондрические высказывания, отсутствие системы доказательств,

2. Бредоподобные фантазии у истерической личности

3. Расстройство личности, истерический невроз

4. Психотерапия, малые нейролептики

5. Прогноз для жизни благоприятный, возможно рецидивирование симптоматики.

**Задача№3**

После трагических событий в семейной жизни – на фоне полного благополучия в семейной жизни, муж без каких-либо поводов, ссор ушел из семьи. Пациентки 25 лет. Своей 3-х летней дочери и всем окружающим стала говорить, что муж тяжело заболел и находится в больнице, возможно ему предстоит тяжелая операция на сердце. На возражения знакомых о том, что его видели на работе в хорошем состоянии начинает плакать, утверждает, что посещает его в больнице, носит ему передачки. При этом готовит пищу на пару «так надо», складывает в пакет сменную одежду.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Что послужило причиной развития данное состояние?

4. Какая медицинсая помощь показана?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Снижение настроения, замещающие фантазии, ситуационное поведение.

2. Бредоподобные фантазии.

3. Психотравмирующая ситуация в семье.

4. Антидепрессанты, психотерапия, малые нейролептики.

5. Прогноз благоприятный.

**Задача№4**

Молодой человек 23-х лет попал в СИЗО за драку в алкогольном опьянении. Всегда был спокойным, «домашним», неконфликтным. В непривычной обстановке стал тревожным, неусидчивым. Утверждает, что имеет высоких покровителей в «Москве», которые его спасут - называет фамилии руководителей государства. Окружающие обратили внимание на его переговоры с несуществующими людьми. Неожиданно стал себя вести как маленький ребенок, просил его покормить, сюсюкать, обращался - «дядя».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. На фоне какой патологии развилось данное состояние?

4. Имеются ли показания для стационарного лечения?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Тревога,

2. Бредоподобные фантазии на фоне психогении, пуэрилизм.

3. Реактивный (истерический) психоз .

4. Да, показано стационарное лечение.

5. Прогноз благоприятный.

**Задача№5**

Ребенок 5 лет очень любил сказки про животных, раскраски. Просил родителей купить ему собачку или кошечку. Была любимая мягкая игрушка – песик Верный. Часто с ним играл, «кормил», расчесывал. Однажды мама ребенка заметила, что он сидит на полу и «лакает» из игрушечной миски воображаемую еду. Берет в рот палочку и носит ее как песик. Услышала как он лает. На вопрос матери ребенок ответил, что он собачка и дружит с Верным. В семейных делах, на улице ведет себя как обычный ребенок.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. На фоне какой патологии развилось данное состояние?

4. Какая тактика взрослых?

5. нуждается ли в лечении?

**Эталон ответа**

1. Перевоплощение в желаемое животное и дружба с игрушечным песиком.

2. Бредоподобные фантазии ребенка

3. Вероятно возрастные особенности поведения.

4. Наблюдение, больше уделять внимания

5. На данный момент нет.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения проявления синдрома бреда воображения.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить нозологическую принадлежность выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Бред воображения при психогениях.

2. Клинические варианты бреда воображения

3**.** Возрастные особенности бреда воображения

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.32. **Тема:** «Паранойяльные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: регистры психических расстройств.

Уметь: выявлять продуктивные и негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

E.Kraepelin определил паранойю как хронический психоз с медленно развивающимися и остающимися в главных чертах неизменными систематизированными бредовыми представлениями, без самостоятельных расстройств чувст­венной сферы и воли.

Современные представления о паранойяльных синдромах свидетельствуют об их неоднородности. Общими для них являются следующие особенности:

1) нарушения мышления в виде болезненной, но не всегда бредовой интерпретации происходящего вокруг;

2) тенденция к логической разработке и логическому обоснованию болезненных представлений;

3) обобщение и систематизация болезненных представлений;

4) представленность депрессивного, гипоманиакального или дисфорического аффекта в зависимости от содержания болезненных идей;

5) отсутствие помрачения сознания;

6) отсутствие прогредиентного снижения интеллекта.

С точки зрения нозологии паранойяльные синдромы могут рассматриваться как проявления самостоятельного эндогенного психического расстройства; начального этапа шизофренического процесса, одной из форм психопатии.

*Паранойяльные синдромы при эндогенных психических заболеваниях*

Эндогенная паранойя может протекать в острой и хронической формах. Острый паранойяльный синдром может возникать при развитии приступообразно протекающих эндогенных психических заболеваниях. В этих случаях интерпретативный бред сочетается с элементами образного, его систематизация происходит только в общих чертах. Всегда существуют отчетливые аффективные расстройства: тревога, страх, восторженность с элементами экстаза. В начальный период развития бреда отмечается растерянность. По миновании острого паранойяльного синдрома могут оставаться резидуальные явления или же длительный измененный аффект - депрессивный или маниакальный.

Хронический паранойяльный синдром, включающий в себя интерпретативный систематизированный бред Серье и Капгра с идеями отношения, преследования, ревности, паралогической оценкой объективной ситуации, расстройствами мышления в виде монотонности, обстоятельности и непоколебимой убежденностью в правильности собственных умозаключений при стабильном его течении может рассматриваться как отдельная нозологическая единица.

В подавляющем большинстве всех случаев, относимых крепелиновской школой к паранойе, никогда не наступает слабоумия, и эти больные вообще не проявляют каких бы то ни было специфических шизофренических симптомов. Так как при паранойе не бывает слабоумия, то при ней не происходит трансформации бреда прследования в бред величия. При паранойе вообще не установлено общего и первичного расстройства настроения. Скоропреходящие или длительные признаки маниакальных либо депрессивных расстройств, встречаются при паранойе (как и у здоровых людей), но они являются не основой болезни, а лишь моментами, придающими картине определенную окраску. Ясно выступающие при этом болезненные аффекты являются вторичными следствиями бредовых идей.

Некоторые авторы выделяют особую форму шизофрении - паранойяльную. Ее особенностью является медленное, постепенное расширение и систематизация бреда. Авторами определено три типа паранойяльных состояний при шизофрении:

1) психопатоподобный;

2) хронический бредовой синдром без исхода в деменцию;

3) рецидивирующие психозы с систематизированным бредом. Для первого и второго типов характерно прогредиентное развитие позитивных проявлений с медленным и постепенным расширением и систематизацией бреда и отсутствие выраженных аффективных колебаний и длительных экзацербаций. В противоположность этому, при третьем типе можно подчеркнуть приступообразность в манифестации бреда, быстрое формирование параноида, соучастие в приступе аффективных расстройств.

*Паранойяльные синдромы при органических заболеваниях*

Одной из разновидностей паранойяльного синдрома, возникшего вследствие экзогенных факторов, является алкогольный бред ревности. Алкогольная паранойя Крепелина представляет собой психоз, основой которого служат идеи ревности в виде интерпретативного бреда. Указывая на динамику психоза, автор отмечал, что в начале идеи ревности появляются только в состоянии опьянения, а затем бред становится все более стойким и может привести к убийству жены.

Н.А.Опря выделил два варианта: аффективно-эксплозивный и депрессивный паранойяльных реакций при алкоголизме. При аффективно-эксплозивном варианте деформируются личностные особенности и формируются преморбидно-паранойяльные радикалы: возбудимость, взрывчатость, недоверчивость. На их фоне нарастает комплекс переживаний ревности, усложняется структура паранойяльного синдрома благодаря присоединению иллюзорных расстройств эротического содержания. При депрессивном варианте на фоне преморбидно-личностных изменений (эмоциональная лабильность, обидчивость, рани­мость) формируются сверхценные идеи ревности с депрессивным аф­фектом.

Паранойяльные состояния при травматической энцефалопатии, ме­нингите, сосудистом сифилисе и других органических заболеваниях - общими для этих состоянии являются следующие особенности:

1) бредовые идеи не имеют тенденции к значительной систематизации, а остаются в пре­делах сверхценного бреда;

2) содержанием бреда чаще всего являются идеи ревности, ущерба, наличия тяжелого и неизлечимого заболевания;

3) бредовая фабула конкретна и не претерпевает усложнения;

4) органи­ческий психосиндром проявляется отчетливо, со снижением уровня суж­дений, дисмнестическими расстройствами, повышенной утомляемос­тью, эксплозивностью, раздражительностью, эгоцентричностью, расторможенностью влечений.

*Паранойяльные синдромы при психопатиях*

В случаях паранойи, относящейся к психопатии, П.Б.Ганнушкин под­черкивал склонность к образованию сверхценных идей, заполняющих психику параноика и оказывающих доминирующее влияние на все его поведение. Наряду с этим, он указывал также на чрезмерную склон­ность к резонерству, т. е. к своеобразным построениям, берущим за ос­нову какую-либо одностороннюю мысль и доводящим ее до крайних пределов, невзирая на явные несообразности.

Е.Kretshmer разработал типологию характерологического развития, обостряющегося паранойяльными реакциями. Он выделил:

1) экспан­сивные развития;

2) сенситивные развития:

3) паранойю желания (изоб­ретатели, реформаторы).

Наиболее яркие проявления *экспансивного развития* по Е.Kretshmer наблюдаются у сутяг, а также в известных слу­чаях бреда ревности и преследования. Здесь на первом плане выражен­ное стеническое восприятие: это натуры бойцов, фанатически упорные, гневливые, безудержно наступательные, с резким высокомерием, пре­увеличенным самосознанием.

Противоположностью экспансивному является *сенситивное разви­тие* (сенситивный бред отношения), которое формируется благодаря ха­рактеру, переживанию и среде. Специфичность характера таких лично­стей заключается в своеобразном контрасте между астеничностью и сте-ничностью, между ранимостью и стремлением к самоутверждению. Ключевым переживанием для сенситивного типа является чувство по­стыдной недостаточности, сформированное в результате личностного краха или разочарований в человеческих взаимоотношениях. Психодинамика здесь иная, чем при неврозах: конфликты и переживания неполноценности не вытесняются, но, наоборот, «застревают в сознании и становятся мучительными». Постепенно у таких личностей формиру­ется убеждение, что окружающим известно все об их внутренних муче­ниях, что на них как-то не так смотрят, задерживают на них взгляд на улице и т. п.

Третьим типом характерологического развития является *паранойя желаний* (аутистическое исполнение желаний), особенно ярко проявляющаяся в форме хронического бреда любви. В основе бреда лежит очень простой и прямолинейный механизм, ко­торый качественно отличается от душевной установки нормальных влюбленных. Он проявляется неумолимым фанатичным преследова­нием «безответно любимых» с навязчивостью, объяснениями, угроза­ми самоубийства, даже со злобной сексуальной клеветой и предъявле­нием судебных исков. На этой почве могут развиваться типы интригу­ющих сплетниц и анонимных корреспонденток, которые изживают фантазию сексуальных желаний в изобретении и распространении сексуальной клеветы, задевающей честь всякого, особенно уважаемо­го и счастливого.

*Клинические варианты паранойяльного синдрома и его сочетания с другими синдромами*

Сложные формы паранойяльных синдромов чаще всего встречаются при шизофрении с различными типами течения. При малопрогредиентной шизофрении выявляются *паранойяльно-ипохондрический* и *паранойяльно-ипохондрический с функционалъными двигательными нарушениями* синдромы. Присоединение аффективных нарушений характерно для приступообразных форм болезни, при приступообразно-прогредиентной шизофрении паранойяльные приступы неоднородны по своей основной психопатологической структуре:

*-паранойяльно-маниакальные* приступы характеризуются сочетанием стертого маниакального аффекта и систематизированного бреда науч­ного открытия или бреда с идеями любовного содержания. На протяже­нии приступа клиническая картина усложняется бредовой трактовкой обстановки, появлением тревоги, страха, идей отношения.

- *паранойяльно-депрессивные* приступы представля­ют собой типичный и частый вариант аффективного паранойяльного психоза. Клиническая картина включает в свой состав паранойяльный бред ревности, преследования, ипохондрический, возникающий и существующий на фоне депрессивного (фазного) аффекта.

На высоте *паранойяльно-тревожного* приступа усиливаются страх, тревога, появляются элементы образного бреда в рамках той же темы (преследование, «выживание», ревность, ипохондрия). Завершается приступ затяжной депрессией.

*Возрастные особенности паранойяльных синдромов*

Паранойяльные бредовые идеи в препубертатном возрасте (приблизительно с 10 лет), как правило, неразвернуты, отрывочны, нестойки. Дети заявляют, что в классе к ним изменилось отношение, они замечают, что при их появлении одноклассники пере­глядываются, шепчутся, учителя специально занижают оценки. Анти­патия к родителям, особенно к матери, в данном возрастном периоде нередко приобретает форму бредового отношения в виде избирательной враждебности: любые действия родителей, даже проявления нежности, ласки, вызывают недоверие и подозрительность. Везде усматривается скрытый подвох, желание навредить. Паранойяльный синдром в дебю­те подростковой прогредиентной шизофрении фор­мируется постепенно, иногда бывает трудно определить, когда началось заболевание. Для подросткового возраста характерны следующие виды бреда: детективный, научно-фантастический и реформаторства. За все­ми этими бредовыми построениями подразумевается исключительность собственной личности, сквозит жажда признания и достойной награ­ды. Зачастую к основному бреду присоединяются идеи преследования, опасения мести, расправы, кражи идей, наказания за «правду».

Паранойяльный синдром в пожилом и старческом возрасте проявляется бредом по типу искаженного толкования окружающей действительности. Представляя собой на первых порах непра­вильную интерпретацию отдельных фактов и событий повседневной жизни, мышление постепенно приобретает характер стойкой бредовой системы, которая резко изменяет отношение больных к окружающему. Наиболее частыми являются бредовые идеи отношения, преследования, ущерба, ипохондрические. Наряду с бредовыми идеями, вне бредовых структур у больных отмечаются недостаточность анализа и синтеза, затруднения в абстрагировании и обобщении.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Основные характеристики паранойяльного синдрома.

2). Особенности паранойяльного синдрома при эндогенных заболеваниях.

3). Алкогольный бред ревности.

4). Возрастные особенности паранойяльного синдрома.

5). Паранойяльные состояния при органическом поражении головного мозга.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПАРАНОЙЯ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ШИЗОФРЕНИИ

1) отсутствием бреда и галлюцинаций

2) наличием критики к болезни

3) отсутствием прогредиентности

4) преобладанием аффективных расстройств

5) наличием расстройств памяти

2. ПЕРВИЧНЫЙ БРЕД ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА

1) депрессивного

2) Кандинского-Клерамбо

3) парафренного

4) Корсаковского

5) паранойяльного

3. ИНТЕРПРЕТАТИВНЫЙ СИСТЕМАТЕЗИРОВАННЫЙ БРЕД ОПРЕДЕЛЯЕТ СИНДРОМ

1) психических автоматизмов

2) парафренный

3) паранойяльный

4) делириозный

5) Капгра

4. ПЕРВИЧНЫЙ БРЕД ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА

1) амнестического

2) паранойяльного

3) маниакального

4) Фреголи

5) галлюцинаторного

5. ОБЩИМ ДЛЯ ГРУППЫ ПАРАНОЙЯЛЬНЫХ СИНДРОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие истинных обманов восприятия

2) помрачение сознания

3) тенденция к логической разработке и логическому обоснованию болезненных представлений.

4) снижение памяти

5) эмоциональная лабильность

6. ОБЩИМ ДЛЯ ГРУППЫ ПАРАНОЙЯЛЬНЫХ СИНДРОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) амнезии

2) выраженное психомоторное возбуждение

3) критическое отношение к своим переживаниям

4) сочетание с псевдогаллюцинациями

5) отсутствие помрачения сознания

7. ОБЩИМ ДЛЯ ГРУППЫ ПАРАНОЙЯЛЬНЫХ СИНДРОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) психосенсорные расстройства

2) отсутствие прогредиентного снижения интеллекта.

3) снижение двигательной активности

4) выраженные нарушения сна

5) функциональные галлюцинации

8. КАКОЙ СИНДРОМ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ В РОЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ЭНДОГЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, ЛИБО НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ШИЗОФРЕНИИ, ЛИБО ОДНОЙ ИЗ ФОРМ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ:

1) маниакальный синдром

2) депрессивный синдром

3) параноижный синдром

4) паранойяльный синдром

5) галлюцинаторно-параноидный синдром

9. ОТСУТСТВИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ БРЕДА ПРЕСЛЕДОВАНИЯ В БРЕД ВЕЛИЧИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ:

1) парафренного синдрома

2) депрессивно-параноидного синдрома

3) паранойяльного синдрома

4) синдрома Фреголи

5) синдрома Капгра

10. ПРИ РАЗВИТИИ ПАРАНОЙЯЛЬНОГО СИНДРОМА В ИНВОЛЮЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. искаженное толкование окружающей действитнльности
2. сочетание с мнестическими расстройствами
3. наличие галлюцинаторных раастройств
4. присутствие депрессивные расстройства
5. сочетание с маниакальным аффектом

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больному в трамвае случайно наступил на ногу подвыпивший субъект. В ответ на возмущения больного обидчик не только не извинился, но еще и нахамил: “Подумаешь: интеллигент нашелся”. Придя на работу, не мог сосредоточиться. Мысли постоянно возвращались к сцене в трамвае. Чувство обиды усиливалось с каждым таким воспоминанием, всплывали все новые и но­вые подробности: люди смеялись над ним, никто ему не сочув­ствовал. В последующие дни стало казаться, что все окружающие знают об этом эпизоде и за его спиной смеются над ним. Избавиться от неприятных воспоминаний не может и не хочет. Стал ходит по городу в попытке отыскать обидчика. С осо­бым наслаждением представляет, как бы он его оскорбил прилюдно.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром, который они образуют.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. При каких заболеваниях появляется данная симптоматика?

5. Каков регистр данного расстройства?

**Эталон ответа**

1. Навязчивые мысли, сверхценные и бредовые идеи отношения, бредовое поведение.

2. Паранойяльнй синдром.

3. Расстройство сферы мышления.

4. Возможна декомпенсация паранойяльного расстройства личности, либо манифест эндогенного заболевания.

5. Психотический регистр.

**Задача№2**

Жена больного пожаловалась, что в последнее время муж стал «очень ревнивым». Постоянно устраивает сканда­лы, так как она якобы улыбается мужчинам, делая знаки кашлем, движениями, требует признания в измене. Прежде, чем отпустить жену на работу, проверяет содержимое ее сумочки и косметички. Тайно выслеживает с кем она выходит через проходную завода. При возвращении с работы изучает ее телефон. Пытался напасть с ножом на сослуживца, так как, уверен, что он любовник жены. В беседе с врачом больной утверждает несомненность супружеской неверности. Нарушений восприятия не выявлено.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Бред ревности, бредовое поведение

2. Паранойяльнй синдром.

3. Расстройство сферы мышления.

4. При паранойяльном расстройстве личности, либо при органическом поражении головного мозга.

5. Да, имеются. Согласно статье 29 приказа № 245

**Задача№3**

Пациентка 67 лет, впервые госпитализирована в психиатрический стационар в связи с конфликтом с соседями – устроила драку, пыталась прорваться к ним в квартиру - «объясниться». После выхода на пенсию проживет одна. Всегда была приветливой, общительной. В последние два года стала настороженной, подозрительной. Обвиняет соседей в попытке выжить ее из дома. Заявляет, что давно подозревала их. «Догадалась» об этом по косым взглядам в ее сторону, подмигиванию их между собой при встречи с ней. Стала подкладывать им в почтовый ящик мусор с целью отомстить. Нарушений памяти, обманов восприятия не выявлено.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Агрессивное поведение, подозрительность, бредовые идеи отношения
2. Паранойяльный синдром
3. Расстройство сферы мышления.
4. Инволюционный параноид
5. Да, имеются, так как отмечается агрессивное поведение в отношение соседей по бредовым мотивам.

**Задача№4**

Пациент из-за замечанияначальника по поводу его неоднократных опозданий на работустал обвинять сначала администрацию учреждения, а затем и своих коллег в предвзятом к себе отношении. Регулярно устраивал скандалы, приводил массу доводов своей «правоты», начал писать жалобы в вышестоящую организацию. Заявил о том, что «вычислил» своего основного врага. Неоднократные проверки обоснованность жалоб не подтвердили. Все разумные доводы и разъяснения отвергает, заявляя, что ему все лучше известно. Дезорганизовал работу всего коллектива. Намерен продолжать искать правду «любой ценой».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. Каков регистр данного расстройства?

**Эталон ответа**

1. Сверхценные идеи, бред отношения, бредовое поведение,

интерпретативный систематезированный бред.

1. Паранойяльный синдром.
2. Расстройство сферы мышления.
3. Бредовое расстройство у паранойяльной личности.
4. Психотический регистр.

**Задача№5**

Пациентка после прохождения профосмотра в поликлинике пришла к выводу о наличии у нее тяжелого неизлечимого заболевания. Обосновывает свой вывод тем, что врач, просматривая ее анализы не сразу ответил на ее вопрос, а как-то «пристально» на нее посмотрел. Вскоре после этого отметила у себя какие-то урчание в животе и колики после приема пищи, в связи с чем стала ограничивать себя в еде и похудела. Этот факт приводит как аргумент тяжелой болезни. Постоянно ходит на прием к участковому терапевту, требует различных дополнительных обследований. Всем проведенным исследованиям и консультациям специалистов не верит, просит направить в Москву.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. Каков регистр данного расстройства?

**Эталон ответа**

1. Навязчивые, сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания
2. Ипохондрический паранойяльный синдром.
3. Расстройство сферы мышления.
4. Возможна декомпенсация паранойяльного расстройства личности, либо манифест эндогенного заболевания.
5. Психотический регистр.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения паранойяльные синдромы.

2). Уметь описать выявленные синдромы.

3). Уметь выявлять особенности различных вариантов паранойяльного синдрома.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Исторические и современные взгляды на паранойю.

2. Особенности паранойяльного синдрома в инволюционном периоде.

3. Личностные особенности при паранойяльный синдроме.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.33. **Тема:** «Параноидные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам выявления параноидных синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления параноидных синдромов.

Уметь: выявлять параноидные синдромы.

Владеть: методами выявления п.раноидных синдромов

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике параноидных синдромов  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Подразделение бредовых синдромов на паранойяльные и параноидные допускается не всеми психиатрическими школами. Это подразделение, разделяется немецкими, французскими и отечественными психиатра­ми, но не признается в англоязычных странах.

При параноидномсиндроме наблюдается сочетание бреда (чаще преследования, воздействия) с галлюцинациями. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо является частным случаем галлюцинаторно-параноидного синдрома и включает бред воздействия, псевдогаллюцинации и явления отчуждения психических актов – автоматизмы.

Параноидный синдром может встречаться в клинической картине любого психического заболевания, возникшего и протекающего без по­мрачения сознания, и на стадиях прогрессирующего шизофреническо­го психоза. В структуре параноидного синдрома выделяют следующие компоненты:

-б*редовые идеи.* К кругу параноидных переживаний относятся идеи преследования, отношения, причиняемого ущерба, обиды. В отличие от паранойяльных, параноидные идеи лишены логических оснований, они относительно независимы от событий, происходящих вокруг и имею­щих отношение к больному. Невозможно установить их источник, по­вод, посылку бредовой концепции. Если в паранойяльной системе пред­меты и явления, исходя из общей бредовой посылки, объединяются по совокупности внешних особенностей («кривая логика», «паралогика»), то в параноидной происходит взаимное дополнение и объединение объек­тов по коллекционному принципу на основе генеральной идеи пресле­дования. При этом какие-либо внутренние связи между этими объектами отсутствуют. В одних случаях бредовые пост­роения могут быть ассоциированы с воспоминаниями, представления­ми, восприятиями, в других - возникают без всякого повода. Суще­ственной особенностью параноидного мышления является замена общепринятых (языковых) значений предметов и явлений их символи­ческими, понятными только одному больному значениями.

-б*редовые восприятия.* В начале болезненного процесса у больных вследствие определенной бредовой установки появляются не имеющие отношения к иллюзиям и галлюцинациям непосредственные пережи­вания презрения, ненависти, угрозы со стороны окружающих. Пациент может быть глубоко убежденным в том, что он «слышал», как другие говорили о нем, но оказывается, что он, только видел, как люди разговаривали, стоя вместе. Его уверенность базируется на том, что они говорили о его поступках, так как, - «это каждому известно». Так возникает бредовая убежденность. Однако после точно сформулированных вопросов выясняется, что боль­ной слышал «только глазами».

- *обманы восприятия.* При дальнейшем прогрессировании болезни картина параноидного синдрома усложняется присоединением иллюзорных, галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных переживаний.

- *эмоциональные нарушения.* Базовыми эмоциональными наруше­ниями при параноидном синдроме являются соответствующие бредо­вым идеям подозрительность, напряженность, тревожность. Другие аф­фективные расстройства - депрессивные, маниакальные, возникают при видоизменении синдрома и вовлечении в патологический процесс но­вых психопатологических регистров.

*Параноидные синдромы при эндогенных психических заболеваниях*

При шизофрении параноидные синдромы встречаются в острых и хронических формах.

*Острый параноидный синдром* включает в себя следующие симптомы:

1) аффективную яркость, насыщенность переживаний, бредовое возбуждение и поведение;

2) несистематизированные или лишь с зачатками систематизации бредовые идеи преследования, воздействия, отношения, осуждения;

3) аффект недоумения, бредовое восприятие, симптом инсценировки, ложные узнавания;

4) аффект тревоги и страха;

5) слуховые галлюцинации, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы.

От синдрома острого чувственного бреда острый параноидный синдром отличается стертостью таких проявлений, как растерянность, инсценировка, ложные узнавания. Характерно раннее появление бредовых ин­терпретаций, хотя оформленной бредовой системы с продуманной аргументацией не возникает.

Медленно развивающийся *хронический бред Маньяна* характерен для умеренно прогредиентной шизофрении. Наиболее патагномоничным для нее является бред воздействия, касающийся преимущественно идеаторной сферы. Воздействие затрагивает субъективные переживания больных - процессы мышления и волевой деятельности (внедрение чужих мыслей, угадывание мыслей, захват воли и проч.) и отображает, таким образом, нарушение цельности личности, типичное для шизофренического про­цесса. В динамике хронического параноидного синдрома бредовая фабула формируется медленно, после длительного инициального периода путем постепенной переработки внешних собы­тий, поведения окружающих, складываясь в основном из бреда пресле­дования, отношения, толкования, значения. В большой степени синдро­му свойственно бредово-иллюзорное восприятие.

*Параноидные синдромы при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга*

Параноидные состояния встречаются при всех видах симптомати­ческих психозов. По мнению K.Conrad, параноидный синдром, плавно переходящий в параноидно-галлюцинаторный, принадлежит к весьма типичным экзогенным типам реакций в том смысле, который придавал им K.Bonhoeffer. В большинстве случаев при органи­ческих психозах начальные депрессивные или ипохондрические синд­ромы перерастают в бредовые, из которых впоследствии развивается «вербальный галлюциноз», часто с переживаниями сделанности мыс­лей. Лишь появление на высоте психоза делириозных картин или спу­танности обнаруживает, наконец, экзогенную природу заболевания.

В целом параноидный бред при органических заболеваниях голов­ного мозга построен более элементарно, носит более однообразный, отрывочный характер. Он менее стоек, мало систематизирован и почти не связан с интимными тенденциями личности больного. Дело ограни­чивается одной или несколькими бредовыми идеями, остающимися неизменными в течение некоторого времени, а в дальнейшем исчезаю­щими, иногда даже не сохраняющимися в памяти больного или сменя­ющимися другими.

Более очерченным является алкогольный параноид. В большинстве случаев он развивается после нерезко выраженных продромальных явлений и характеризуется нару­шением сна, параноидной формой мышления, немотивированным стра­хом, пониженным настроением. Основным симптомом заболевания является бред преследования, отношения, в очень редких случаях - самообвинения, ревности, отравления. Содержание бреда черпается из реальной действительности, бредовые идеи не носят нелепого, потусто­роннего, замысловатого характера. Больным кажется, что за ними следят, пресле­дуют, в чем-то обвиняют, что они обречены, им угрожают страшные мучения. Возникает сильный, иногда доходящий до ужаса страх, трево­га, беспокойство, заставляющие спасаться в лесу, на чердаках и т.д.. Больные отмечают, что окружающие косо на них смотрят, перешептываются, что-то замышляют. Обычно после окончания острого периода в затяжных случаях алкогольный бред теряет аффективную окраску, исчезает тревога, беспокой­ство, постепенно появляется критика к своему состоянию. Бредовые идеи блекнут, затем исчезают, наступает выздоровление без дефекта личности.

*Реактивные параноиды*

Параноиды, возникшие вследствие психотравмирующих ситуаций, характеризующиеся страхом, растерянностью, бредовыми идеями пре­следования, отношения.

Описаны следующие формы острых реактивных параноидов:

- *железнодорожные параноиды.* Наблюдаются во время длительных железнодорожных путешествий. Механизм их развития, обусловлен временным изменением «почвы» вследствие экзогенных или соматогенных факторов. В результате снижается способность к диффе­ренцированной оценке ситуации в целом. Клинически проявляется быстрым, без предвестников, развитием бреда преследования («в купе шайка воров», «собираются убить», «ограбить», «подвергнуть мучени­ям»). Психоз сопровождается сильным страхом, психомоторным возбуждением, сужением сознания.

- *параноиды военного времени.* Обусловлены внешней обстановкой и во многом определяются фазой военных действий. В период отступ­ления страх, тревога, идеи преследования сочетаются с пониженной и отрицательной тенденцией к самооговору. Напротив, в победные дни больные сообщают, что их хотят погубить, свести с ума, отравить из-за того, что их военные заслуги не «дают кому-то покоя».

- б*ред в иноязычном окружении и бред тугоухих.* Основным симптомом здесь является патологическая интерпретация непонятной или неслышимой речи окружающих. Возникает страх, тревога, беспокойство. Появляются слуховые иллюзии угрожающего характера, нарастает уверенность во враждебном отношении.

*- параноиды в местах заключения.* Острые параноиды без галлюцинаторных явлений возникают после ареста, в тюрьме, чаще в условиях одиночного заключения. Проявляются бредовыми идеями преследова­ния, воздействия и отношения, аффектом страха и измененным созна­нием. Тематика параноида отражает психотравмирующую ситуацию, больной утверждает, что его должны расстрелять, об этом пишут в газе­тах, намекают. Постепенно бредовые идеи дезактуализируются с выхо­дом в астеническое состояние. Галлюцинаторно-параноидные синдро­мы протекают на фоне своеобразно измененного сознания, которое по своей структуре приближается к сноподобному. Возникают обильные обманы восприятии, как слуховые, так и зрительные. Кроме истинных, бывают также псевдогаллюцинации и другие элементы психического автоматизма (наплыв мыслей, открытость). На фоне нарастающего аф­фекта страха возникают бредовые идеи преследования, физического воз­действия.

*Клинические варианты параноидного синдрома и его сочетания с другими синдромами*

Описаны различные варианты сочетания параноидного синдрома с другими синдромами:

1) *галлюцинаторно-параноидный,*

2) *депрессивно-параноидный*

3) *параноидное состояние с явле­ниями циркулярности,*

4) *острое кататоно-параноидное* *состояние*;

5) *параноидно-ипохондрический;*

6) *дисморфофобически-параноидный*

- *галлюцинаторно-параноидный синдром* складывается из бреда, чаще всего преследования, бреда физического воз­действия, вербальных галлюцинаций (чаще псевдогаллюцинаций) и других явлений психического автоматизма.

- *депрессивно-параноидный синдром* представляет собой симптомокомплекс депрессивных, бредовых, сенсорных и двигательных рас­стройств, сочетающихся в различных соотношениях.

*Возрастные особенности параноидных синдромов*

Параноидный синдром в его раз­вернутом виде не характерен для раннего возраста. Рудимент же его - бредовая настроенность в виде настороженности, недоверчивости - наблюдает­ся очень рано. В подростковом возрасте параноидные состояния развиваются чаще всего подостро - на протяжении ряда дней и недель. Они сменяют острый полиморфный синдром или следуют за неврозоподобными, психопатоподобными и очень редко за паранойяльными расстройствами.

Параноидный синдром подросткового возраста протекает в двух клинических вариантах: галлюцинаторно-параноидном и бредовом. Галлюцинаторно-параноидный вариант отличается яркой выраженностью слуховых галлюцинаций, к которым иногда добавляются и обонятель­ные. Бред может быть как тесно связанным с галлюцинациями, так и не вытекать из галлюцинаторных переживании.

Бредовой вариант параноидного синдрома отличается разнообраз­ным политематическим бредом, при этом галлюцинации и психические автоматизмы либо вообще отсутствуют, либо возникают лишь эпизоди­чески. Содержательные особенности бредовых переживаний у подрост­ков следующие:

1) *бред отношения -* идеи отношения обостряются в окружении малознакомых сверстников; больному представляется, что его подозревают в совершении неблаговидных поступков, занятиях онанизмом и т. п.;

2) *бред преследования* - связан с информацией, почер­пнутой из книг, фильмов, телепередач: подростка преследуют шайки террористов, мафиозные структуры и т. п.;

3) *бред воздействия* - отража­ет веяния времени: чаще всего речь идет о воздействиях электронными аппаратами, компьютерами;

4) *бред чужих родителей* - связан с убежде­нием о том, что родители подростка «неродные», что он взят на воспи­тание или подменен в родильном доме; родители знают это, скрывают и плохо к нему относятся; в более тяжелых случаях появляется ничем не обоснованное бредовое «знание» того, что колдунья, убившая мать, при­няла ее физический облик и выдает себя за подлинную.

Параноидные синдромы в позднем возрасте протекают на фоне соматических, чаще сосудистых заболеваний. По содержанию бреда, как и при паранойяльном синдроме, на первом плане выступают идеи ревности и ущерба. Однако они сразу же обрастают явлениями параноидного круга. Так, появление идей отрав­ления сочетается с обострением собственно сосудистой симптоматики: головных болей, головокружений и т. п. Помимо идей отравления, в даль­нейшем возникают идеи воздействия колдовством, магнетизмом, эро­тические и другого характера. Таким образом, симптомы параноидного круга проявляются преимущественно сочетанием идей воздействия и близким к ним идей отравления с сенестопатическим компонентом. В то же время ассоциативные автоматизмы, слуховые псевдогаллюцинации очень редки, полностью развернутый синдром Кандинского — Клерамбо не наблюдается.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение параноидного синдрома.

2). Особенности параноидных синдромов при эндогенных заболеваниях.

3). Отличительные особенности параноидного синдрома при экзогенно-органической патологии головного мозга.

4). Назовите реактивные параноиды.

5). Возрастные особенности параноидных синдромов.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ – ЭТО

1) высшая степень бессвязности мышления

2) задержка физическо­го и/или психического развития, с сохранением черт, присущих детскому возрасту

3) ощущение спазма, возникающее в невротическом симптомокомплексе

4) различные бредовые идеи неблагоприятного воздействия на больного извне, содержащие идеи преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба

5) любой первичный бред

2. БРЕД ИНСЦЕНИРОВКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

1) появлением при существовании реального внешнего раздражения

2) сосуществованием с внешним раздражением, не сливаясь с ним

3) исчезновением с прекращением действия раздражителей

4) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных

5) осознанием болезненности своих переживаний.

3. В СТРУКТУРЕ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ

1) мнестические расстройства

2) бредовые идеи

3) негативизм

4) конфабуляции

5) нарушение сознания

4. В СТРУКТУРЕ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ

1) криптомнезии

2) фиксационную амнезию

3) бредовое восприятие

4) ступор

5) оглушение

5. В СТРУКТУРЕ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ

1) обманы восприятия

2) псевдореминисценции

3) помрачение сознания

4) психомоторное возбуждение

5) палимпсесты

6. В СТРУКТУРЕ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ

1) речевые стереотипии

2) двигательную заторможенность

3) гипомимию

4) эмоциональные нарушения

5) хаотичное возбуждение

7. ДЛЯ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРЕН

1) бред изобретательства

2) бред чужих родителей

3) ипохондрический бред

4) нигилистический бред

5) манихейский бред

8. ДЛЯ ДИНАМИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) стройная система доказательств

2) медленное формирование фабулы бреда

3) внезапное озарение

4) массивные галлюцинаторные переживания

5) выраженная эмоциональная окраска

9. ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1) сопровождается выраженной экспрессией

2) отмечаются грубые нарушения поведения

3) построен более элементарно, носит однообразный характер

4) сопровождается нарушением сознания

5) носит стойкий характер

10. ПАРАНОИДЫ В МЕСТАХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

1) аффективно-шоковым реакциям

2) депрессивно-бредовому синдрому

3) синдрому Кандинского-Клерамбо

4) острым реактивным параноидам

5) эндогенным заболеваниям

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной утверждает, что за каждым его поступком следит группа лиц. Они осуществляют слежку на машинах и через “агентов”, расставленных по всему городу. Сведения о поведении больного передаются в “шпион­ский центр”, которым руководит его одногрупник по институту. Ранее у них были напряженные взаимоотношения из-за соперничества по отношению к девушке. Больной приводит доказательства своей «правоты» - особые знаки на стенах домов, специальные номера на машинах, оборудованных шпионской техникой (прослушкой, аудиовидеозаписью). Тревожится за свою безопасность

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. В рамках каких расстройств может отмечаться данный синдром?

**Эталон ответа**

1. Бредовое толкование фактов, символическое мышление, тревога.
2. Параноидный синдром (бред преследования, отношения)
3. Расстройства сферы мышления,

4. Психотический регистр.

5. При эндогенных расстройствах, шизофрении.

**Задача№2**

Больная постоянно мечется по отделению, громко кричит. “Убейте меня, перестаньте мучить!” Высказывает идеи самообвинения (она - великая грешница, из-за нее страдают дети). Выражение лица страдальческое, заламывает руки, пытается рвать на себе одежду. Сознание ясное, критика к своему состоянию отсутствует.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. В рамках каких расстройств может отмечаться данный синдром?

**Эталон ответа**

1. Гипотимия в виде тревоги, психомоторное возбуждение, бредовые идеи виновности и греховности.
2. Депрессивно-бредовый синдром
3. Расстройства сферы эмоций и мышления
4. Психотический регистр
5. При эндогенных расстройствах- шизофрении, БАРе, реккурентной депрессии.

**Задача№3**

Из письма больной своей сестре «Дорогая Ира! Приезжай скорее, помоги мне разобраться. Я нахожусь в психиатрической боль­нице уже две недели, мне сказали, что надо нервы подлечить. Тут происходят странные вещи. Вчера приходили какие-то люди, уверяли, что это - муж, сын, дочь. Они действительно походят на моих домашних, но мне сразу стало ясно, что они поддельные, чу­жие люди. С какой целью это делается? В отделении видела многих знакомых людей: соседку по даче, Галину Евгеньевну с работы, продавщицу из магазина. Видела какого-то фокусника. Он, подобно Райкину, стоял передо мной и все время менял маски. Как он это делает - не пойму. Чувствую, что вся эта комедия разыгры­вается для меня, но смысла ее не могу понять. Забери меня из больницы, я так больше не могу».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Каков регистр данного расстройства?

5. Показано ли стационарное лечение.

**Эталон ответа**

1. Бредовое восприятие, тревога, бред инсценировки, растерянность.

2. Симптом Капгра и симптом Фреголи.

3. Расстройства сферы мышления

4. Психотический регистр

5. Так как у больной состояние острого психоза, она нуждается в стационарном лечении.

**Задача№4**

Больной во время при­ступа болезни высказывал идеи преследования, считал, что его хотят скомпрометировать его враги, отмечалась депрессивные расстройства – был бездеятельным, с окружающими не общался, высказывался о бессмысленности жизни, слышал голоса, обвинявшие его в различных тяжких грехах. К своим родственникам относится с равнодушием. После выписки приступил к работе – занимается ремонтом бытовой техники.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. При каких расстройствах выявляется данная симптоматика?

5. Нуждается ли в установлении группы инвалидности?

**Эталон ответа**

1. Бред преследования, отношения, гипотимия, эмоциональная холодность.

2. Депрессивно-параноидный синдром.

3. Расстройства сферы мышления

4. При эндогенных расстройствах.

5. На текущий момент не нуждается.

**Задача№5**

После совершения ограбления в состоянии алкогольного опьянения в компании приятелей, пациент был помещен в СИЗО. Сразу появились тревога, страх за свою жизнь. Стал высказываться о том, что родственники

потерпевшей доберутся до него и отомстят за содеянное. В камере пытается прятаться от вновь прибывших. Адвокату заявил, что весь город знает о его скорой смерти

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. При каких расстройствах выявляется данная симптоматика?

5. Нуждается ли в лечении у психиатра?

**Эталон ответа**

1. Аффект страха, бредовые идеи преследования, отношения, двигательное возбуждение.
2. Депрессивно-параноидный синдром.

3. Расстройства сферы мышления.

4. Параноид мест заключения.

5. Да, нуждается.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения параноидную симптоматику.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь оценить тяжесть выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Параноидный синдром при симптоматических психозах.

2. Алкогольный параноид.

3. Особенности параноидного синдрома в подростковом возрасте.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.34. **Тема:** «Парафренные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам выявления парафренных синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления парафренных синдромов.

Уметь: выявлять в практической деятельности парафренные синдромы.

Владеть: методами выявления парафренных синдромов.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике парафренных расстройств  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

В современной психиатрии парафрения рассматривается как ряд симптомокомплексов, встречающихся при различных заболеваниях. Психиатры, склонные рассматривать парафрению как самостоятельное заболевание, считают, что она представляет собой психоз, подобный параноидной шизофрении, но с лучшей эмоциональной сохранностью и меньшим нарушением личности. Это расстройство как отдельная нозологическая форма диагностируется нечасто. Оно не внесено в разделы действующих психиатрических классификаций DS1M-IV и МКБ-10 и нередко рассматривается как «атипичный психоз», «шизоаффективное расстройство», «бредовое расстройство». В отличие от немецкой и отечественной, в британской и американской психиатрии понятия «поздняя шизофрения» и «поздняя парафрения» отождествляются. Это, по мнению немецких исследователей, вызывает необходимость уточнения границ между шизофренией позднего возраста, парафренией и другими бредовыми расстройствами.

Парафренный синдром протекает при ясном сознании, его структурными компонентами являются следующие:

- *бред.* В основе парафренного бреда лежат расстройства осознания собственного опыта личности, нарушение механизмов ее аутоиденти-фикации (бредовая деперсонализация). Клинически это проявляется идеями величия, перевоплощения. Больной называет себя другим именем, часто именем какой-нибудь выдающейся личности, мифическим персонажем, «присваивает» их опыт. Идеи величия и преследования в структуре бреда выступают по отдельности или во взаимосвязи: «преследуют за выдающиеся заслуги». Бредовые идеи иногда носят интерпретативный характер, имеют нелепое фантастическое содержание, включающее в себя бред двойника, бред встречи с давно умершими. Высказывания чаще всего имеют относительно связное речевое оформление с тенденцией к систематизации.

-*эмоциональный фон.* Чаще выявляются приподнятость настроения, эйфория. Характерно аффективное сопровождение собственных высказываний. При некоторых формах (бред Котар1) отмечается тревожно-депрессивный аффект.

- *обманы восприятия.* Встречаются все виды галлюцинаций - слуховые, тактильные, кинестетические, общего чувства; зрительные - при алкогольной парафрении. Феномены психического автоматизма неразрывно связаны с остальной симптоматикой.

- *парамнезии.* Отмечается искажаемые ретенции и репродукции в виде псевдореминисценций и конфабуляцмй. Нередко конфабуляции принимают фантастическое и экспансивное содержание.

*Парафренные синдромы при эндогенных психических заболеваниях*

**Парафрения.** Основными формами парафрении как отдельного заболевания, по E.Kraepelin, являются следующие:

- *Систематизированная.* Представляет собой психоз с хроническим течением, включающий в себя интерпретативный бред преследования и бред величия, слуховые галлюцинации. Болезнь развивается медленно, при ней сохраняется память и не наступает распада личности.

- *Экспансивная.* Характеризуется развернутыми идеями величия, развивающимися на фоне гипертимии, эйфории. Отмечаются зрительные и слуховые галлюцинации. Иногда могут быть идеи ипохондрического характера.

- *Конфабуляторная.* Ведущими здесь являются ретроспективный (конфабуляторный) бред и псевдогаллюцинаторные воспоминания при правильной ориентировке и упорядоченном поведении;

- *Фантастическая.* Доминируют незавершенные, несвязанные, сменяющие друг друга фантастические, нелепые бредовые построения, включающие в себя идеи преследования, постороннего воздействия, одержимости. Отмечаются слуховые галлюцинации.

Выделяют также *галлюцинаторную парафрению* с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций и сенестопатий.

Таким образом, парафрению как отдельную нозологическую единицу характеризуют систематизация и фантастичность бредовых идей. Экспансивность и конфабулирование входит в структуру сложной бредовой фабулы, где все детали паралогически связаны между собой. Поэтому следует считать, что обычная трансформация бредовых синдромов в бред величия или простое его присоединение ничего общего не имеет с парафренией.

**Шизофрения.** Парафренные синдромы в клинической картине шизофрении протекают в острой и хронической форме. Острая форма характеризуется изменчивыми, несистематизированными бредовыми идеями с образным компонентом на фоне повышенно-экстатического или пониженно-тревожного аффекта. Острый парафренный синдром при всех формах шизофрении встречается там, где процесс достаточно интенсивен: он характеризует в известной степени глубину острых приступов шизофрении. В структуре приступов рекуррентной шизофрении с интермиссиями и хорошим прогнозом острый парафренный синдром существует в виде короткого этапа, характеризующегося сновидным фантастическим полиморфным бредом. В то же время более атипичные для острых приступов состояния (фантастическая парафрения, острый фантастический галлюциноз и конфабулез) отражают тенденцию к приступообразно-прогредиентному течению процесса.

Хронический парафренный синдром развивается обычно у больных шизофренией, перенесших в прошлом шизофренический приступ иного характера, но чаще с обычным параноидным синдромом. Парафреническая картина возникает, таким образом, на следующем этапе заболевания. Переход с параноидного на парафренный этап характеризуется интенсификацией умственных процессов, ускорением течения ассоциаций в определенном направлении, усиленным притоком мыслей, появляющихся помимо воли и желания больных, образованием новых необычных мыслей, которые пациенты, ощущая как что-то новое для себя, называют «фантазиями».

Некоторые парафренные синдромы по своей фантастичности и пластичности сходны со сновидениями. В период, предшествующий их развитию, или в начале развития больные указывают на то, что видят фантастические сны, которые в дальнейшем сливаются с реальностью. По мере дальнейшего утяжеления процесса образуются идеи величия, фантастический характер которых позволяет говорить о включении в структуру парафренного синдрома бреда воображения. Однако психо-тическое воображение, в отличие от психогенного, носит преувеличенный и нелепый характер и не поддается никакой коррекции.

*Парафренные синдромы при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга*

Мегаломанический бред при *прогрессивном параличе* и других органических заболеваниях головного мозга псевдопаралитического характера развивается на фоне выраженного слабоумия, в основе которого лежат глубокие расстройства памяти. Представление о собственном опыте у больных утрачено по амнестическому, а не по деперсонализационному типу. Бред носит характер заместительного, репарационного конфабулеза, бредовые идеи крайне нелепы, противоречивы.

При *алкогольной парафрении* на фоне хронического вербального галлюциноза с бредом и психических автоматизмов развиваются мегаломанические идеи с постоянным элементом детскости, непосредственности, обыденных представлений. Тематика идей касается богатства, повышенных социальных возможностей в будущем: больной получит пенсию, новую квартиру, станет генералом и т. п. Бредового видоизменения сознания «Я» не происходит. Не характерны ретроспективный бред, бредоподобные фантазии, ложные узнавания. Можно отметить гиперэкспрессивность мимики и жестов, высокую аффективную индукцию.

*Клинические варианты парафренного синдрома и его сочетания с другими синдромами*

Одним из видов парафренных состояний, встречающихся в остром приступе шизофрении, является *галлюцинаторная парафрения.* Психопатологические явления здесь с самого начала развиваются в чувственной сфере мышления, но в ином регистре. Клиническая картина усложняется присоединением галлюцинаторного синдрома. Основное отличие этих состоянии от параноидных - тенденция к сновидности и сцено-подобности проявлений с тенденцией к переходу в галлюцинаторный онейроид.

Утяжеление депрессивного аффекта и бредовых идей обусловливает развитие *меланхолической парафрении -* состояния, при котором бред приобретает фантастическое меланхолическое содержание. Степень фантастичности бреда может быть различной, но в любом случае он характеризуется нарушением аутоидентификации и приобретает вселенский масштаб.

*Картина маниакальной парафрении,* при которой маниакальный аффект сочетается с фантастическими бредовыми высказываниями, характеризуется нестойкостью, полиморфностью, относительной независимостью личности и самосознания от бредовых идей.

*Возрастные особенности парафренных синдромов*

Парафренные расстройства в классической хронической форме для подросткового возраста не характерны. Острый парафренный синдром также встречается редко. Разнообразные галлюцинации, эмоционально насыщенный бред (от идей величия до самообвинения), психические автоматизмы обычно сочетаются с выраженным бредовым фантазированием на темы контактов с инопланетянами, мировых катастроф, разведок и т.п.

В инволюционном периоде клиническая картина шизофрении характеризуется сменой длительно существующего параноидного состояния на парафренный синдром. Наступает стабилизация процесса, прекращается развитие фантастических идей, наиболее устойчивыми оказываются бредовые конфабуляции, приобретающие ретроспективную направленность.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Структура парафренного синдрома.

2). Какие варианты парафрении Вам известны.

3). Назовите особенности парафренного синдрома при шизофрении.

4). Чем характеризуется парафренный синдром при прогрессивном параличе?

5). Что характерно для парафренного синдрома в позднем возрасте?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. НАЛИЧИЕ ПАРАФРЕННОГО БРЕДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (О2)

1) нарушении сознания

2) легком течении заболевания

3) длительности заболевания

4) неэффективности типичных нейролептиков

5) остроте процесса

2. ПОЗИТИВНЫМ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) парафренный

2) амнестический

3) паралитический

4) дисфренический

5) психоорганический

3. НЕЛЕПО-ФАНТАСТЧЕСКИЙ БРЕД В СОЧЕТАНИИ С БРЕДОМ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ, ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ И ЭЙФОРИЕЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) гебефреничского синдрома

2) кататонического синдрома

3) маниакального синдрома

4) парафренного синдрома

5) депрессивного синдрома

4. В СТРУКТУРУ ПАРАФРЕННОГО СИНДРОМА ВХОДЯТ

1) парамнезии

2) фиксационная амнезия

3) оглушение

4) бессвязность мышления

5) двигательная заторможенность

5. ДЛЯ ПАРАФРЕНИ, КАК ОТДЕЛЬНОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ЕДИНИЦЫ ХАРАКТЕРНО

1) нарушения памяти

2) дисфории

3) эксплозивность

4) систематизация и фантастичность бредовых идей.

5) деменция

6. ФОРМИРОВАНИЕ ПАРАФРЕННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (О2)

1) улучшении состояния

2) нарастании органического поражения головного мозга

3) восстановлении работоспособности

4) гиперактивности

5) дальнейшем прогрессировании заболевания

7. ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПСЕВДОПАРАЛИТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

1) свидетельствует о благоприятном прогнозе

2) говорит о стабилизации патологического процесса

3) формируется на фоне выраженного слабоумия, в основе которого лежат глубокие расстройства памяти.

4) имеет тенденцию к усложнению

5) сопровождается сохраненим критики

8. ДЛЯ МЕЛАНХОЛИЧЕСКОЙ ПАРАФРЕНИИ ХАРАКТЕНО

1) бредовые идет преследования

2) утяжеление депрессивного аффекта в сочетании с бредом фантастического меланхолического содержания.

3) отсутствие контакта с окружающими

4) смена аффекта

5) агрессивное поведение

9. СОЧЕТАНИЕ МАНИАКАЛЬНОГО АФФЕКТА С ФАНТАСТИЧЕСКИМИ БРЕДОВЫМИ ИДЕЯМИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) маниакальный синдром

2) маниакально-бредовый синдром

3) кататонический синдром

4) маниакальная парафрения

5) фантастические конфабуляции

10. В СТРУКТУРУ ПАРАФРЕННОГО СИНДРОМА ВХОДЯТ

1) обстоятельность мышления

2) эксплозивность

3) обманы восприятия

4) конградная амнезия

5) двигательное возбуждение

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной жалуется, что вся милиция страны следит за ним, постоянно пытается убить, в больнице – масса «агентов». Считает, что эти преследователи хотят отнять его миллион рублей, сместить с должности правителя солнечной системы. Сознание ясное, критика к своему состоянию полностью отсутствует. Поведение соответствует переживаниям: требует своих денег, пишет заявления, в которых просит оградить от действия «агентов».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. При каких заболеваниях может выявляться?

5. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1 Бред преследования, нелепые идеи величия, бредовое поведение.

2. Парафренный синдром.

3. Расстройство сферы мышления.

4. При паранидной шизофрении, при органических психозах.

5. Да, имеются основания для недобровольной госпитализации.

**Задача№2**

Больная заявляет, что ее внутренности сгнили, пища не переваривается, а сразу проваливается в полость таза. Это является для нее наказанием за «все ее грехи, но может пострадать и все человечество. Выражение лица страдальческое, просит спасти мир – «поставить смертельный укол».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. При каких заболеваниях может выявляться?

5. К какому регистру психических расстройств относится?

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, масштабные бредовые идеи греховности, ипохондрический бред.

2. Синдром Котара.

3. Расстройство сферы мышления.

4. При инволюционной меланхолии, биполярном аффективном расстройстве.

5. Психотический регистр.

**Задача№3**

Больной пришел с заявлением в администрацию города. Требовал назначить его начальником. Объяснил это тем, что «президент страны приказал ему так поступить». Считает себя гением всех гениев мира, уверен в своей неотразимой красоте. Не может назвать текущую дату, внешний вид неопрятный.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для каких заболеваний характерен?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Вербальные галлюцинации, бредовые идеи величия, нарушение памяти, нелепое поведение.

2. Парафренный синдром.

3. Расстройство сферы мышления.

4. Для органической деменции.

5. Прогноз неблагоприятный.

**Задача№4**

Больная страдает шизофренией более 15 лет. Неоднократно лечилась стационарно с параноидной симптоматикой – высказывала бредовые идеи преследования, воздействия. В настоящее время стала утверждать, что ею заинтересовались разведки всех стран Европы и Америки. Об этом она узнала через информационную программу на телевидении – слышала, как там это обсуждали. Отмечает воздействие на свои мысли специальными аппаратами.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. О чем свидетельствует появление данного синдрома?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Вербальные галлюцинации, масштабные бредовые идеи преследования, идеаторный автоматизм.

2. Парафренный синдром.

3. Расстройство сферы мышления.

4. О прогрессировании заболевания.

5. Прогноз неблагоприятный.

**Задача№5**

Считает себя неотразимой. Нелепо одевается, ярко красится. Уверена, что в нее влюблены все мужчины города, слышала, как они об этом говорили по радиосети. Собирается завести «мужской гарем». Неожиданно она «поняла», что является родственницей Петра1. Держится величаво, говорит с повелительной интонацией.

1.Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. При каких заболеваниях может выявляться?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Вербальные галлюцинации, любовный бред, бредовые идеи высокого происхождения,бредовое поведение.

2. Парафренный синдром.

3. Расстройство сферы мышления.

4. При эндогенных заболеваниях, при органических психозах.

5. Прогноз неблагоприятный, возможно быстрое прогрессирование.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения клинические проявления парафренного синдрома.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить нозологическую принадлежность.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Острая парафрения.

2. Меланхолическая парафрения.

3. Парафренный синдром при алкоголизме.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.2.35. **Тема:** «Синдромы двигательных расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам двигательных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления двигательных расстройств.

Уметь: выявлять двигательные расстройства.

Владеть: методами выявления расстройств двигательной сферы психической деятельности.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике двигательных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Синдромы двигательных расстройств, представляют собой полимор­фную группу, которая представлена в рамках органических, аффектив­ных, шизофренических и реактивных психозов.

***Синдромы возбуждения***

Возбуждением называется психопатологическое состояние, характе­ризующееся усилением и ускорением различных проявлений психичес­кой деятельности. Возбуждение является одним из наиболее частых синдро­мов, составляющих неотъемлемую часть в картине острых психотических состояний, служит отражением определенных звеньев патогенеза и непосредственно зависит от заболевания, в клинической картине кото­рого оно наблюдается

*Депрессивные состояния.* В структуре депрессивных состояний встречается тревожное возбуждение, проявляющееся общим двигатель­ным беспокойством (ажитацией) с тревогой и страхом. Крайнее выраже­ние депрессивного возбуждения - меланхолический раптус - прояв­ляется двигательным беспокойством, сочетающимся с безысходным от­чаяньем, мучительной невыносимой тоской.

*Маниакальные синдромы.* При маниакальных синдромах возбуж­дение сочетается с повышенным аффектом и характеризуется чрезмерным стремлением к деятельности, беспорядочными движениями, сует­ливостью, утратой связности речи. При острых маниакально-бредовых состояниях аффективные нарушения проявляются восторженно-экста­тическим возбуждением, которое отличается от фаз маниакально-деп­рессивного психоза более резкой выраженностью и изменчивостью, обусловленной прямой связью с содержанием бредовых переживаний, характером галлюцинаций и психических автоматизмов, а нередко и расстроенным по онейроидному типу сознанием. Поэтому при данном виде возбуждения очень часты внезапные переходы от безу­держного веселья с расторможенностью влечений к гневливости, злобности, агрессивности вплоть до весьма тяжелых и опасных дей­ствий.

*Острые галлюцинаторно-бредовые состояния.* Картина возбуж­дения обусловливается бредовыми идеями отношения, преследования, воздействия, слуховыми галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, выраженным аффектом и характеризуется нецеленаправленностью, хаотичностью поведения, импульсивными неожиданными действиями с агрессией и аутоагрессией. Возбуждение достигает большой интен­сивности, временами давая послабления, чтобы в связи с усилением актуальности психопатологических переживаний вновь вспыхнуть с еще большей силой. При острых депрессивно-бредовых состояниях, когда депрессивный аффект достигает максимальной выраженности, тревожно-боязливое беспокойство также достигает максимума: боль­ной мечется, не находит себе места, упорно стремится к самоубийству, используя каждый незначительный просчет наблюдающих за ним людей.

*Аментивные состояния.* Возбуждение входит в картину аментивного синдрома и проявляется некоординированными стереотипными движениями, чаще в пределах постели.

*Эпилепсия.* При сумеречном помрачении сознания эпилептического генеза яркость, чрезвычайная актуальность и устрашающий характер галлюцинаторно-бредовых явлений, их достигающая огромной выра­женности аффективная насыщенность приводят к развитию резкого воз­буждения, превосходящего по своей силе все другие его виды, встреча­ющиеся в психиатрической практике. Глубокое расстройство сознания исключает возможность хоть в какой-то степени контролировать свои по­ступки.

*Олигофрении.* Двигательное возбуждение больных с олигофренией (эретическое возбуждение) проявляется бессмысленными, порой разру­шительными действиями, сопровождается криками и в редких случа­ях - нанесением самоповреждений.

*Реактивные психозы.* Возбуждение наблюдается в экстремальных ситуациях, чаще при аффективно-шоковых реакциях, и характеризует­ся хаотичностью, нецеленаправленностью, бегством, метанием и т. п.

**Ступорозные синдромы**

В противоположность возбуждению, ступор представляет собой со­стояние, при котором заметны вялость, задержка психических про­цессов. С.С.Корсаков (1901) так описывал картину ступора : «В разви­тых случаях этого состояния больной поражает своей неподвижностью, как бы оцепенением. Лицо его неосмысленно, тупо, черты расслаблены, нижняя губа оттопырена, рот раскрыт, из него течет слюна. Больной сидит или стоит неподвижно, иногда по целым часам, не переменяя позы, мочится и испражняется под себя. Если его не кормить, он не будет есть, не поить — не будет пить. Больной точно не видит и не слышит того, что происходит вокруг него и не реагирует на самые сильные впечатления».

По этиологическому фактору выделяют:

*Галлюцинаторный ступор.* Возникает, как правило, на высоте ис­тинного поливокального вербального галлюциноза и проявляется общей обездвиженностью, мутизмом, мимическими реакциями, выра­жающими страх, тоску, удивление, отрешенность. Негативизм обычно отсутствует.

*Депрессивный (меланхолический) ступор.* Является кульминацией идеомоторного торможения при меланхолической депрессии или сме­няет тревожно-ажитированную депрессию в случае ее утяжеления. Со­четается с депрессивным бредом, чаще с бредом громадности и отрица­ния.

*Апатический ступор (астенический ступор, бодрствующая ком1).* Проявляется при тяжелых протрагированных симптоматических пси­хозах (энцефалопатия Гайе - Вернике). Характеризуется прострацией, полным мышечным расслаблением, кахексией, профузными поносами. Иногда возможны короткие односложные ответы на простые вопросы, самая общая ориентировка в месте.

*Маниакальный ступор.* Возникает при переходе маниакальной фазы в депрессивную, иногда развивается в структуре кататонического синд­рома. Характеризуется двигательным торможением при маниакальном аффекте.

*Алкогольный ступор.* Встречается при алкогольном онейроиде, со­провождающемся зрительным псевдогаллюцинозом. Больные не вста­ют с постели, выглядят сонливыми с выражением страха, недоумения, озабоченности на лице. Отмечается пассивная подчиняемость. Мышеч­ный тонус снижен.

*Эпилептический ступор.* Как правило, появляется вслед за серий­ными припадками и в связи с развитием сумеречного или онейроидного помрачения сознания. Характеризуется идеомоторным торможением с негативизмом и мутизмом. Сочетается с бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Сменяется исступленным возбуждением с аф­фектом ярости и разрушительными действиями.

*Психогенный ступор.* Истерический ступор либо возникает вне­запно, либо ему предшествует возбуждение, псевдодеменция, пуэрилизм, В состоянии ступора больные лежат в постели, нередко принимая эмб­риональную позу. Вопросы, обращенные к ним, остаются без ответа, однако если вопросы касаются психотравмирующей ситуации, то воз­никают выраженные вегетативные реакции. Нередко ступорозному со­стоянию сопутствуют псевдодементно-пуэрильные черты. Ступорозно-депрессивный синдром в структуре реактивных психозов по своим проявлениям схож с депрессивным ступором. Отличием здесь являются бурные эмоциональные реакции, возникающие при упоминании о пси­хической травме.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Какие синдромы двигательных расстройств Вам известны?

2). Назовите виды психомоторного возбуждения.

3). Назовите виды ступорозных состояний.

4). Чем характеризуется маниакальное возбуждение?

5). Чем характеризуется депрессивный ступор?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. СТУПОР – ЭТО

1) убежденность больного, что окружающие его незнакомые люди являются его родными и близкими, но загримированы под незнакомых

2) состояние полной психической и двигательной заторможенности

3) повторение увиденных действий

4) не узнавание своего отражения в зеркале

5) состояние двигательного возбуждения

2. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С БЕЗЫСХОДНЫМ ОТЧАЯНИЕМ И НЕВЫНОСИМОЙ ТОСКОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) маниакальное

3) кататоническое

4) эпилептиформное

5) меланхолический раптус

3. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С СОСТОЯНИЕМ ДИСФОРИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) маниакальное

3) кататоническое

4) эпилептиформное

5) меланхолический раптус

4. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С НАВЯЗЧИВЫМ СТРАХОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) маниакальное

3) кататоническое

4) эпилептиформное

5) депрессивное

5. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ПОВЫШЕННЫМ НАСТРОЕНИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) маниакальное

3) кататоническое

4) эпилептиформное

5) депрессивное

6. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С СУМЕРЕЧНЫМ ПОМРАЧЕНИЕМ СОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) галлюцинаторное

3) кататоническое

4) эпилептическое

5) гиперкинетическое

7. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) галлюцинаторное

3) кататоническое

4) эпилептическое

5) гиперкинетическое

8. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С НАЛИЧИЕМ УСТРАШАЮЩИХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) галлюцинаторное

3) кататоническое

4) эпилептическое

5) гиперкинетическое

9. БЕССМЫСЛЕННОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ПРИ ВНЕЗАПНОМ ОЧЕНЬ СИЛЬНОМ ПОТРЯСЕНИИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) тревожное

2) паническое

3) кататоническое

4) эпилептическое

5) гиперкинетическое

10. ОБЕДНЕНИЕ И ЗАМЕДЛЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ – ЭТО

1) гипокинезия

2) гипостезия

3) гипостения

4) гипотония

5) гипотимия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной многоречив до хрипоты, с любым окружающим его пытается поговорить, но, не выслушав последнего, с увлечением декламирует стихи другому. Увидев, что санитарка начинает мыть пол, бросается ей на помощь, но вскоре, бросив начатое, дает советы больным, играющим в шахматы. Он неистощим в своей деятельности, говорит скороговоркой, настроение приподнятое.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. На фоне какой патологии развилось данное состояние?

4. В рамках каких расстройств оно может встречаться?

5. Имеются ли показания для стационарного лечения?

**Эталон ответа**

1. Ускорение мышления, повышенная отвлекаемость внимания, непродуктивная гиперактивность, болезненно повышенное настроение.

2. Психомоторное возбуждение.

3. Маниакального состояния.

4. Выявляется при аффективных расстройствах.

5. Да, имеются.

**Задача№2**

16-летний молодой человек прекратил посещать училище, заявил «неохота». Вскоре перестал общаться с друзьями. Целыми днями сидел дома, громко распевал одну и ту же песню. При помещении в стационар продолжал петь эту же песню, на замечания не реагировал, гримасничал, иногда бессмысленно хохотал.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1 Безмотивные поступки, стереотипии, гримасничанье, немотивированные приступы смеха.

2. Гебефренический синдром

3. Расстройство двигательно-волевой сферы психической деятельности.

4. Гебефреническая шизофрения

5. Да, имеются основания для недобровольной госпитализации.

**Задача№3**

Во время пожара один из жителей общежития схватил таз и бесцельно бегал с ним по комнатам, не обращая внимания на окружающих. Затем выбежал во двор и продолжал бесцельно суетиться. Внезапно остановился и громко заплакал. Успокоившись, стал испуганно интересоваться случившимся. Выяснилось, что он полностью амнезировал отрезок времени от начала пожара до настоящей минуты.

1. Назовите психопатологические симптомы
2. Что послужило причиной развития такого состояния
3. Как называется данная патология?

4. Какое нарушение сознания наблюдалось у данного человека?

5. К какой группе психических расстройств относится?

**Эталон ответа**

1. Двигательное хаотичное возбуждение, отсутствие контакта с окружением, амнезия.

2. Внезапно развившаяся угроза жизни вследствие пожара.

3. Аффективно-шоковая реакция (симптом эмоциональной бури).

4. Сумеречное расстройство сознания.

5. Реактивный психоз.

**Задача№4**

Пятилетняя девочка играла в комнате. Внезапно дверь закрылась, и замок защелкнулся, ребенок остался один. Мать стала громко стучать в дверь, звать девочку по имени, однако ответа не получила. Когда дверь взломали, ребенок стоял посреди комнаты с «застывшим» выражением лица, на окружающих не реагировала. Через 5 минут заплакала, прижалась к матери, стала односложно отвечать на вопросы. На следующий день поведение обычное.

1. Перечислите имеющиеся симптомы

2. Что послужило причиной развития такого состояния

3. Как называется данная патология?

4. Какое нарушение сознания наблюдалось у ребенка?

5. К какой группе психических расстройств относится?

**Эталон ответа**

1. Двигательная заторможенность, страх, отсутствие контакта с окружающими.

2. Внезапный страх и паника матери

3. Аффективно-шоковая реакция (симптом эмоциональной бури).

4. Сумеречное расстройство сознания.

5. Реактивный психоз.

**Задача№5**

У больного беспричинно развилось подавленное настроение, появилось тяжелое чувство тоски. Весь окружающий мир стал восприниматься серым, мрачным, безрадостным. Перестал выходить на улицу, появилась двигательная заторможенность, целыми днями лежит на диване. На вопросы отвечает медленно, односложно. Лицо выражает глубокую печаль.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Как называется данное нарушение в двигательной сфере?

3. Компонентом какого синдрома он является?

4. Какое заболевание можно предположить?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность.

2. Депрессивный ступор

3. Развивается при депрессивном синдроме.

4. Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, или рекуррентное депрессивное расстройство.

5. Показания для недобровольной госпитализации имеются.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1).Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения симптомы двигательных расстройств.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1.Особенности двигательных расстройств при реактивных психозах.

2. Двигательные расстройства при аффективных психозах.

3. Особенности синдрома возбуждения при эпилепсии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.36. **Тема:** «Кататонические синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам выявления кататонических синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления кататонических синдромов.

Уметь: выявлять кататонические синдромы.

Владеть: методами выявления кататонических синдромов.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике кататонических синдромов.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Кататонический синдром – это состояние психического расстройства с преобладанием нарушений в двигательной сфере, характеризующееся картиной заторможенности (ступор1) или возбуждения.

Кататонический ступор проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи). Различают ступор с явлениями восковой гибкости, негативистический ступор и ступор с оцепенением.

*Ступор с явлениями восковой гибкости (каталепсия) —* состояние, при котором любое изменение позы больного сохраняется более или менее продолжительное время. Как правило, явления восковой гибкости возникают сначала в мышцах жевательной мускулатуры, затем последовательно в мышцах шеи, верхних и нижних конечностей. Характерен «симптом воздушной подушки», при котором приподнятая над подушкой голова сохраняет приданное ей положение неопределенно долгое время. Исчезновение этих явлений происходит в обратном порядке.

Ступор с восковой гибкостью может переходить в ступор с негативизмом. Последний иногда предшествует наступлению ступора с оцепенением.

*Негативистический ступор* проявляется полной обездвиженностью больного, причем любая попытка изменить позу вызывает резкое напряжение мышц с противодействием. Нередко выделяют признаки пассивного и активного негативизма. При пассивном негативизме больные не выполняют инструкции, а при попытке заставить их произвести то или иное действие оказывают сопротивление, сопровождающееся повышением мышечного тонуса. При активном негативизме они не только сопротивляются предлагаемому действию, но и стремятся совершить противоположный двигательный акт.

*Ступор с оцепенением —* состояние резчайшего мышечного напряжения, при котором больные постоянно пребывают в одной и той же позе, чаще во внутриутробной: они лежат на боку, ноги согнуты в коленных суставах и прижаты к животу, руки скрещены на груди, голова прижата к груди, челюсти сжаты. Нередко у этих больных наблюдается симптом хоботка: губы вытянуты вперед при плотно сжатых челюстях. Для ступора с оцепенением характерны явления мутизма.

Кроме перечисленных видов ступора, выделяют субступорозные состояния с неполной обездвиженностью, нерезко выраженными явлениями восковой гибкости, частичным мутизмом.

Кататоническое возбуждение может быть экстатическим (растерянно патетическим), гебефреническим, импульсивным и немым (безмолвным).

*Экстатическое,* или *растерянно-патетическое, возбуждение* проявляется патетикой, экстазом. Больные принимают театральные позы, поют, декламируют стихи, на их лицах преобладает выражение восторга, проникновенности. Речь выспренна, непоследовательна. Возбуждение может прерываться эпизодами ступора или субступора.

*Импульсивное возбуждение* выражается в неожиданных, внезапных поступках. Больные внезапно вскакивают, куда-то бегут, стремятся ударить окружающих, впадают в состояние неистовой ярости, агрессии, застывают на непродолжительное время, вновь становятся возбужденными. В речи нередко преобладает повторение услышанных слов (эхолалия) или повторение одних и тех же слов (вербигерация).

*Гебефреническое возбуждение* характеризуется дурашливостью, гримасничаньем, нелепым, бессмысленным хохотом. Больные прыгают, кривляются, пляшут, неуместно плоско шутят, внезапно становятся агрессивными.

*Немое (безмолвное) возбуждение —* хаотическое, нецеленаправленное, безмолвное с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений. На высоте такого возбуждения движения больных становятся ритмическими, напоминают хореатические или атетоидные.

*Экстатическое возбуждение* обычно предшествует импульсивному, затем может смениться гебефреническим и иногда немым.

Кататонические состояния в зависимости от наличия или отсутствия помрачения сознания соответственно подразделяют на онейроидные и люцидные. Экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния развиваются при онейроидном помрачении сознания. Ступор с негативизмом и оцепенением свойствен люцидной кататонии. Развитие кататонических расстройств является показателем большой тяжести психического состояния

***Соматические симптомы.***

Нередко при кататоническом синдроме наблюдается упорный отказ от пищи, задержка кала и мочи. Невроло­гическая симптоматика представлена изменением формы зрачков, и неравномерностью и явлениями spasmus mobilis. Расстройства вегета­тивной нервной системы могут быть выражены весьма резко (сальность лица, слюнотечение, акроцианоз и т. п.).

*Кататонические синдромы при эндогенных психических заболеваниях*

Проявления кататонического синдрома в клинической картине ши­зофрении неоднородны. Выделяет люцидную кататонию, чисто двига­тельные психозы, кататонию с галлюцинаторным бредом, онейроидную кататонию. Люцидный вариант сам по себе неоднороден: он включает в себя ядерный вариант кататонии, протекающей без продуктивной симп­томатики с тенденцией к нарастающему дефекту, вплоть до полной ни­велировки личности.

В то же время облегченными вариантами люцидной кататонии мож­но считать чисто двигательные психозы, проявляющиеся чередовани­ем периодов кататонического ступора с кататоническим возбуждением. Интервалы между приступами от­личаются почти полным психическим здоровьем, ремиссии длитель­ные. Иногда приступ носит единичный характер или происходит два-три раза в жизни - это периодическая кататония. Пустое, нецеленап­равленное двигательное возбуждение с разорванностью мышления и аментивными эпизодами чаще наблюдается при люцидных вариантах кататонии.

Наличие в рамках кататонического возбуждения галлюцинаторной и бредовой симптоматики более характерно для кататонии с бредом и гал-люцинациями, а также для редуцированной онейроидной кататонии.

*Кататонические синдромы при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга*

Особенностью кататонических синдромов органической этиологии является их неразвернутость, кратковременность, транзиторность. На­пример, при отравлении угарным газом по выходе из комы часто на­блюдается резкое двигательное возбуждение с аффектом страха, зри­тельными и обонятельными галлюцинациями. В некоторых случаях развивается ступор, напоминающий кататонический. Однако, в отли­чие от шизофренического кататонического ступора, здесь не бывает вос­ковой гибкости и мутизма .

Отдельные кататонические проявления наблюдают­ся при энцефалитических психозах и психозах, возникающих в отдален­ном периоде черепно-мозговой травмы.

*Клинические варианты кататонического синдрома и его сочетания с другими синдромами*

Кататонический синдром встречается как изолированно, так и в сле­дующих сочетаниях с другими синдромами:

*Онеироидно-кататоническое состояние.* Для онейроидной ката-тонии характерны растерянно-патетическое возбуждение, субступорозные состояния и ступор с восковой гибкостью, сочетающиеся со сновидным помрачением сознания, наплывом фантастических образов и изменением восприятия окружающего. Несмотря на достаточно полное описание синдрома онейроидная кататония не всегда диагностируется в психиатрической практике. Бред и галлюцинации в структуре состоя­ния дают основание ставить этим больным ошибочный диагноз параноидной шизофрении, а при выраженности кататонических расстройств - кататонии. Это может приводить к терапевтическим ошибкам.

*Аментивно-кататоническое состояние.* Аментивноподобное воз­буждение, характерное для этого вида синдрома, следует за непродол­жительным, обычно не дольше нескольких дней состоянием типичного кататонического возбуждения. Аментивные проявления характеризуются возбуждением в пределах постели, речевой бессвязностью, кататонические - субступорозными и ступорозными эпизодами, изменчивос­тью мышечного тонуса, негативизмом, импульсивностью.

*Острое кататоно-параноидное состояние.* Развивается в струк­туре острого шизофренического приступа и характеризуется растерян­ностью, недоумением, повышением мышечного тонуса, негативизмом, разорванностью мышления, псевдогаллюцинациями, фрагментарными бредовыми расстройствами, не имеющими тенденции к систематиза­ции.

*Кататоно-гебефреническое возбуждение.* Кататоническая симп­томатика выражается в нецеленаправленных, хаотических, бессмыслен­ных действиях; гебефреническая - в отталкивающей «нечеловеческой» дурашливости с кривлянием, грубостью, злобной жестокостью, разор­ванностью, проявляющейся как в речи, так и во всех действиях.

*Смертельная кататония.* Смертельная кататония представляет со­бой неопределенный синдром, связанный с разнообразными органичес­кими и функциональными причинами. Клинические проявления синдрома сводятся прежде всего к резко выраженному кататоническому возбуждению. Состояние обычно начинается остро, без каких-либо пред­шествующих шизофренических симптомов, и сопровождается рядом соматических нарушений (геморрагии, изменения в кроветворной сис­теме, в частности в костном мозге, повышение температуры тел1).

*Возрастные особенности кататонических синдромов*

У маленьких детей к кататоноподобным относятся состояния бес­цельного возбуждения и акинезии. Возбуждение выражается в постоян­ном стремлении к ходьбе по кругу или маятникообразной ходьбе от пре­пятствия к препятствию. Возбуждение носит однообразный характер, не прерывается часами, сопровождается амбитендентностью и амбива­лентностью. На этом этапе расстраивается речь, она характеризуется монотонным повторением одних и тех же слов с необычными ударени­ем и интонациями. Состояния возбуждения спонтанно перемежаются с вялостью. Дети подолгу лежат в бездействии, забиваются под стол, под кровать или в тихий угол комнаты, иногда принимая вычурное по­ложение.

В юношеском возрасте гебефренно-кататонический синдром развивается постепенно или приходит на смену острому полиморфному синдрому или астенической спутанности. Но ему также может предшество­вать психопатоподобный дебют, особенно с картиной синдромов истероидного или неустойчивого поведения. В редких случаях синдром начинается остро с резкого кататонического поведения, за которым сле­дует состояние ступора, которое сменяют гебефренические симптомы .

К разнообразным кататоническим состояниям позднего возраста относятся тревожно-боязливое кататоническое возбуждение, кататоно-маниакальное возбуждение, кататонический ступор и субступор, хрони­ческое кататоно-галлюцинаторно-бредовое расстройство с выраженными шизофреническими изменениями личности.

При кататоническом инволюционном синдроме были выявлены следующие его особенности. В ката­тонических проявлениях нет явной безмотивности поступков. В бес­прерывных движениях, стремлении уйти из палаты находит выраже­ние не только двигательное возбуждение, но и сказывается влияние экфорированных бредовых идей виновности, отношения, преследова­ния, влияние галлюцинаторных расстройств. При субступорозных и ступорозных состояниях отсутствуют мышечная гипертония, оцепене­лость, восковая гибкость. Своеобразием этих состояний является их фрагментарность, непостоянство, временное восстановление тревожно-депрессивных или бредовых переживаний.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуются кататонический синдром?

2). Какие варианты кататонического ступора Вам известны?

3). Каковы варианты кататонического возбуждения Вам известны?

4). Назовите особенности кататонического синдрома при шизофрении?

5). Какие возрастные особенности кататонического синдрома Вы знаете?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ДЛЯ КАТАТОНИЧЕСКОГО СТУПОРА ХАРАКТЕРНО

1) эхолалия

2) выраженный депрессивный аффект

3) эхопроксия

4) длительное сохранения одной позы

5) гримасничанье

2. СТУПОР С ЯВЛЕНИЯМИ ВОСКОВОЙ ГИБКОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) немотивированный отказ выполнять инструкции

2) молчание в отношении всех

3) резкое напряжение мышц с противодействием при попытке изменить позу

4) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях

5) отказ от приема пищи

3. ГЕБЕФРЕНИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) дурашливостью, гримасничаньем

2) преобладания выражения восторга, экстаза

3) чувством сделанности

4) длительным сохранением одной позы

5) мутизмом

4. СОСТОЯНИЕ ОБЕЗДВИЖЕННОСТИ, КРАЙНЯЯ СТЕПЕНЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ЗАТОРМОЖЕННОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) паракинезия

2) ступор

3) каталепсия

4) негативизм

5) мутизм

5. СИМПТОМ ВОЗДУШНОЙ ПОДУШКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

1) кататонического

2) гебефренического

3) параноидного

4) парафренного

5) паранойяльного

6. ЭХОСИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА

1) кататонического

2) гебефренического

3) параноидного

4) парафренного

5) паранойяльного

7. АКТИВНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ ИЛИ ОТКАЗ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНСТРУКЦИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) каталепсия

2) негативизм

3) импульсивность

4) ступор

5) паракинезия

8. СИМПТОМОМ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) аутизм

2) негативизм

3) альтруизм

4) инфантилизм

5) пессимизм

9. ДЛЯ ОНЕЙРОИДНОЙ КАТАТОНИИ ХАРАКТЕРНО

1) растерянно-патетическое возбуждение, субступор, ступор.

2) сохранение всех видов ориентировки

3) отсутствие помрачения сознания

4) обстоятельность мышления

5) ретроградная амнезия

10. ЛЮЦИДНАЯ КАТАТОНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) чувством призрачности окружающего

2) как правило, ступором с негативизмом и оцепенением

3) нарушением отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях

4) утратой чувства действительности

5) помрачением сознания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6

**Задача№1**

Больной неподвижен, лежит в постели в неудобной позе с согнутыми и приведенными к туловищу конечностями. Мышечный тонус повышен. При попытке изменить положение его конечностей оказывает молчаливое сопротивление. На вопросы не отвечает, инструкции не выполняет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Для какого заболевания он характерен?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Мышечный гипертонус, активный негативизм, мутизм.

2. Кататонический синдром.

3. Расстройство двигательно-волевой сферы психической деятельности.

4. Характерен для шизофрении.

5. Имеются показания для недобровольной госпитализации – беспомощность больного (ст. 29, пункт 2 «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача№2**

Больной двигательно заторможен, словесному контакту недоступен – молчит. Временами спонтанно застывает в странной позе. Если больному искусственно придать неестественную позу: поднять обе руки и поднять ногу так, чтобы он оставался стоять на другой ноге, то больной остается в таком положении на продолжительное время.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Показана ли недобровольная госпитализация данному пациенту?

5. Чем регламентируется данный порядок госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Мутизм, явления восковой гибкости, пассивная подчиняемость.

2. Кататонический ступор с восковой гибкостью.

3. Расстройство двигательно-волевой сферы психической деятельности.

4. Да, показана, так как, пациент беспомощен, т. е. не способен осуществлять свои основные жизненные потребности.

5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Задача№3**

Больной стереотипно прохаживается вдоль стены, делая некоторое количество шагов. Пройдя в одну сторону, он останавливается, делает какой-то решительный жест, выкрикивает рифмованную фразу, круто поворачивается, проходит такое же количество шагов, вновь повторяет жест, выкрикивает прежнюю фразу, идет в обратную сторону. При попытках остановить оказывает бессмысленное сопротивление.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Какой синдром у пациента?
3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?
4. Для какого заболевания он характерен?
5. Показано ли стационарное лечение ?

**Эталон ответа**

1. Немотивированное двигательное возбуждение, стереотипии двигательные и речевые, активный негативизм.

2. Кататонический синдром, кататоническое возбуждение

3. Расстройство двигательно-волевой сферы психической деятельности.

4. Характерен для шизофрении.

5. Да, показано

**Задача№4**

Больной длительное время находится в состоянии двигательной заторможенности, при попытке его осмотреть и оказать помощь сопротивляется. На задаваемые вопросы не отвечает, плотно сжимает губы. После выхода из этого состояния подробно рассказывал о том, как с ним неоднократно пытался разговаривать врач, назвал его имя и отчество. Помнит окружающих его больных и обстановку в отделении.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Какой синдром у пациента?
3. Назовите вариант выявляемого синдрома?
4. Обоснуйте ответ на вопрос №3
5. Имеются ли основания для госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Ступор, активный негативизм, мутизм.
2. Кататонический ступор.
3. Люцидная кататония.
4. У пациента отсутствует амнезия на указанный период.
5. Да, обоснована будет недобровольная госпитализация.

**Задача№5**

Больная малоподвижна, большую часть времени находится в постели, на лице выражение страдания. На вопросы не отвечает, при настойчивых обращениях к ней закрывается руками. Такое состояние продолжалось в течение двух недель. После выхода из этого состояния рассказывала, что «видела», как истязают и казнят ее родных, наблюдала гибель города от землетрясения, активно принимала участие в спасении людей. Окружающую обстановку на этот период не помнит.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Какой выявляется синдром у пациентки?
3. Назовите вариант выявляемого синдрома?
4. Обоснуйте ответ на вопрос №3
5. Для какого заболевания она характерна?

**Эталон ответа**

1. Двигательная заторможенность, страх, негативизм.
2. Кататонический субступор.
3. Онейроидная кататония.
4. У пациентки отмечалось онейроидное нарушение сознания.
5. Характерна для шизофрении.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1).Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения симптоматику кататонического синдрома.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить нозологическую принадлежность выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Онейроидная кататония

2. Кататонический синдром при органической патологии головного мозга.

3. Гебефренический синдром.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.37. **Тема:** «Синдромы нарушенного сознания».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства сознания относятся к состояниям, требующим неотложной помощи. Обучающийся должен четко знать критерии нарушенного сознания, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам синдромов нарушенного сознания в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: критерии нарушенного сознания.

Уметь: выявлять синдромы снижения уровня сознания и синдромы помрачения сознания.

Владеть: методами обследования больного с нарушением сознания; способностью правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства; способами оказания неотложной помощи пациентам с расстройством сознания.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности ткмы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение критериев и видов нарушения сознания  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему занятия  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Сознание –** это высшая форма отражения человеком объективной реальности. Оно обеспечивает актуальное восприятие и познание внешнего мира и самого себя, способствует адаптации человека в окружающей среде и позволяет менять ее в соответствии со своими потребностями. Структура сознания имеет два уровня: предметное сознание и самосознание. Предметное сознание– способность ориентироваться во времени, месте, окружающей обстановке, отчетливое отражение объектов окружающего мира. Самосознание– способность ориентироваться в своей личности (осознание своего «Я»), своем месте в обществе и т.п.

**Критерии нарушенного сознания (по К. Ясперсу):**

- дезориентировка в месте, времени, реже – в собственной личности;

- отрешенность – неотчетливость восприятия окружающего;

- непоследовательность мышления, выраженная в разной степени;

- амнезияпериода нарушенного сознания, полная или частичная.

Нарушения сознания подразделяют на угнетения (непсихотические, непродуктивные, количественные) и помрачения (психотические, продуктивные, качественные) сознания.

***Количественные расстройства*** сознания включают в себя оглушение, сопор, кому.

*При оглушении* повышен порог восприятия всех внешних раздражителей. Окружающая обстановка не привлекает внимания, ориентировка неполная, смысл обращенной речи понимается не сразу, отмечается молчаливость, нередко безучастность; период расстроенного сознания больные обычно забывают. Чувствительность и рефлексы сохранены. Степени оглушения: *обнубиляция*, *сомноленция*, собственно *оглушение*. При оглушении выявляется обеднение психики.

*Сопор* **–** более глубокая степень расстройства сознания. Больные реагируют только на сильные внешние раздражители, такие, как боль. Рефлексы сохранены.

*Кома –* выражает самую глубокую степень расстройства сознания. Больные не реагируют на болевые раздражители, рефлексы отсутствуют, выявляются патологические рефлексы, рефлексы орального автоматизма, менингеальные знаки.

Количественные расстройства сознания встречаются при интоксикациях, черепно-мозговой травме, опухолях мозга, тяжелых соматических болезнях.

***Качественные нарушения сознания:***

***Делирий*** *—* вид помрачения сознания, клинически проявляющийся наплывом зрительных галлюцинаций, ярких чувственных парейдолий, резко выраженным двигательным возбуждением. Несмотря на то что в картине состояния преобладают зрительные галлюцинации, известное место в ней могут занимать вербальные галлюцинации, острый чувственный бред, аффективные расстройства.

Развитие делирия свидетельствует о наличии соматического заболевания, инфекции или интоксикации. Возникновение мусситирующего и профессионального делирия, как правило, является результатом одновременного развития нескольких вредностей: сочетания соматического или инфекционного заболевания с интоксикацией, а также следствием развития дополнительной экзогении у соматически ослабленных лиц.

***Аменция*** *—* помрачение сознания, при котором наблюдаются растерянность и инкогеренция (дезинтеграция), т.е. невозможность осмысления окружающего в обобщенном, целостном виде и невозможность оценки своей собственной личности. Характерно резко выраженное возбуждение, ограничивающееся пределами постели: больные совершают движения головой, руками, ногами, ненадолго успокаиваются, затем вновь становятся возбужденными. Настроение больных крайне изменчиво: они то плаксивы и сентиментальны, то веселы, то безразличны к окружающему. Речь их непоследовательна, бессвязна, состоит из набора существительных и глаголов конкретного содержания или отдельных слогов и звуков.

Возникновение аментивного состояния свидетельствует о чрезвычайно тяжелом соматическом состоянии больного. Аменция наблюдается при тяжелых формах соматических, инфекционных и неинфекционных заболеваний, реже при интоксикациях.

***Онейроидное (сновидное) помрачение сознания*** проявляется полной отрешенностью больного от окружающего, фантастическим содержанием переживаний, видоизменением и перевоплощением Я *(грезоподобный онейрои5)* или состоянием, при котором имеется причудливая смесь фрагментов реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных фантастических представлений *(фантастически-иллюзорный онейрои5).*

Онейроидное помрачение сознания чаще всего сопровождается кататоническими расстройствами в виде возбуждения или ступора.

***Сумеречное состояние*** характеризуется внезапным возникновением и внезапным разрешением состояния, глубокой дезориентировкой в окружающем, резко выраженным возбуждением или внешне упорядоченным поведением, наплывом различных видов галлюцинаций, острым образным бредом, аффектом тоски, страха и злобы.

После завершения периода помрачения сознания у больных развивается тотальная амнезия, лишь в некоторых случаях после выхода из болезненного состояния на протяжении нескольких минут или часов воспоминания о психотической симптоматике сохраняются (ретардированная амнезия).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение сознания.

2). Назовите критерии нарушенного сознания.

3). Перечислите и дайте характеристику количественным нарушениям сознания.

4). Назовите качественные расстройства сознания.

5). Дайте характеристику качественным нарушениям сознания.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) амбивалентность

2) галлюцинации

3) кататоническое возбуждение

4) отрешенность от окружающего мира

5) разорванность мышления

2. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дезориентировка

2) резонерство

3) каталепсия

4) псевдогаллюцинации

5) эхосимптомы

3. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) мутизм

2) нечеткость мышления вплоть до бессвязности

3) симптом капюшона

4) каталепсия

5) растерянность

4. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) парафрения

2) вербигерация

3) псевдореминисценция

4) амнезия периода психоза

5) амбитендентность

5. БЕЗУСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ УТРАЧЕНЫ ПРИ

1) сопоре

2) коме

3) обнубиляции

4) сомноленции

5) любом синдроме снижения уровня сознания

6. ВНЕЗАПНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РЕЗКОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) сопора

2) делирия

3) онейроида

4) сумеречное состояния сознания

5) любого типа помрачения сознания

7. ДЛЯ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРНО

1) оглушение

2) делирий

3) онейроид

4) сумеречное состояния сознания

5) любой тип помрачения сознания

8. ГРУБОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ С БЕССВЯЗНОСТЬЮ МЫШЛЕНИЯ, ПОЛНОЙ НЕДОСТУПНОСТЬЮ ДЛЯ КОНТАКТА, ОТРЫВОЧНЫМИ ОБМАНАМИ ВОСПРИЯТИЯ И ПРИЗНАКАМИ РЕЗКОГО ФИЗИЧЕСКОГО ИСТОЩЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) сопор

2) кома

3) онейроид

4) делирий

5) аменция

9. ПРИ КАТАТОНИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ СОЗНАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ НАРУШЕНО ПО ТИПУ

1) сопора

2) комы

3) онейроида

4) делирия

5) аменции

10. ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ПСИХОЗЕ СОЗНАНИЕ НАРУШАЕТСЯ ПО ТИПУ

1) сопора

2) комы

3) онейроида

4) делирия

5) аменции

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациент был госпитализирован в психиатрический стационар в состоянии ступора с восковой гиб­костью. Выявлял двойственную ориентировку («в космосе и, кажется, в больнице»), был трудно доступен контакту, погружен в свои переживания. При выходе из этого состояния он подробно рассказал, что испытывал чувство, как будто «поднялся» в стратосферу и «летел» над планетой. Под ним проплывали материки и моря, он «встречался с космонавтами, но не с земля­нами, а из других миров». В то же время он не мог рассказать, как был доставлен в больницу, что происходило с ним в пала­те, беседовал ли с ним врач.

1. Назовите синдром.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Какую форму заболевания можно предположить?

5. Какое течение заболевания можно предположить?

**Эталон ответа**

1. Онейроидный синдром.

2. Расстройство сознания.

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможно рекуррентное течение заболевания.

**Задача №2**

У больного с алкогольной зависимостью на третий день после прекращения запоя нарушился сон, появилась тревога; висящее на вешалке пальто принимал за незнакомца. При осмотре на следующий день: дезориентирован в месте и времени, но пра­вильно называет свою фамилию, паспортные данные. Больницу принимает за вокзал, окружающих лиц – за пассажиров. Вокруг себя видит белых мышей, собак; испытывает страх, пытается бежать.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Инсомния, тревога, иллюзии, дезориентировка в месте т времени, истинные зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение.

2. Делириозный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Алкогольный делирий.

5. Благоприятный в плане выхода из психоза, неблагоприятный для течения алкогольной зависимости – быстрое прогрессирование заболевания.

**Задача №3**

Больной сидит неподвижно. Веки полуопущены, взгляд невыразительный, сонлив. Иногда медленно молча шевелит губами, внезапно начинает говорить: «Лечу... Лечу... Как в ми­лицейской машине... Темно-то на Луне...». Периодически взгляд становится ясным, с удивлением смотрит на окружаю­щее. Не может понять, милицейская машина это или палата больницы. Врачу сказал, что находится на Луне, и, кажется, в больнице. Кратковременные периоды «просветления» сме­няются ступором с невозможностью контакта.

1. Назовите синдром.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Какую форму заболевания можно предположить?

5. Какое течение заболевания можно предположить?

**Эталон ответа**

1. Онейроидный синдром.

2. Расстройство сознания.

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможно рекуррентное течение заболевания.

**Задача №4**

Больной (по профессии электрик) лежит в постели, не отвечает на вопро­сы, что-то бормочет, лицо выражает то страх, то недоумение. Непрерывно совершает одни и те же движения, как будто протягивает провод. В окружающем не ориентируется. Из анамнеза известно, что он в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. В последний год диагностируют цирроз печени.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Мутизм, аффект недоумения, двигательное возбуждение в пределах постели, истинные галлюцинации, отсутствие ориентировки в месте и времени.

2. Делириозный синдром (профессиональный делирий).

3. Расстройство сознания.

4. Алкогольный делирий.

5. Неблагоприятный.

**Задача №5**

Больной среди ночи внезапно встает с постели и с от­крытыми глазами, с отсутствующим выражением лица ходит по комнате, открывает шкафы, ящики столов, перебирает вещи, как будто что-то ищет. Однажды в таком состоянии открыл окно, залез на крышу и ходил по краю без всяких признаков страха. Родственники сообщают, что попытки раз­будить больного в этом состоянии ни к чему не приводят, кон­такт с ним невозможен. Сам больной о своих ночных похожде­ниях ничего не помнит.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Эквивалентом какого состояния является?

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, преимущественно при эпилепсии.

4. Является эквивалентом судорожного приступа.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить и оценить расстройства сознания.

2). Уметь выявить соматические расстройства при синдромах нарушенного сознания.

3). Уметь выявить неврологические расстройства при синдромах нарушенного сознания.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Коматозные состояния.

2. Клинические варианты делирия.

3. Сумеречное состояние сознания.

4. Исключительные состояния в психиатрии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.38. **Тема:** «Аментивные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства сознания относятся к состояниям, требующим неотложной помощи. Обучающийся должен четко знать критерии нарушенного сознания, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам аментивных синдромов в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: критерии нарушенного сознания.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с нарушением сознания, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин

Владеть: методами обследования больного с нарушением сознания; способностью правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства; способами оказания неотложной помощи пациентам с расстройством сознания.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления аментивных синдромов помрачения сознания |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств, связанных с помрачением сознания.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Клинические варианты аментивного синдрома».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

***Аменция*** *—* помрачение сознания, при котором наблюдаются растерянность и инкогеренция (дезинтеграция), т.е.невозможность осмысления окружающего в обобщенном, целостном виде и невозможность оценки своей собственной личности. Характерно резко выраженное возбуждение, ограничивающееся пределами постели:больные совершают движения головой, руками, ногами, ненадолго успокаиваются, затем вновь становятся возбужденными. Настроение больных крайне изменчиво: они то плаксивы и сентиментальны, то веселы, то безразличны к окружающему. Речь их непоследовательна, бессвязна, состоит из набора существительных и глаголов конкретного содержания или отдельных слогов и звуков. Имеется определенная корреляция между характером аффекта и содержанием высказываний больных: при пониженном настроении произносимые слова отражают печаль, грусть; если настроение у больных повышенное, речь изобилует словами, выражающими радость, удовольствие, удовлетворение. В течение дня, чаще в вечернее и ночное время, наблюдаются отдельные зрительные галлюцинации и иллюзии, эпизоды образного бреда или признаки делириозного помрачения сознания. На высоте аменции могут развиваться кататонические расстройства в виде возбуждения или ступора, хореиформные проявления или симптом корфологии (обирания).

Для аменции характерны также непродолжительные состояния с исчезновением возбуждения, развитием картины астенической прострации, нередко сопровождающиеся частичной ориентировкой в окружающем и формальным контактом. Эти состояния, как и весь период аментивного помрачения сознания, больным амнезируются.

Ряд современных исследователей полагают, что аменция является крайним и наиболее тяжелым вариантом мусситирующего делирия. Сходство некоторых признаков психопатологической картины таких состояний позволяет считать эту позицию заслуживающей внимания.

Возникновение аментивного состояния свидетельствует о чрезвычайно тяжелом соматическом состоянии больного. Аменция наблюдается при тяжелых формах соматических, инфекционных и неинфекционных заболеваний, реже при интоксикациях.

Аменция развивается на фоне тифа, сепсиса, гриппа, болезни Боткина, сердечной недостаточности, волчанки и других патологий. Как правило, при этом действуют такие предрасполагающие факторы, как предшествующее длительное заболевание, голодание, физическое и/или психическое истощение.

Кроме того, аментивный синдром может стать следствием интоксикации организма, развивающейся в результате воздействия ядов, лекарственных препаратов, алкоголя и других веществ, губительно влияющих на головной мозг. Например, при длительном злоупотреблении алкоголем возникает алкогольная аменция.

Аментивный синдром следует отличать от аментивноподобных состояний, которые могут наблюдаться при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, а также при сосудистых и атрофических изменениях в старческом возрасте.

Аментивный синдром часто следует за делириозным или сменяется им. Эти состояния протекают без светлых интервалов. Аменция может длиться от нескольких часов до 2-3 недель, это определяется тяжестью соматического заболевания.  
Аментивное состояние при тяжелом инфекционном заболевании необходимо дифференцировать с кататоническим синдромом при шизофрении. Кататонию характеризуют подвижность, резкая импульсивность, негативистичность, высокопарность содержания высказываний больных, причудливость речи, аллегоричность. При успокоении в случае кататонии появляются негативистическая недоступность и усиление импульсивности при утяжелении болезненных проявлений.  
Возбуждение при аменции ограничивается пределами постели. Облик и поведение больных свидетельствуют о беспомощности. Речь при аменции бессвязная. Больные говорят то оживленно, то тон их речи становится плачущим. Временное успокоение аменции сменяется так называемой адинамической депрессией.

***Аментивные синдромы при инфекционных и других соматических заболеваниях:***

*Крупозная пневмония.* Аментивный синдром возникает на спаде лихорадки, без предшествующего продромального периода, протекает бурно, с глубоким нарушением сознания, оглушенностью при отсутствии галлюцинаций и ступорозных состояний.

• *Грипп.* Проявления аменции отмечаются при спаде лихорадке на фоне астении и предшествующего депрессивно-ипохондрического симптомокомплекса. Возникают спутанность сознания, бессвязность мышления, эпизодические зрительные обманы, нестойкие ступорозные состояния с депрессивным налетом.

• *Малярия.* При малярии к симптомам нарушения сознания присое­диняются маниакальные и депрессивные аффективные расстройства. Маниакальный аффект, как правило, бывает обусловлен акрихиновой интоксикацией. Депрессия встречается реже, протекает с растеряннос­тью, беспомощностью, адинамией. Двигательная заторможенность сме­няется тревожной ажитацией, суетливостью. При малярийном энцефа­лите аментивное состояние сменяется длительной астенией. У детей, больных малярией, аментивные проявления сопровождаются делириозными включениями.

• *Острая и хроническая почечная недостаточность.* Симптоматика лишена живости, колорита, галлюцинации и бред отсутствуют. Наибо­лее отчетливы проявления оглушения со стереотипными движениями. При относительно неглубокой декомпенсации возникают делириозно-аментивные состояния.

• *Закрытая черепно-мозговая травма.* Симптоматика зависит от ло­кализации мозгового повреждения. При преимущественном поражении правого полушария наступающая по выходе из комы спутанность ха­рактеризуется дезориентировкой в месте, времени и грубо выраженным речедвигательным возбуждением. Спутанность у больных с поражени­ем левого полушария выражается в сочетании речедвигательного бес­покойства с растерянностью, тревожностью, суетливостью, недоумени­ем.

***Аментивный синдром при фебрильной шизофрении***

Приступы, протекающие с аментивноподобным возбуждением, при фебрильной шизофрении описаны А.С.Тигановым (1982). Они возника­ют вслед за непродолжительными состояниями кататонического возбуж­дения и характеризуются:

1) хаотичными, нецеленаправленными действи­ями в пределах постели;

2) речевой бессвязностью с произнесением отдельных слов, слогов, включая обрывки фраз, сказанных окружающи­ми;

3) симптомом «обирания», когда больные теребят простыню, одежду, ловят в воздухе несуществующие предметы;

4) кататоническими расстрой­ствами: субступорозными и ступорозными эпизодами, изменчивостью мышечного тонуса, негативизмом, импульсивностью;

5) отсутствием из­менчивости аффекта;

6) высказываниями фантастического содержания;

7) повышением температуры тела до 40°С, резким истощением больных.

***Клинические варианты аментивного синдрома и его сочетания с другими синдромами***

Аментивный синдром наряду с делирием, эпилептическим возбуж­дением, сумеречным состоянием и галлюцинозом входит в число пяти описанных K.Bonhoeffer (1909) экзогенных типов реакций. В сложной картине экзогенно-органических психозов аменция сочетается, прежде всего, с синдромами нарушенного сознания. О.В.Кербиков считает делирий и аменцию отдельными синдромами, отмечал их взаимопро­никновение и взаимоизменение в зависимости от тяжести заболевания Он писал, что характерные черты делирия являются вторичными для аменции, и наоборот. По мере развития психоза главные и второстепен­ные признаки меняются местами, формируются качественно различ­ные его картины.

Выделены следующие варианты аментивного синдрома:

1) *аментивно-делириозный*

2) *аментивно-параноидный*

3) *аментивно-маниакалъный*

4) *аментивно-депрессивныи*

5) *аментивно-истерический*

6) *аментивно-ступидный (лат.* stupiditas — слабоумие)

Наиболее тяжелым, часто приводящим к смертельному исходу со­стоянием является *delirium acutum (мания Белл1),* представляющее со­бой сочетание глубокого помрачения сознания аментивно-онейроидного типа с непрерывным двигательным возбуждением, вегетативно-невро­логическими и обменными нарушениями.

***Возрастные особенности аментивных синдромов***

У детей младшего возраста развернутых картин аментивного синд­рома не наблюдается. Аментивное помрачение сознания у них проявля­ется в виде кратковременных эпизодов неглубокой психической спутан­ности, непоследовательности, недостаточной связности психических процессов, прежде всего мышления. Отмечается аффект недоумения.

Типичный аментивный синдром с хаотичным двигательным возбуж­дением, бессвязностью мышления, отрывочными обманами восприя­тия встречается в подростковом возрасте. Астеническая спутанность, описанная у подростков, про­является растерянностью, затруднением понимания происходящих событий, выраженным утомлением при малейшем психическом напряже­нии. Бредовые идеи отрывочны, фрагментарны, спровоцированы ситуаци­ей и часто забываются.

Аментивный синдром, возникающий при экзогенных психозах в стар­ческом возрасте, имеет некоторые особенности: значительно реже встре­чаются маниакальные и кататонические формы синдрома, меньше выражены и реже выступают галлюцинаторные феномены. Отмечается усиление спутанности к вечеру и к ночи; однообразные и скудные по со­держанию бредовые высказывания преимущественно касаются идей ущерба. У ряда больных выход из аментивного состояния происходит через затяжную астению.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Назовите критерии нарушенного сознания.

2). Дайте определение аменции.

3). Назовите характерные клинические признаки аменции.

4). Назовите варианты аментивного синдрома.

5). Перечислите возрастные особенности аментивного синдрома.

6). Назовите клинические признаки, характерные для аментивного синдрома при фебрильной шизофрении.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) амбивалентность

2) галлюцинации

3) кататоническое возбуждение

4) отрешенность от окружающего мира

5) разорванность мышления

2. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дезориентировка

2) резонерство

3) каталепсия

4) псевдогаллюцинации

5) эхосимптомы

3. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) мутизм

2) нечеткость мышления вплоть до бессвязности

3) симптом капюшона

4) каталепсия

5) растерянность

4. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) парафрения

2) вербигерация

3) псевдореминисценция

4) амнезия периода психоза

5) амбитендентность

5. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ ОПИСАЛ

1) В.П.Осипов

2) В.М.Бехтерев

3) Э.Крепелин

4) К.Ясперс

5) Е.Блейлер

6. ТЕТРАДА ЯСПЕРСА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) нарушение внимания

2) нарушение ориентировки

3) нарушение влечений

4) нарушение моторики

5) нарушение воли

7. ТЕТРАДА ЯСПЕРСА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1)нарушение внимания

2) нарушение воли

3) нарушение восприятия

4) нарушение моторики

5) нарушение влечений

8. К СИНДРОМАМ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) психоорганический синдром

2) синдром психического автоматизма

3) Корсаковский синдром

4) кататонический синдром

5) аменция

9. ДЛЯ АМЕНЦИИ ХАРАКТЕРНО

1) наличие психических автоматизмов

2) пароксизмальность возникновения и окончания

3) наличие длительных истощающих соматических заболеваний

4) эйфория

5) развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания

10. ДЛЯ АМЕНЦИИ ХАРАКТЕРНО

1) эйфория

2) наличие психических автоматизмов

3) парксизмальность возникновения и окончания

4) полная амнезия пережитого

5) развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей.. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения не­ожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Какой фактор является предраспологающим для развития данного состояния?

5. Какое течение заболевания можно предположить?

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка, бессвязность мышления, отрывочные галлюцинации, беспорядочное возбуждение.

2. Аментивный синдром.

3. Сознание.

4. Астения, тяжелая психическая и физическая слабость.

5. Прогноз благоприятный при адекватном лечении. В тяжелых случаях– длительное астеническое состояние или хронический психоорганический синдром.

**Задача №2**

Больная 20 лет с диагнозом «острый малярийный психоз» находится в больнице вторую неделю. Беспокойна, на вопросы не отвечает. Пример спонтанной речи: «Делегаты почетные...а ты пришел сюда... переменил белый костюм... Не можешь… руководить... садись... может учить еще лучше... зачет... отчет... где еще...».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Какой фактор является предраспологающим для развития данного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка, бессвязность мышления, отрывочные галлюцинации, беспорядочное психомоторное возбуждение.

2. Аментивный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Тяжелая психическая и физическая слабость вследствие малярии

5. Прогноз благоприятный при адекватном лечении. В тяжелых случаях– длительное астеническое состояние или хронический психоорганический синдром.

**Задача №3**

Спонтанная речь больного с помрачением сознания: «Делегаты почтенные… а ты пришел сюда… переменил белый костюм… не можешь руководить… садись… может учет лучше…».

1. Назовите психопатологический симптом.

2. В структуру какого синдрома входит данный симптом.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Какой фактор является предраспологающим для развития данного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Инкогеренция.

2. Аментивный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Тяжелая психическая и физическая слабость.

5. Прогноз благоприятный при адекватном лечении. В тяжелых случаях– длительное астеническое состояние или хронический психоорганический синдром.

**Задача №4**

Больная лежит в постели размахивая руками, пере­ворачивается, ложится поперек кровати, принимает неесте­ственные неудобные позы, в которых иногда застывает на короткое время, В словесный контакт не вступает. Иногда улыбается, как бы прислушиваясь к чему-то. Речь бессвязная. У больной температура 38°, запекшиеся губы, язык обложен, тахикардия. По выходе из этого состояния больная ничего не помнила о своих болезненных переживаниях.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности они относится?

4. Поставьте диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Мутизм, двигательное возбуждение в пределах постели, истинные галлюцинации, дезориентировка, бессвязность мышления, амнезия болезненных переживаний, каталепсия, гипертермия, тахикардия.

2. Аментивный, кататонический синдромы.

3. Сознание, двигательно-волевая сфера психики.

4. Фебрильная кататония.

5. Неблагоприятный.

**Задача №5**

Девочка 12 лет, заболела инфекционным мононуклеозом. В течение 2-х дней температура поднималась до 40 градусов. Отмечается беспокойство в пределах постели. Не может понять где находится, какой сегодня день. Боится ковра на котором видит дракона, считает, что занавеска на окне «живая», разговаривает с невидимыми подружками, «которые принесли домашнее задание», уверяет, что завтра должна сдавать экзамены. На фоне нарастающей тревоги и страха периодически речь становится бессвязной, глаза широко и удивленно раскрыты.

1.Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Какой фактор является предраспологающим для развития данного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Хаотичное психомоторное возбуждение в пределах постели, дезориентировка, истинные галлюцинации, инкогеренция.

2. Аментивно-делириозный.

3.Сознание.

4.Астения, психическая и физическая слабость.

5. Благоприятный при адекватном лечении.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, четко зная критерии нарушенного сознания.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между аментивными синдромами при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Клинические варианты аментивного синдрома.

2. Аментивный синдром при лихорадочных состояниях различного генеза.

3. Аментивный синдром при ЧМТ.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.39. **Тема:** «Делириозные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства сознания относятся к состояниям, требующим неотложной помощи. Обучающийся должен четко знать критерии нарушенного сознания, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств сознания в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать критерии нарушенного сознания.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с нарушением сознания, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больного с нарушением сознания; способностью правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства; способами оказания неотложной помощи пациентам с расстройством сознания.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств сознания.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Инфекционные делирии».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ (лат. delirare бредить, безумствовать; син.: делирий, лихорадочный бред, горячк1) — один из этапов развития интоксикационных или инфекционных (симптоматических) психозов, в отдельных случаях может один исчерпывать весь психоз (белая горячка — delirium tremens); самая частая форма экзогенного типа реакции. Психопатологически делириозный синдром представляет собой галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения и сохранностью самосознания.

**Причины делирия**:

* Употребление химических веществ: анестетики, алкоголь, наркотики. Гипоксия.
* Соматические заболевания.
* Заболевания ЦНС.
* Нарушение сна.
* Отмена наркотиков.
* Новообразования.
* Почечная или печеночная недостаточность.
* Гипергликемия.
* Гипертиреоз.
* Различные инфекции.
* Послеоперационный период.
* Отравление АКТГ, что бывает достаточно редко.
* Болезни, сопровождающиеся повышением температуры: малярия, пневмония, стрептококковая септицемия, брюшной тиф, ревматизм. Сосудистые, травматические или опухолевые повреждения головного мозга, особенно верхних отделов ствола и височных долей.
* Субарахноидальное кровоизлияние.
* Острый туберкулезный или бактериальный менингит.  
  Менингоэнцефалит, особенно герпетический.
* Вирусный энцефалит.
* Белая горячка (абстинентный алкогольный синдром).
* Отмена барбитуратов и других седативных средств, которые человек долго принимал.
* Послеприпадочный делирий.
* Лекарственная интоксикация камфорой, скополамином, алкалоидами спорыньи, атропином, фенамином и пр.
* Нарушение питания, дегидратация.
* Тяжелый эмоциональный стресс или нарушенный сон.
* Лихорадка у ребенка.
* Следствие анестезии.

*Для делирия*(при экзогенных психозах) характерно:

- наплыв зрительных галлюцинаций (зоогаллюцинации, устрашающие, сценоподобные, внушенные); с других органов чувств в меньшем количестве. В первые часы преобладают зрительные галлюцинации (истинные), на высоте психоза появляются слуховые, тактильные;

- дезориентировка в месте и времени («я» сохранено) – в зависимости от переживаний;

- отдельные идеи преследования. Т.к. галлюцинации неприятные, то развиваются бредовые идеи параноидного типа, бред поддерживается галлюцинациями;

- лабильность эмоций: удивление, любопытство, отвращение, удивление и т.д. Как правило, сначала появляется эйфория, в последующем – страх до ужаса;

- психомоторное возбуждение (зависит от переживаний). Больной является участником событий;

- ухудшение к ночи;

- «окна» в течении делирия – благоприятный признак;

- отсутствие амнезии, особенно на галлюцинаторные переживания, т.к. сохраняется самосознание;

- длительность 3-7 дней;

- прогноз неблагоприятный – после перенесенного алкогольного делирия основное заболевание течет катастрофически, быстро приводя к деградации личности.

Стадии развития делирия:

1 – расторможенность, эйфоричность и говорливость (предделириозная стадия);

2 – парейдолическая – наплыв иллюзий (гипнагогический делирий);

3 – стадия истинных галлюцинаций – собственно делирий;

4 – мусситирующий (шепотный) делирий – беспорядочное возбуждение в пределах постели. Больной обирается, речь невнятная, нарастает состояние оглушения, стираются психопродуктивные расстройства; в дальнейшем развивается кома, часто приводящая к смерти.

*Делириозные синдромы при интоксикациях*

• *Алкогольный делирий.* Основными симптомами алкогольного делириозного синдрома являются яркие зрительные галлюцинации и иллюзии, двигательное возбуждение, нарушение сознания и выраженный аффект страха. Его течение во многом совпадает с течением описанного в 1886 г. врачом-интернистом C.Liebermeister «лихорадочным» делирием. Отличительная особенность алкогольного делирия —относительно синтонное поведение. Психотические изменения усиливаются к вечеру или к ночи, затухая к утру. При углублении делириозных расстройств нарастают оглушение, изменения в соматической сфере, появляется выраженная неврологическая симп­томатика. Возникает делирий с профессиональным бредом и делирий с бормотанием (мусситирующий делирий).

Кроме «классического», различают редуцированные делирий: гипнагогический, гипнагогический с фанта­стическим содержанием, «делирий без делирия» (преобладание рас­стройств сна, вегетативной симптоматики, растерянности при единич­ных галлюцинаторных проявлениях), абортивный.

***Гипнагогический делирий***ограничивается многочисленными, яркими, в ряде случаев сценоподобными сновидениями или зрительными галлюцинациями при засыпании и закрывании глаз. Сопровождается нерезким страхом, реже аффектом удивления и соматовегетативными симптомами. В ряде случаев при возникновении галлюцинаций больные переносятся в иную, созданную этими расстройствами обстановку. При открывании глаз или пробуждении критическое отношение к болезненным симптомам и ориентировка иногда восстанавливаются не сразу, и в соответствии с этим нарушается поведение больных. Гипнагогический делирий длится 1—2 ночи и может смениться иными делириозными картинами или формами острых металкогольных психозов.

***Гипнагогический делирий фантастического содержания*** называют гипнагогическим ониризмом. Отличается фантастическим содержанием обильных чувственно-ярких зрительных галлюцинаций, сценоподобностью галлюцинаторных расстройств с последовательной сменой одной ситуации другой.

***Делирий без делирия*** во многом соответствует описанному J. Salum (1972) синдрому дрожания. Возникает остро. Преобладает суетливое возбуждение с выраженным тремором и потливостью. Сенсорные и бредовые расстройства отсутствуют или рудиментарны. Бывает преходящая дезориентировка в окружающем. Делирий длится 1—3 дня. Возможен переход в развернутые делириозные состояния.

***Абортивный делирий***определяется развитием необильных, а в ряде случаев единичных зрительных иллюзий и микропсических галлюцинаций, не создающих впечатления определенных, а тем более законченных ситуаций, как при развернутых формах делирия.Встречаются акоазмы и фонемы. Преобладает однообразный аффект тревоги или страха. Рудиментарные бредовые расстройства (недоверие, подозрительность, опасения) в некоторых случаях сопровождаются бредовой защитой. Возникает непродолжительное двигательное возбуждение. Ориентировка во времени может быть нарушена. Продолжительность не превышает 1 сут.  
•*Атропиновый делирий.* Возникает при отравлении атропином, одними из ранних признаков которого являются резкое расширение зрач­ков, учащение пульса и дыхания. Сознание глубоко нарушается, появ­ляются спутанность, выраженное психомоторное возбуждение. Обма­ны восприятия представлены зрительными, слуховыми и осязательными галлюцинациями, более однообразными и не носящими характер мно­жественности, как при белой горячке. В структуру синдрома входят также аффективные вспышки, бред отношения.

•*Делирий при отравлении тетраэтилсвинцом.* Первыми признаками психоза являются слабость, невыносливость к яркому свету и шуму. Развивается бессонница, появляются кошмарные сновидения и устра­шающие гипнагогические галлюцинации. Возникает симптом — ощущение присутствия инородного тела во рту (волос, нитей, щепочек). Переход в стадию делирия незаметен и начинается с ярких зрительных связанных с профессией галлюцинаций, сочетающихся с чувством сильнейшего страха и двигательным возбуждением. При тяжелых отравлениях нарастает оглушение, доходящее до коматозного состояния.

*Инфекционные делирии*

E.Kraepelin (1912) обратил внимание на то, что инфекционные психозы отличаются от интоксикационных характером и структурой ведущего психопатологического синдрома. Инфекционные делирии сопровожда­ется глубоким нарушением сознания, «лоскутными», не укладыва­ющимися в систему галлюцинаторными переживаниями.

*Европейский сыпной тиф.* Психоз начинается с ажитации, легкой эйфории. Затем, к 8-9-му дню, самочувствие больных ухудшается, раз­вивается картина делирия. Появляется дезориентировка в месте, времени, окружающем, на первый план выступают множественные зрительные галлюцинации. Характерно «галлюцинаторное движение»: больные куда-то едут, проваливаются, поднимаются в воздух.

*Брюшной тиф.* Делириозные проявления появляются на второй не­деле болезни. Отмечается затемнение сознания, зрительные галлюци­нации, страх, тревога, двигательное возбуждение. Делирий при брюш­ном тифе быстро проходит, однако при тяжелых формах переходит в состояние сопора.

*Грипп.* Делирий менее характерен для гриппозных психозов, чаще его отдельные элементы как бы вкрапливаются в картину аменции. Зри­тельные галлюцинации отличаются яркостью, подвижностью, отрывоч­ностью.

*Крупозная пневмония*. Наиболее легкие случаи психозов протекают в форме «гипнагогического» делирия, наиболее тяжелые — в форме «мусситирующего». «Гипнагогический» делирий проявляется главным образом в вечерние и ночные часы, но в это время больных можно на время «разбудить», отвлечь от галлюцинаторных переживаний. Днем эти больные нередко спокойны и ориентированы в окружающем. Отмечается нарушение ориентировки во времени и обстановке, больные поглощены быстро сменяющимися галлюцинаторными переживаниями. Часто встречаются мелкие, подвижные галлюцинаторные образы: мелкие животные, насекомые и т. п. (микрозооптические галлюцинации), иногда звери, чудовища (макрозооптические галлюцинации). Обращает на себя внимание возбуждение более слабое двигательное, что связано с тяжелым соматическим состоянием пациентов.

Продолжительность делирия - 3 суток, после прекращения психоза длительное время наблюдается астения, поддерживаемая и основным соматическим заболеванием. Нередко делирий начинается после нормализации температуры.

***Делириозные синдромы при повреждениях головного мозга***

• *Делирий, возникшие в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы.* Характеризуются множественными зрительными галлюцина­циями в виде надвигающихся на больного толп людей, транспортных средств. Галлюцинаторные переживания сопровождаются возбуждени­ем, защитными действиями. В ряде случаев возникает бедный сенсорны­ми расстройствами профессиональный делирий.

• *Делирий при ожоговой болезни.* Делириозные состояния у обож­женных протекают атипично. Не выражена фаза общей гиперестезии. Большинство больных к галлюцинаторным переживаниям относятся спокойно. Состояния тревоги и страха кратковременны. Характерной особенностью психотических состояний у обожженных является чередо­вание онирических и делириозных компонентов наряду с оглушенностью. При тяжелом течении возникают делириозно-аментивные состояния.

***Делириозные синдромы при соматических заболеваниях***

Делириозные расстройства при соматических заболеваниях носят эпизодический характер, иногда проявляясь в виде абортивных делириев. Они нередко сочетаются с оглушением или с онирическим синдромом.

Для тяжелых соматических заболеваний характерны профессиональ­ный и мусситирующий делирий с переходом в кому. При ряде заболе­ваний печени, почек, сердца, желудочно-кишечного тракта с тяжелым течением наблюдается «тихий» делирий, при котором больные мало­подвижны, находятся в однообразной позе, безразличны к окружающему, что-то бормочут. Нередко эти состояния сменяются возбуждением с наплывом красочных, ярких, сценоподобных галлюцинаций.

***Клинические варианты делириозных синдромов***

***и их сочетания с другими синдромами***

Делириозные синдромы встречаются как при органических, так и при реактивных психозах *(истерический делирий)*, однако наиболее развернуто они прояв­ляются при заболеваниях алкогольной этиологии.

Последовательность смены и сочетаний психопатологических синд­ромов прослеживается в течении белой горячки (delirium tremens), кото­рая традиционно отождествляется с делирием. Между тем, установле­но, что делирий не исчерпывает ее клинической картины. В структуре психоза встречаются картины практически всех экзогенных типов ре­акции: делирий, галлюциноз, эпилептиформные синдромы, корсаковский синдром, астения, аменция и кома.

Начальная стадия представлена абстинентным (дисфорическим) синдромом; средняя стадия — синдромом вербального галлюциноза, эпилептиформными реакциями, классическим делирием, гиперкинетическим и мусситирующим делирием, онирическим синдромом, кома­тозным состоянием; исходная стадия — корсаковским синдромом, резидуальным бредом, резидуальным галлюцинозом, астеническим синдромом.

Течение делирия при белой горячке также лишено однородности, его атипичность, признаваемая не всеми специалистами, проявляется во включении в клиническую картину синдрома Кандинского — Клерамбо. На высоте делириозных переживаний иногда появляются фрагментарные проявления психического автоматизма в форме псевдогаллюцинаций слуха, насильственного мышления, задержки мыслей, симптома откры­тости. Эти явления не отличаются большим клиническим разнообразием, богатством и стойкостью, как при шизофрении. Они кратковременны и исчезают по миновании делирия.

Клиническая систематика алкогольного делирия включает в себя:

1) *гипнагогический делирий;*

2) *гипнагогический онейроид;*

3) *класси­ческий вариант алкогольного делирия;*

4) *острый алкогольный делирий с синдромом психического автоматизма Кандинского — Клерамбо;*

5) *острый алкогольный делирий с бредом ревности;*

6) *острый алко­гольный делирий с ротоглоточными галлюцинациями (присутствие инородного тел1);*

7) *острый алкогольный делирий с онейроидным помрачением сознания и синдромом психического автоматизма Кандин­ского —Клерамбо;*

8) *острый алкогольный делирий с онейроидным по­мрачением сознания и бредом ревности;*

9) *острый алкогольный делирий с онейроидным помрачением сознания и ротоглоточными галлюци­нациями присутствия инородного тела*.

Следует отметить, что включение аментивных, онирических, онейроидных компонентов в структуру делирия не только привносит новые особенности проявления психоза, но видоизменяет, иногда атипизирует собственно делириозную симптоматику, формирует новые клинические варианты делириозного синдрома: *делириозно-аментивный, делириозно-онирический, делириозно-онейроидный*.

*Возрастные особенности делириозных синдромов*

У детей развитие делирия чаще всего ограничивается предделириозной и гипнагогической стадией, реже отмечаются истинные зрительные галлюцинации. Обычно на фоне возбуждения в виде беспокойства, тре­вожности, гиперестезии появляются устрашающие зрительные иллюзии, дополненные зрительными гипнагогическими галлюцинациями: составляющие их содержание калейдоскопические яркие образы не обяза­тельно устрашают. Возникая перед засыпанием, гипнагогические галлюцинации продолжаются во снах, из-за чего затрудняется дифферен-цировка обманов восприятия и образов сновидений. Чем младше ребе­нок, тем больше обозначена вероятность рудиментарного протекания делирия. Ориентировка у детей нарушена не так грубо, как у взрослых. По миновании психотического состояния в памяти остаются фрагменты как реальных событий, так и делириозных переживаний.

Истинные делириозные состояния у пациентов старше 60 лет по своим клиническим проявлениям мало отличаются от аналогичных состояний в молодом возрасте. Отличия заметны лишь при наличии других психи­ческих расстройств. Так, при нарастающей деменции галлюцинаторные переживания менее ярки, более однотипны, менее выражен страх. Иные клинические особенности наблюдаются у больных старше 75 лет с «лож­ным» делирием. Он выражается ярким оживлением жизненных событий прошлого, со сновидными переживаниями и соответствующим поведе­нием. Во время «ложного» делирия нарушается ориентировка в месте, времени и окружающем, возникают озабоченность, единичные ил­люзорные восприятия. «Ложные» делирии проявляются в период между сном и бодрствованием.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение делириозного синдрома.

2). Назовите причины делирия.

3). Перечислите стадии развития делирия.

4). Какие варианты делирия, кроме «классического», различают еще?

5). Чем характеризуется делириозный синдром при крупозной пневмонии?

6). Чем характеризуется делириозный синдром при ожоговой болезни?

7). Назовите возрастные особенности делириозных синдромов.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. О КРАЙНЕЙ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1) наличие псевдогаллюцинаций

2) возбуждение в пределах постели

3) бред преследования

4) негативизм

5) мутизм

2. К КАЧЕСТВЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ СОЗНАНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) делирий

2) сопор

3) обнубиляция

4) кома

5) оглушение

3. ХАРАКТЕРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ СОЗНАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) сопор

4. ХАРАКТЕРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ СОЗНАНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) сопор

5. СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) реакций экзогенного типа

2) психоорганического синдрома

3) Корсаковского синдрома

4) синдрома Кандинского-Клерамбо

5) дисфренического синдрома

6. АЛЛОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗОРИЕНТИРОВКА – ЭТО

1) нарушение ориентировки в окружающем

2) непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта

3) замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества

4) нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью

5) дезориентировка в собственной личности

7. РАСТЕРЯННОСТЬ (АФФЕКТ НЕДОУМЕНИЯ) – ЭТО

1) чрезмерная подвижность внимания

2) нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов

3) неистовое возбуждение

4) мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое

5) тягостное для пациента состояние хаотичного потока мыслей

8. МУЧИТЕЛЬНОЕ НЕПОНИМАНИЕ БОЛЬНЫМ СВОЕГО СОСТОЯНИЯ, КОТОРОЕ ОСОЗНАЕТСЯ КАК НЕОБЫЧНОЕ, НЕОБЪЯСНИМОЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) растерянностью

2) символическим мышлением

3) конфабуляцией

4) псевдориминисценцией

5) экмнезией

9. ДЕЛИРИЙ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК

1) острый психогенный психоз

2) благоприятно протекающий функциональный психоз

3) острый приступ эндогенного заболевания

4) угрожающий жизни органический психоз

5) реакция личности на психотравмирующую ситуацию

10. ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ПСИХОЗЕ СОЗНАНИЕ НАРУШАЕТСЯ ПО ТИПУ

1) сопора

2) комы

3) онейроида

4) делирия

5) аменции

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной И., 38 лет, слесарь. Поступил в психиатрическое отделение больницы имени Боткина 5 мая. Женат, имеет 2 детей. Всегда отличался крепким здоровьем. По словам родственников, пил водку 1—2 раза в неделю не более 200 г, не опохмелялся. По характеру ровный, спокойный, никогда ни с кем не вступал в конфликты. 30 апреля был на свадьбе, выпил большое количество алкоголя, в состоянии опьянения уснул на земле. 1 апреля появилась высокая температура, боли в правом боку, кашель. Оставался дома, получал инъекции пенициллина. Спал плохо. 4 апреля стал возбужден, чрезмерно подвижен, постоянно выбегал на балкон, откуда смотрел «парад и сражение». Считал, что около его дома «в воздухе на какой-то сетке» происходят киносъемки «исторического кинофильма со сражениями». 5 мая был госпитализирован в больницу имени Боткина. Температура 38°. Определялась правосторонняя нижнедолевая пневмония. Дезориентирован, суетлив, видит знакомых, которые прячутся за дверью, просит к нему никого не подпускать. Испытывает страхи. Ловит что-то в воздухе, видит артистов цирка, которые то увеличиваются, то уменьшаются в размере. Видит происходящие вокруг сражения, парады и т. п. Лицо гиперемированное, глаза блестят. В постели не удерживается. Несмотря на введение аминазина и барбамила, такое состояние продолжалось еще около суток после начала лечения. 7 мая психоз прекратился, помнил многие галлюцинаторные переживания, имевшие место в период болезненного состояния.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром

3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

4. Какой фактор является предраспологающим для развития данного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка, психомоторное возбуждение, наплыв истинных сценоподобных галлюцинаций

2. Делириозный синдром.

3. Сознание.

4. Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

5. Прогноз благоприятный при адекватном лечении. В тяжелых случаях– длительное астеническое состояние.

**Задача №2**

У больного с алкогольной зависимостью на третий день после прекращения запоя нарушился сон, появилась тревога; висящее на вешалке пальто принимал за незнакомца. При осмотре на следующий день: дезориентирован в месте и времени, но пра­вильно называет свою фамилию, паспортные данные. Больницу принимает за вокзал, окружающих лиц – за пассажиров. Вокруг себя видит белых мышей, собак; испытывает страх, пытается бежать.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Инсомния, тревога, иллюзии, дезориентировка в месте и времени, истинные зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение.

2. Делириозный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Алкогольный делирий.

5. Благоприятный в плане выхода из психоза, неблагоприятный для течения алкогольной зависимости – быстрое прогрессирование заболевания.

**Задача №3**

Больной (по профессии электрик) лежит в постели, не отвечает на вопро­сы, что-то бормочет, лицо выражает то страх, то недоумение. Непрерывно совершает одни и те же движения, как будто протягивает провод. В окружающем не ориентируется. Из анамнеза известно, что он в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. В последний год диагностируют цирроз печени.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Мутизм, аффект недоумения, двигательное возбуждение в пределах постели, истинные галлюцинации, отсутствие ориентировки в месте и времени.

2. Делириозный синдром (профессиональный делирий).

3. Расстройство сознания.

4. Алкогольный делирий.

5. Неблагоприятный.

**Задача №4**

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте предположительный диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Инсомния, тревога, наплыв ярких истинных галлюцинаций, изменчивый аффект с преобладанием страха, психомоторное возбуждение, усиливающееся к вечеру

2. Делириозный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Алкогольный делирий.

5. Неблагоприятный.

**Задача №5**

Больной С., 42 года состоящий на учете у нарколога по поводу алкоголизма. При осмотре врача обнаруживает признаки двигательного возбуждения, со страхом озирается по сторонам, просит защитить его от множества крыс, якобы находящихся в комнате. Со слов родственников известно, что такое состояние возникает у больного по вечерам в течение уже 3-х дней на фоне полного воздержания от алкоголя.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте предположительный диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Тревога, истинные галлюцинации, аффект с преобладанием страха, психомоторное возбуждение, усиление обманов восприятия и двигательного возбуждения к вечеру

2. Делириозный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Алкогольный делирий.

5. Неблагоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, четко зная критерии нарушенного сознания.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между делириозными синдромами при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Клинические варианты делириозного синдрома.

2) Делириозный синдром при употреблении синтетических каннабиноидов.

3) Делириозный синдром при ЧМТ.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.40. **Тема:** «Онейроидные синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства сознания относятся к состояниям, требующим неотложной помощи. Обучающийся должен четко знать критерии нарушенного сознания, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств сознания в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать критерии нарушенного сознания.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с нарушением сознания, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больного с нарушением сознания; способностью правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства; способами оказания неотложной помощи пациентам с расстройством сознания.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств сознания.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Экспансивно-онейроидный синдром».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ (греч. oneiros сновидение + eidos вид; синдром; син.: онейроид, ониризм, онейрофрения, сновидное фантастически бредовое помрачение сознания, синдром сноподобной оглушенности) — особая форма помрачения сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических бредовых представлений, содержащих драматизированные фрагменты виденного, прочитанного, услышанного, пережитого, то изолированных, то причудливо переплетающихся с измененно воспринимаемыми деталями окружающего; форма фантастических переживаний. Возникающие картины-грезы, похожие на сновидения, следуют обычно одна за другой в определенной последовательности, так что одно событие как бы вытекает из другого. Онейроидный синдром сопровождается частичной или полной отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания в различной степени, депрессивным или маниакальным аффектом, двигательными, в т. ч. кататоническими, симптомами.

Для него характерно:

- дезориентировка в месте, времени, собственной личности – с превращениями и двойственностью «я» (отсюда – описание состояния после выход1);

- фантастические зрительные галлюцинации (сценоподобные, панорамные). Развиваются от иллюзорного восприятия к истинным галлюцинациям (больной остается растерянным, находится среди обманных образо3), до псевдогаллюцинаций с грезоподобностью (больной загружен, он, как в сновидении, далек от реальности, все в его субъективном мире и пространстве);

- фантастический бред, фабула – космос, мистика, мифология, исторические сюжеты;

- созерцательность, зачарованность, на высоте – загруженность. Больной является «зрителем» собственных переживаний;

- явления кататонического ступора;

- отсутствие полной амнезии, т.к. сохраняется самосознание;

- отсутствие выраженных соматических, неврологических расстройств;

- длительность – недели, реже месяцы;

- благоприятный прогноз: онейроидная кататония в рамках рекуррентной шизофрении.

Онейроидный синдром в наиболее законченной форме возникает в течение приступа рекуррентной шизофрении. При этом развитие онейроида проходит ряд этапов.

Начальный этап, продолжающийся несколько недель или месяцев, представлен аффективными расстройствами. Чаще наблюдаются депрессивные состояния с вялостью, бессилием, капризностью, раздражительностью, немотивированной тревогой. Гипоманиакальные состояния всегда характеризуются восторженностью, умиленностью, чувством прозрения. Нарушения аффекта выражены в разной степени, сопровождаются расстройством сна и аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца, запорами.

Начальный этап сменяется этапом бредового настроения. Окружающее кажется больному измененным и непонятным, исполненным зловещего смысла. Больной испытывает или резкий безотчетный страх, или предчувствие грозящей катастрофы. Появляются несистематизированные, разные по интенсивности бредовые идеи преследования, ограбления, гибели, болезни. Характерно появление эпизодов растерянности, бредовой ориентировки в окружающем и бредового поведения, что может продолжаться несколько часов или дней.

Затем возникает этап бреда инсценировки, значения и интерметаморфозы. Больные утверждают, что вокруг них происходит какое-то действие, как в спектакле, и они являются то его участниками, то пассивными наблюдателями; окружающие предметы символизируют необычные ситуации или имеют не свойственное им значение; временами происходит перевоплощение одних лиц в другие, иногда такое перевоплощение распространяется на окружающие предметы.

Помимо разнообразных бредовых идей, содержание которых отражает преобладающий аффективный фон, возникают психические автоматизмы, в первую очередь, идеаторные, ложные узнавания, аффективные вербальные иллюзии, в ряде случаев вербальные галлюцинаци. Нарастает интенсивность аффективных и двигательных нарушений, продолжительность бредовой ориентировки и растерянности. Эти расстройства могут продолжаться несколько дней пли недель.

Этап острой фантастической парафрении, или ориентированный онейроид (деградированный ониризм), сопровождается фантастическим видоизменением предшествующих психических расстройств — бреда, в т. ч. бреда инсценировки и бреда значения, психических автоматизмов, ложных узнаваний. Фантастическое содержание приобретают события, происходящие вокруг больного, а также прежние знания и воспоминания — развивается фантастический ретроспективный бред. В зависимости от преобладающего аффекта выделяют экспансивный тип онейроида, когда возникает экспансивный бред (бред величия, высокого происхождения и т. п.), или депрессивный тип — различные проявления синдрома Котара, часто появляется антагонистический бред, могут возникнуть сценоподобные зрительные устрашающего содержания галлюцинации (пантофобические). В восприятии и сознании больного наряду с верной ориентировкой в своей личности и месте одновременно создается фантастическая бредовая концепция окружающего мира и своего положения в нем; обстановка воспринимается как историческое прошлое или необычайная ситуация настоящего, как сцены изсказок или из научно-фантастической литературы; окружающие люди превращаются в персонажей необычных событий. При этом самосознание сохраняется. Фантастические бредовые построения легко меняются под влиянием изменений окружающего, а также аффекта, сновидений, телесных ощущений. В этом состоянии растерянность может перемежаться загруженностью. Преобладает или растерянно-патетическое возбуждение или субступорозное состояние, которые сопровождаются тревожной депрессией, страхом или экстатическим аффектом. Нарушается чувство времени: оно замедляется, ускоряется или же возникает ощущение его исчезновения. Этот этап может продолжаться несколько дней.

При развитии этапа истинного онейроида доминируют наплывы визуализированных фантастических образных представлений (грезоподобный бре5), которые связаны уже не со сферой восприятия, а с внутренним миром больного, основу их составляет зрительный псевдогаллюциноз. В этом состоянии перед «внутренним оком» больного разыгрываются сцены грандиозно-драматических ситуаций, в которых сам больной бывает одновременно или последовательно зрителем, главным персонажем, жертвой или виновником совершающихся событий, т. е. исчезает противопоставление своей личности переживаемым ситуациям и возникает расстройство сознания своего «я». При этом всегда существует диссоциация между содержанием сознания и двигательной сферой, в которой преобладают изменчивые по интенсивности явления субступора и ступора с восковой гибкостью или возбуждение преимущественно с чертами патетики. Больные выглядят отрешенными, речевое общение с ними почти всегда невозможно. Характерен внешний облик больных: они безмолвны, бездеятельны, почти неподвижны, только взгляд выражает болезненный аффект печали, страха, экстаза или обращенного внутрь себя изумления. Истинный онейроид при рекуррентной шизофрении является кульминацией в развитии приступа заболевания. Он может длиться несколько часов или дней и чередоваться с ориентированным онейроидом. Редукция симптомов Онейроидного синдрома при выздоровлении происходит постепенно, в порядке, обратном их появлению. Больные воспроизводят достаточно подробно содержание онейроида, при этом окружающие события в значительной мере амнезируются.

Причины онейроидного синдрома:

Онейроидный синдром никогда не выступает первичной самостоятельной проблемой. Онейроид всегда вызван воздействием эндогенных (внутренних) и экзогенных (внешних) факторов.

Данное расстройство сознания– характерный симптом кататонической и параноидной шизофрении. Онейроид присутствует в структуре биполярного аффективного расстройства. В клинической практике онейроидный синдром очень часто выступает типичным состоянием при передозировке наркотических веществ. Онейроид рассматривается также как отдельный вид алкогольного [делирия](http://mozg.me/sindromi/narusheniya-soznaniya/deliriy.html).

Данная форма помрачения сознания нередко фиксируется при инфекционных психозах, вызванных энцефалитом. Нередко онейроидный синдром является сопутствующим компонентом пресенильных и старческих психозов. Грезоподобное помрачение сознания может быть вызвано сосудистой деменцией. Испытать отрешенность от реальности могут люди, которые перенесли травмы черепа. Онейроид фиксируется у больных эпилепсией.

***Клинические варианты онейроидного синдрома***

***и его сочетания с другими синдромами***

Клиническая типология онейроидных состояний сложна. По харак­теру помрачения сознания различают ориентированный и истинный онейроид; по структуре переживаний — фантастически-иллюзорный, грезоподобный, сценически-галлюцинаторный: по характеру ведущего аффекта — экспансивный и депрессивный.

• Ориентированный онейроид характеризуется фантастическим ви­доизменением ранее проявившихся психических расстройств. Прежние переживания приобретают фантастическую окраску, формируется об­разный ретроспективный бред воображения. При сохранности ориен­тировки в месте и своей личности возникает бредовое восприятие вне­шних событий как сказочных, фантастических: близкие видятся как персонажи необычных, порой исторических событий. Вместе с тем при ориентированном онейроиде не нарушается аутоидентификация, не воз­никает бредовое перевоплощение, больной ощущает себя самим собой среди сменяющих друг друга фантастических событий.

Основным признаком *истинного онейроида* является расстройство самосознания. Погружаясь в мир визуализированных фантастических представлений, больной сам становится участником происходящего. Внутренний мир сливается с внешним, их противопоставление отсут­ствует. Перед «внутренним оком» проходят грандиозные сцены, неред­ко космического масштаба. Обязательным компонентом истинного оней­роида являются кататонические симптомы. Своеобразную диссоциацию между переживанием грандиозности происходящего и его экспрессив­ным сопровождением выражают изменчивые и неглубокие симптомы кататонического субступора, которые иногда могут сменяться возбуж­дением. В состоянии истинного онейроида больные безмолвны, рече­вой контакт с ними отсутствует.

• Фантастически-иллюзорный онейроид характеризуется сочетанием фантазий, воспоминаний с иллюзорно-бредовым восприятием окружа­ющего. Самосознание нарушено неглубоко, нет полного отрыва от действительности. В переживаниях отражаются сцены сказок, спектаклей. кинофильмов. Аффект изменчив, временами отмечается, растерянность.недоумение, симптом гиперметаморфоза.

• При грезоподобном онейроиде больные обращают на себя внимание «загруженностью», зачарованным, иногда восторженно-экстатическим выражением лица. Они испытывают чувство движения, перемещения полета.

• Сценически-галлюцинаторный онейроид выражается непостоянством глубины помрачения сознания, переживанием иллюзорного вос­приятия действительности, сценическими комплексными галлюцинациями. При этом отсутствует проекция нереальных событий во внутренний мир больного.

Онейроид сочетается с аффективными, кататоническими и галлюцинаторными синдромами.

•Депрессивный онейроид отличается подавленностью, отражающей фантастические переживания, нередко религиозно-мистического содержания. Как правило, идеи самообвинения, виновности, гибели сопровождаются обильными сенестопатиями, ощущениями метаморфозы. Нарушения чувства времени несут окраску безысходности.

• Экспансивно-онейроидный синдром, в противоположность депрес­сивному, отличается повышенным аффектом, доходящим до экстаза. Бред величия достигает степени мегаломании, собственная личность наде­ляется чертами вселенского могущества. Этот клинический вариант сопровождается симптомами кататонического возбуждения.

• Онейроидная кататония. Структура онейроидной кататонии нео­днородна. Различают онейроидно-кататонический, онейроидно-аффективный и онейроидно-бредовой типы. Ее развитию предшествуют асте­нические, психопатоподобные, аффективные, отдельные кататонические проявления, которые затем сменяет картина истинного онейроида со сновидным помрачением сознания, нарушением аутоидентификации, каталепсией. Кататоно-онейроидные приступы чередуются с депрессивно-параноидными или приступами острой парафрении.

• Синдром Кандинского-Клерамбо при шизофреническом онейро­иде описан В.Г.Ротштейном (1965). Наибольшего выражения и макси­мальной образности синдром Кандинского — Клерамбо достигает при ориентированном онейроиде. Отмечается преобладание зрительных псевдогаллюцинаций и псевдопарейдолий: по словам больных, им «де­лают» фантастические образные представления. Истинный онейроид не имеет в своей структуре психических автоматизмов. Изредка встре­чаются симптомы, напоминающие мысленные переговоры, внутренние голоса, однако их характер меняется: они приобретают признаки объек­тивности, у больных отсутствует чувство «сделанности».

• Делириозно-онейроидный синдром чаще развивается у больных шизофренией с алкогольным отягощением в тех случаях, когда заболева­ние начинается после 30 лет и имеет периодическое доброкачественное течение. В структуру делириозного синдрома включается онейроидная симптоматика, в связи с чем зрительные и в большей степени слуховые галлюцинации приобретают символический характер. Встречаются идеи особого значения, идеаторные автоматизмы.

***Онейроидный синдром при рекуррентной шизофрении***

Онейроид, являющийся одним из синдромов, входящих в структуру шизофренического приступа, характеризуется изменчивостью, динамизмом, богатством продуктивной симптоматики и следующими нарушениями психических функций:

• Нарушения сознания. Помрачение достигает значительной глуби­ны. Наступает дезориентировка в месте, времени, нарушается аутоидентификация. Помрачение сознания напоминает состояние сна. Больные не знают, когда отмечались те или иные переживания, когда они видели ту или иную обстановку.

• Нарушения восприятия. Основными признаками являются отре­шенность от реальности, полная невозможность восприятия или вос­приятие отдельных бессвязных предметов окружающего. Восприятия носят иллюзорный, иллюзорно-галлюцинаторный характер, как прави­ло, отмечаются ложные узнавания. Галлюцинации возникают нередко с чувством сделанности, они фантастичны, гиперболичны, часто нелепы по внешнему оформлению. Галлюцинаторные образы видятся в про­странстве с экстра- или интрапроекцией, иногда в воспринимаемом про­странстве. Возникает чувство изменения местонахождения и переме­щения, сопровождающееся ощущениями полета, физического раздвоения. необыкновенной физической силы.

• Нарушения мышления. Характеризуются произвольными сочета­ниями имеющих актуальное значение для больного воспоминаний из прочитанного, виденного, прошлого и настоящего. На их фоне форми­руется образно-фантастический бред, выражающийся в причудливой смеси фрагментов отражения реальной обстановки и обильных, чув­ственно ярких фантастических представлений.

• Память*.* У некоторых больных отмечается частичная амнезия сво­его поведения и окружающей обстановки, содержание болезненных пе­реживаний сохраняется дольше.

• Психические автоматизмы. Отмечается образный ментизм, чаще подобный мучительным навязчивым воспоминаниям, затем больные погружаются в бредовые переживания, что еще более отрешает их от действительности, углубляет степень помрачения сознания.

• Аффект. Изменения аффекта соответствуют всему содержанию переживаний. Его характер определяется предшествующим фоном на­строения—депрессивным или маниакальным.

• Поведение. Характерно выраженное рассогласование между струк­турой переживаний и внешними проявлениями. Иногда у некоторых больных отдельные действия соответствуют переживаемым фантасти­ческим событиям.

• Течение. Онейроидным синдромам предшествует этап чувственного бреда с появлением бредовых восприятии и представлений. Развивше­муся состоянию свойственна прерывистость с наступлением кратковре­менных периодов, когда сознание проясняется, восстанавливается ориен­тировка в месте, окружающем. Сменяется онейроид более или менее длительным образно-фантастическим бредом, а при его ослаблении — ложными узнаваниями, симптомом интерметаморфозы, неполной ориен­тировкой во времени, иногда в окружающем.

***Онейроидный синдром при симптоматических психозах***

Для онейроидных синдромов в структуре симптоматических психозов характерны преобладание растерянности и гиперметаморфоза над отрешенной созерцательностью, иллюзорные, галлюцинаторные, комп­лексные сценические проявления. Как правило, не бывает выраженной символики, антагонистического бреда, острой парафрении, растерянно-кататонического возбуждения; синдром Кандинского — Клерамбо не развернут. Значительное место занимают вегетативно-сосудистые, вести­булярные, психосенсорные расстройства.

•Алкогольный онейроид. На этапе гипнагогического онейроида ска­зочные, антастические, сценоподобные зрительные обманы чувств развиваются в процессе засыпания при закрытых глазах, сопровожда­ются нарушением ориентировки в месте и аффективными расстройства­ми, тесно связанными по содержанию с особенностями сноподобных переживаний. Фантастические переживания, прерванные открыванием глаз, при их закрывании повторяются в строгой последовательности. Через 1-3 дня наступает этап ориентированного онейроида, состоящего из двух-трех фантастических сцен, связанных более или менее общим содержанием. Ориентированный онейроид либо проходит после про­должительного сна, либо переходит в истинный онейроид. Нередко в структуре психоза встречаются тактильные и ротоглоточные галлюци­нации присутствия инородного тела.

•Ревматический онейроид. Возникает на высоте ревматической ата­ки. После непродолжительного астенического состояния возникает кратковременный делирий, который сменяет непосредственно с ним связан­ный онейроидный синдром. В большинстве случаев делирий и онейро­ид сочетаются, то чередуясь, то вклиниваясь друг в друга, образуя делириозно-онейроидныи синдром.

• Эпилептический онейроид. Формируется на поздних этапах болезни после постприпадочного оглушения, сумеречных расстройств, серии припадков. Характеризуется кратковременностью, отрывочностью, не­связными яркими образными зрительными восприятиями с выражен­ной контрастностью цвета. Как правило, переживания носят сказочный или религиозный характер.

• Церебральный токсоплазмоз. При токсоплазмозных психозах встречаются онейроиды трех типов:

1) с преобладанием фантастических иллю­зорно-бредовых переживаний

2) с преобладанием грезоподобно-фантастических представлений;

3) с преобладанием субступора или кататонического возбуждения.

При последнем типе отмечается более глубокая степень помрачения сознания, ярче выступают грезоподобные и фантастические галлюцинаторные компоненты.

***Возрастные особенности онейроидных синдромов***

У детей 8-12 лет онейроидно-кататонические состояния фрагментар­ны и характеризуются аффектом недоумения, иллюзорными пережива­ниями, наплывами образных представлений, выраженными субступорозными расстройствами, тревожностью, элементами бреда значения и инсценировки, соматизированными симптомами.

Онейроидные состояния у подростков чаще возникают на фоне маниакального аффекта и нередко провоцируются экзогенными вреднос­тями: перегревом на солнце, черепно-мозговой травмой и т. п. В оней­роидных переживаниях, тесно связанных с явлениями дереализации и бредом инсценировки, господствует тематика, которая увлекает здоро­вых подростков: космические полеты, встречи с инопланетянами, ожив­шими роботами. Иногда преобладают эротические фантазии.

Онейроидный синдром в пожилом и старческом возрасте встреча­ется редко. Одной из особенностей поздней шизофрении является отсут­ствие в структуре впервые возникших приступов состояний с онейроидными и кататоническими расстройствами. В картинах экзогенно-органических психозов старости встречается неразвернутый ориентированный онейроид без глубокого помрачения сознания.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение онейроидного синдрома.

2). Назовите причины онейроида.

3). Перечислите стадии развития онейроида.

4). Какие варианты онейроида различают?

5). Чем характеризуется онейроидный синдром при реккурентной шизофрении?

6). Чем характеризуется онейроидный синдром при симптоматических психозах?

7). Назовите возрастные особенности онейроида.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ИЗ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) оглушение

2. К КАЧЕСТВЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ СОЗНАНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) онейроид

2) сопор

3) обнубиляция

4) кома

5) оглушение

3. АЛЛОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗОРИЕНТИРОВКА – ЭТО

1) нарушение ориентировки в окружающем

2) непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта

3) замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества

4) нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью

5) дезориентировка в собственной личности

Правильный ответ: 1

4. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дезориентировка

2) резонерство

3) каталепсия

4) псевдогаллюцинации

5) эхосимптомы

5. СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНОЙ ИСПЫТЫВАЕТ ДВОЙСТВЕННУЮ ОРИЕНТИРОВКУ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) делирия

2) сумеречного помрачения сознания

3) онейроида

4) деменции

5) галлюциноза

6. ДЛЯ ОРИЕНТИРОВАННОГО ОНЕЙРОИДА ХАРАКТЕРНО

1) сохранение аутоидентификации

2) нарушение ориентировки в месте

3) нарушение ориентировки в личности

4) сохранение восприятия внешних событий

5) возникновение бредового перевоплощения личности

7. ДЛЯ ИСТИННОГО ОНЕЙРОИДА ХАРАКТЕРНО

1) сохранение аутоидентификации

2) сохранение ориентировки в месте

3) нарушение ориентировки в личности

4) сохранение восприятия внешних событий

5) наличие речевого контакта

8. ДЛЯ ИСТИННОГО ОНЕЙРОИДА ХАРАКТЕРНО

1) сохранение аутоидентификации

2) сохранение ориентировки в месте

3) наличие кататонических симптомов

4) сохранение восприятия внешних событий

5) наличие речевого контакта

9. ЭКСПАНСИВНО-ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) подавленностью

2) обилием сенестопатий

3) наличием идей самообвинения

4) наличием идей виновности, гибели

5) наличием бреда величия

10. ЭКСПАНСИВНО-ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) подавленностью

2) обилием сенестопатий

3) наличием идей самообвинения

4) наличием идей виновности, гибели

5) симптомами кататонического возбуждения

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациент был госпитализирован в психиатрический стационар в состоянии ступора с восковой гиб­костью. Выявлял двойственную ориентировку («в космосе и, кажется, в больнице»), был трудно доступен контакту, погружен в свои переживания. При выходе из этого состояния он подробно рассказал, что испытывал чувство, как будто «поднялся» в стратосферу и «летел» над планетой. Под ним проплывали материки и моря, он «встречался с космонавтами, но не с земля­нами, а из других миров». В то же время он не мог рассказать, как был доставлен в больницу, что происходило с ним в пала­те, беседовал ли с ним врач.

1. Назовите синдром.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Какую форму заболевания можно предположить?

5. Какое течение заболевания можно предположить?

**Эталон ответа**

1. Онейроидный синдром.

2. Расстройство сознания.

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможно рекуррентное течение заболевания.

**Задача №2**

Больной сидит неподвижно. Веки полуопущены, взгляд невыразительный, сонлив. Иногда медленно молча шевелит губами, внезапно начинает говорить: «Лечу... Лечу... Как в ми­лицейской машине... Темно-то на Луне...». Периодически взгляд становится ясным, с удивлением смотрит на окружаю­щее. Не может понять, милицейская машина это или палата больницы. Врачу сказал, что находится на Луне, и, кажется, в больнице. Кратковременные периоды «просветления» сме­няются ступором с невозможностью контакта.

1. Назовите синдром.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Какую форму заболевания можно предположить?

5. Какое течение заболевания можно предположить?

Эталон ответа

1. Онейроидный синдром.

2. Расстройство сознания.

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможно рекуррентное течение заболевания.

**Задача №3**

Больная С., 25 лет, бухгалтер. В течение трех недель пребывания в психиатрической больнице состояние было следующим. Одинока, ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку. Временами без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание больной удается с большим трудом. На короткое время пробуждается как ото сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удается выяснить, что больная не знает, где она находится, потеряла счет времени. Видит перед глазами людей в белой, красной одежде, которые говорят что-то непонятное. К концу третьей недели состояние больной значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лезет на высокую гору, по ущелью двигаются автомобили с зажженными фарами. Вокруг - домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, было очень интересно. Больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается как сон - виденного так много, что «всего не перескажешь».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка в месте, времени, личности, состояние, напоминающее сон, фантастичные, нелепые галлюцинации, психосенсорные расстройства.

2. Онейроидный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Шизофрения.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможно рекуррентное течение заболевания.

**Задача №4**

Больной Г., 39 лет, инвалид II группы. Поступает в психиатрическую больницу в шестой раз; приступы болезни сходны, по типу «клише». При поступлении в стационар контакту почти недоступен, прыгает, кричит, свистит, бесцельно бродит по коридору с выражением отрешенности, временами беспричинно смеется. Через 3 недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: «Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно, летают по воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но она казалась мне воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были щупальца, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель — и сразу же мыслями отношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами и сам будто бы хожу по сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, незаселенными, везде видятся памятники. Все это — как во сне».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте предположительный диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка, мутизм, фантастичные, нелепые галлюцинации, кататоническое возбуждение.

2. Онейроидный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Шизофрения.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №5**

Больной Г., 45 лет. В течение 2 недель пребывания в больнице мало доступен контакту, одинок. Бродит по палатам, ко всему приглядываясь с видом удивления, или сидит, устремив взгляд в одну точку, безучастный к происходящим вокруг него событиям и людям. Иногда чему-то улыбается. После выхода из такого состояния рассказал врачу, что чувствовал себя все время находящимся в удивительном мире, полном причудливых и увлекательных событий.

Временами он узнавал обстановку отделения, в котором неоднократно находился при предыдущих поступлениях в больницу. Но она казалась изменившейся, фантастичной. Цветы на окнах представлялись марсианскими растениями, от стен исходили лучи, переливающиеся разными цветами. Люди казались находящимися в состоянии странной неподвижности, их лица напоминали маски. Больной представлял себя в кабине космического корабля, летящего на Луну. В голове у него как бы создавались образы чужих планет, он видел их причудливые очертания, залитые ярко-оранжевым светом. Окружающих его людей принимал за космонавтов. Они переговаривались между собой на каком-то непонятном языке, но больной тем не менее их понимал.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

4. Поставьте предположительный диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Двойственность ориентировки, мутизм, фантастичные, сказочные галлюцинации, кататоническое возбуждение.

2. Онейроидный синдром.

3. Расстройство сознания.

4. Шизофрения.

5. Относительно благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, четко зная критерии нарушенного сознания.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между онейроидными синдромами при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Клинические варианты онейроидного синдрома.

2) Онейроидный синдром у больных шизофренией с алкогольным отягощением.

3) Онейроидный синдром при эпилепсии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.41. **Тема:** «Синдромы сумеречного помрачения сознания».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства сознания относятся к состояниям, требующим неотложной помощи. Обучающийся должен четко знать критерии нарушенного сознания, уметь оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику и определить профиль стационара, где пациенту окажут необходимую помощь.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств сознания в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать критерии нарушенного сознания.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с нарушением сознания, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больного с нарушением сознания; способностью правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства; способами оказания неотложной помощи пациентам с расстройством сознания.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств сознания.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Особые формы сумеречных расстройств сознания».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Сумеречное расстройство сознания — качественное нарушение сознания, характеризующееся внезапной и кратковременной утратой ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего мира, или с отрывочным и искаженным его восприятием при сохранении привычных автоматизированных действий, имеющее пароксизмальный характер возникновения и прекращения.

При *сумеречных состояниях сознания*нарушены оба уровня сознания, оно патологически сужено. Различают органические (эпилептические) и психогенные (истерические, патологический аффект) сумерки. Характерные признаки:

- пароксизмальность – внезапность начала и окончания;

- нечеткость восприятия окружающего (истинные сумерки);

- дезориентировка в месте, времени и собственной личности;

- устрашающие галлюцинации в фокусе сознания (войны, катаклизмы, пожар, кровь);

- бред преследования;

- злоба и страх, отсюда

- возбуждение и агрессия (садистическая) или расторможение импульсивных влечений (поджоги, кражи, бродяжничество, насилие);

- амнезия после выхода;

- редко: ретардированная амнезия и резидуальный бред после выхода из сумеречного состояния;

- длительность: минуты-часы-дни.

При сумеречных помрачениях сознания *органического (эпилептического) генеза* начало внезапное, поток сознания как бы прерывается или переключается на низший уровень психической деятельности. При­входящими факторами являются оглушенность, нередко дисфории. Утрачивается ориентировка в месте и времени. В структуре аффекта — беспричинная тоска, тревога, витальный страх, злоба, гнев, экстаз. Вос­приятие замедленное, неясное, неотчетливое, иногда появляются иллю­зии и галлюцинации. Мышление замедленное, бедное, иногда присоединяются бредовые включения. Целенаправ­ленность поведения утрачена, течение приступа ровное, без заметных колебаний, его длительность от нескольких минут до 2-3 дней. Выход внезапный, часто после сна. Отмечается полная амнезия на период психотического состояния.

В отличие от органического, *истерическое сумеречное помрачение сознания* характеризуется протрагированным началом, обусловленным психотравмирующей ситуацией. Оно развивается на высоте или спаде аффективного напряжения. Нарушается ориентировка во времени, час­тично — в месте, нередко возникает двойная ориентировка. Аффективная окраска определяется содержанием психической травмы: в структуре аффекта либо отчаяние, безысходность, недоумение, растерянность, страх, либо умиление, радость, бурное веселье. Восприятие обстановки избирательно: иллюзии, галлюцинации тематичны в плане доминирующих переживаний. Мышление также обусловливается харак­тером психической травмы, реальные отношения оттесняются или под­меняются. Память нарушается частично—сохраняется избирательная способность воспроизведения отдельных эмоционально насыщенных моментов психотравмирующих ситуаций. Течение синдрома — волно­образное, от нескольких часов до двух недель. Выход постепенный, последующие воспоминания о пережитом фрагментарны.

К клиническим вариантам сумеречного помрачения сознания отно­сят *простую, галлюцинаторную* и *бредовую* формы. Выделяют также *онейроидный вариант,* который характеризуется оби­лием ярких галлюцинаций фантастического содержания и кататоничес­кими проявлениями.

Простая форма

Простая форма развивается внезапно. Больные отключаются от реальности. Перестают отвечать на вопросы. Вступить с ними в общение невозможно. Спонтанная речь или отсутствует, или ограничивается стереотипным повторением отдельных междометий, слов, коротких фраз. Движения то обеднены и замедлены — вплоть до развития кратковременных ступорозных состояний, то возникают эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом. В части случаев сохраняются последовательные, чаще — сравнительно простые, но внешне целенаправленные действия. Если они сопровождаются непроизвольным блужданием, говорят об амбулаторном автоматизме. Восстановление ясности сознания происходит обычно постепенно и может сопровождаться возникновением ступидности— преходящим резким обеднением психической деятельности, в связи с чем больные кажутся слабоумными. В ряде случаев наступает терминальный сон. Простая форма сумеречного помрачения сознания длится обычно от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается полной амнезией.

Простые или непсихотические сумеречные состояния (психомоторные припадки эпилепсии), в свою очередь подразделяются на:

* трансы (длительные, порой многодневные совершаемые автоматически странствования с переездами на большие расстояния)
* амбулаторные автоматизмы (относительно. короткие эпизоды автоматизированного хождения, возникающие в бодрственном состоянии
* состояния сомнамбулизма (автоматизмы хождения во время сн1)
* сноговорение (сомнилоквия).

Бредовая форма

Характеризуется внешне последовательным поведением больных, но вместе с этим их поступки определяются острым чувственным бредом, сопровождающимся резко выраженным аффектом тоски, злобы, страха. Параноидные сумеречные помрачения сознания часто приводят к общественно опасным, агрессивным поступкам. Они сопровождаются зрительными, обонятельными, реже слуховыми галлюцинациями. Как правило, при восстановлении ясного сознания больные относятся к совершенному ими поступку как к чему-то чуждому. Иногда в содержании высказываний больных находят отражение прошлые психогенные воздействия, скрытые желания больного, прежние неприязненные отношения с окружающими, что может влиять на его поступки.

Параноидная форма возникает относительно постепенно. Восприятие больными окружающего искажено существованием продуктивных расстройств. О них можно узнать из спонтанных высказываний больных, а также потому, что словесное общение с ними в той или иной мере сохраняется. Слова и действия больных отражают существующие патологические переживания.

Из галлюцинаций преобладают зрительные с устрашающим содержанием. Характерны подвижные теснящие зрительные галлюцинации. Галлюцинации слуха — это фонемы, часто оглушительные. Преобладают образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, величия; часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания. Бред может сопровождаться ложными узнаваниями.

**Галлюцинаторная форма**

При галлюцинаторном варианте доминируют устрашающие иллюзии, слуховые и зрительные галлюцинации, нарушения поведения, может возникать также галлюцинаторное возбуждение.

Наряду с этими вариантами сумеречного расстройства сознания встречаются *ориентированные формы* сумеречного помрачения сознания. Ориентированные психотические сумеречные состояния протекают с сохранением способности узнавать близких людей, фрагментов самоосознавания, пациенты производят впечатление не вполне проснувшихся людей (нетвердая, шаткая походка, заплетающаяся речь). Это делает затруднительным их распознавание в обычной и судебно-психиатрической практике.

У некоторых таких пациентов преобладает дисфория – дисфорический вариант сумеречного помрачения сознания.

Особые состояния сознания включают психосенсорные расстройства на фоне сужения сознания. Исключительные состояния сознания: патологическое опьянение, патологический аффект, особые этнические изменения сознания (амок, лоу, коро и т. д.).

**Сравнительная характеристика синдромов нарушенного сознания**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Синдром | Ориентировка | | | Амнезия после выхода из состояния |
| Личность | Время | Место |
| Делирий | + | - | - | - |
| Онейроид | - | - | - | +- |
| Сумерки | +- | +- | +- | *+-* |
| Аменция | - | - | - | *+-* |

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение сумеречного расстройства сознания.

2). Назовите причины сумеречного расстройства сознания.

3). Перечислите особые формы сумеречного расстройства сознания.

4). Какие варианты сумерек различают?

5). Назовите отличительные признаки ориентированных сумерек.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ВНЕЗАПНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РЕЗКОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) сопора

2) делирия

3) онейроида

4) сумеречного состояния сознания

5) любого типа помрачения сознания

2. К КАЧЕСТВЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ СОЗНАНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) сумерки

2) сопор

3) обнубиляция

4) кома

5) оглушение

3. ДЛЯ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРНО

1) оглушение

2) делирий

3) онейроид

4) сумеречное состояние сознания

5) любой тип помрачения сознания

4. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дезориентировка

2) резонерство

3) каталепсия

4) псевдогаллюцинации

5) эхосимптомы

5. ИЗ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ИСТЕРИЧЕСКОГО ПСИХОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) сопор

6. СОСТОЯНИЕ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ВНЕШНЕ УПОРЯДОЧЕННЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ВЫПОЛНЕНИЕМ СЛОЖНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ АКТОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ АМНЕЗИЕЙ – ЭТО

1) оглушение

2) сопор

3) кома

4) амбулаторный автоматизм

5) делирий

7. КРАТКОВРЕМЕННОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ РАЗВИТИЮ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПАРОКСИЗМА – ЭТО

1) абсанс

2) оглушение

3) аменция

4) аура

5) сопор

8. К ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ СОСТОЯНИЯМ ОТНОСИТСЯ

1) депрессия

2) страсть

3) апатия

4) патологический аффект

5) физиологический аффект

9. СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ ДЛИТСЯ

1) несколько секунд

2) от нескольких секунд до нескольких минут

3) от нескольких минут до нескольких часов

4) от нескольких часов до недели

5) от недели до месяца

10. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) галлюцинаторно-параноидные расстройства

2) нарушение сознания

3) утрата воспоминаний о событиях, предшествующих правонарушению или следующих за ним

4) внезапное изменение поведения с проявлениями агрессии

5) вегетативные симптомы

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной среди ночи внезапно встает с постели и с от­крытыми глазами, с отсутствующим выражением лица ходит по комнате, открывает шкафы, ящики столов, перебирает вещи, как будто что-то ищет. Однажды в таком состоянии открыл окно, залез на крышу и ходил по краю без всяких признаков страха. Родственники сообщают, что попытки раз­будить больного в этом состоянии ни к чему не приводят, кон­такт с ним невозможен. Сам больной о своих ночных похожде­ниях ничего не помнит.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Эквивалентом какого состояния является?

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, преимущественно при эпилепсии.

4. Является эквивалентом судорожного приступа.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**Задача №2**

Больной К., 36 лет, работник милиции. Был доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным человеком. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей бандитов!» выбежал на улицу. Соседи видели как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся, соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, при этом оказал бурное сопротивление. Был он возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «бандитов» Недалеко от него на земле лежали трое раненых - случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении милиции. Он долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти его. Убедившись в реальности произошедших событий, дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Назовите форму сумеречного расстройства

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга

4. Галлюцинаторная.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**Задача №3**

Больной Ж., 18 лет, учащийся колледжа. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя три дня вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и больной рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Челябинска 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Челябинска. Я сидел у речки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели их сына через день после его исчезновения из дома на берегу озера километров за 10 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Назовите форму сумеречного расстройства

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, эпилепсия

4. Простая.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**Задача №4**

У больного внезапно помрачается сознание: он глу­боко дезориентирован в окружающем, но сохраняется взаимо­связанность действий и поступков. В [это время он](http://zodorov.ru/kak-state-hozyainom-svoego-vremeni.html) высказыва­ет бредовые идеи, испытывает галлюцинации на фоне бурного аффекта страха, тоски, злобы. Больной резко агрессивен, его охватывает ярость с бессмысленным стремлением к разруше­нию или убийству. Такие состояния возникают и прекращают­ся внезапно. После выхода из такого состояния больной ничего не помнит.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Назовите форму сумеречного расстройства

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, эпилепсия

4. Галлюцинаторно-бредовая.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**Задача №5**

Больная утром отправилась на работу, однако бес­смысленно бродила по городу, разъезжала на городском транспорте. На встречающихся знакомых производила впе­чатление угрюмой, утомленной и какой-то растерянной, от­вечала на несложные вопросы, но не вызывала [у окружающих каких-либо подозрений в](http://zodorov.ru/mbdou-detskij-sad-kombinirovannogo-vida-105-malevina-psihologi.html) ее психическом неблагополучии. Как сообщила потом больная, она оказалась на незнакомой улице, время приближалось к обеденному перерыву, но она никак не могла вспомнить, где она была и что делала в это время.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Назовите форму сумеречного расстройства

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, эпилепсия

4. Простая.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, четко зная критерии нарушенного сознания.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между сумеречными синдромами при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно оценить глубину расстройства сознания и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Клинические варианты сумеречного расстройства сознания.

2) Исключительное состояние сознания. Патологическое опьянение.

3) Сумеречный синдром при эпилепсии

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.42. **Тема:** «Расстройства памяти».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Память – вид психической деятельности, при помощи которой отражается весь прошлый опыт. Память называют «входными воротами интеллекта», т.к. она необходима для более сложного вида психической деятельности – интеллекта. При их нарушении развиваются амнестические синдромы и синдромы слабоумия. Лишь тщательное исследование данных расстройств нередко является решающим для правильной диагностики многих органических заболеваний и, следовательно, наиболее эффективного их лечения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств памяти в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать физиологические основы памяти, их свойства, а также клинические проявления их нарушений.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с патологией памяти и интеллекта, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больного с расстройствами памяти; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств памяти.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Амнезии».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**ПАМЯТЬ** – это процесс отражения, осознания и воспроизведения непосредственного прошлого индивидуального опыта, в том числе восприятия предметов и явлений, связей , определяющих их причинную зависимость.

Все ощущения, восприятия, представления, понятия и действия человека оставляют в мозге «следы». Оперирование «следами» и составляет сущность памяти. Таким образом, память, как одно из проявлений психической деятельности человека, не может функционировать без полноценного восприятия и основных процессов мышления. Следовательно, память, как и другие формы сознания, осуществляет отражение объективного мира.

Память является основой психического развития, одной из предпосылок интеллекта. Любая форма психической деятельности опирается на следы прежних действий, восприятий, переживаний, которые вступают в многочисленные связи. Последние же в соответствующих ситуациях актуализируются, обуславливают ядро личности, определяют деятельность субъекта, его мышление, мотивы действий.

Память - является основой психического развития, потому что, её процессы обеспечивают качественное и продуктивное мышление и является важной предпосылкой интеллекта.

**Процессы памяти**:

* Запоминание (фиксация);
* Сохранение (ретенция);
* Воспроизведение (репродукция);
* Узнавание;
* Забывание.

ФИКСАЦИЯ - это способность образовывать новую временную связь. Фиксация обеспечивает:

1. *Кратковременную память* (многократная циркуляция нервных импульсов в замкнутой системе нейроно3) при которой «следы» удерживаются лишь на время пока существует раздражитель.
2. Долговременную память – запоминание информации, которая оставляет след на долгие годы (на всю жизнь). Именно долговременная память является источником знаний, навыков, опыта.

На фиксацию влияет:

• Произвольность или непроизвольность запоминания;

• Степень и направленность внимания;

• Длительность обращения внимания;

• Степень заинтересованности (эмоциональное отношение к информации);

• Содержание информации;

• Самочувствие, степень утомления.

Запоминание опосредованное, логическое, осмысленное значительно богаче, чем механическое заучивание.

Важную роль в запоминании играет сон. Происходит сортировка, «раскладка» на полочки накопленной за день информации, как гласит народная мудрость: «Утро вечера – мудренее».

Чтобы кратковременная память превратилась в долговременную, в мозге должны образоваться новые межнейронные контакты, а формирование таких контактов лучше всего происходит во время сонной активности нервных клеток.

Превращение кратковременной памяти в долговременную называют **консолидацией** памяти.

РЕТЕНЦИЯ - активный процесс, фиксированный материал удерживается в неизменном виде. Под влиянием интересов, деятельности накопления знаний запомнившееся подвергается реконструированию. Процесс сохранения тесно связан с мышлением, которое отбрасывает малозначимое, второстепенное, выделяет главное, синтезирует и анализирует запомнившуюся информацию и обобщает ее.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ (экфория «следов») – активное извлечение из сохраняемого памятью того, что в данный момент необходимо. Здесь еще в большей степени происходит реконструирование воспроизводимого материала.

Может быть:

• Непроизвольным – одна из случайно оживленных ассоциаций как бы тянет за собой сеть сопряженных с ней других связей. В результате возникает более или менее полное воспоминание с осознанием его непроизвольности (реминисценции).

• Произвольным – участвуют волевые процессы. Легкость, скорость, точность произвольного воспроизведения тесно связаны с процессами запоминания, сохранения и их качествами.

Воспроизведение будет наиболее целым если:

- материал интересен;

- при его усвоении более проявлена достаточная самостоятельность;

- план при запоминании с опорными пунктами (смысловой мето5);

- систематическое повторение;

- временной фактор;

- положительные эмоции.

УЗНАВАНИЕ - сочетание нового восприятия с воспроизведением аналогичного представления из прошлого, объединение их по основополагаемым признакам.

ЗАБЫВАНИЕ – исчезновение, выпадение из памяти, процесс угасания прежней информации, чувств, имевшихся навыков. Забывание является естественным и целесообразным процессом, т.к. если бы его не существовало, мозг человека был бы переполнен огромным количеством ненужной ему информации.

Память позволяет:

1 Воспроизводить жизненный опыт;

2 Извлекать из него важные для дальнейшей жизни параметры;

3 Планировать свои действия;

4 Прогнозировать результативность.

**Патопсихологические мнестические** нарушения лежат в основе многих психических заболеваний - от органических до психогенных.

Варианты патологии памяти

дисмнезии

парамнезии

гипермнезии

гипомнезии

амнезии

псевдореминисценции

криптомнезии

конфабуляции

Схема: Варианты патологии памяти

***Количественные нарушения памяти – дисмнезии***

*Гипермнезия* – усиление, обострение памяти. Встречается при маниакальных состояниях, опьянении некоторыми наркотиками (опий, психоаналептики), помрачениях сознания инфекционного и психогенного генеза.

*Гипомнезия* – снижение, ослабление памяти. Характерная последовательность снижения памяти по типу «обратного хода памяти» называется законом Рибо. Ослабление памяти встречается при невротических расстройствах, психоорганическом синдроме.

*Амнезия* – выпадение событий из памяти. Встречается после периода нарушенного сознания или в результате грубых органических поражений головного мозга.

*Фиксационная амнезия –* резкое ослабление или отсутствие способности запоминать текущие события.

*Прогрессирующая амнезия –* утрата способности к запоминанию и постепенное опустошение памяти по закону Рибо. Закон Рибо сформулирован в конце XIX в. фр. психологом Т. Рибо; именуется также законом регрессии или обратного «развития памяти»; характеризует определенную последовательность процесса разрушения памяти, наблюдаемого при прогрессирующей амнезии в случаях заболевания или в пожилом возрасте. Разрушение памяти протекает всегда в одном и том же порядке, начиная с неустойчивого, и кончая стойким. Сначала разрушение касается недавних воспоминаний. Затем оно распространяется на все то, что связано с умственной деятельностью личности. Позднее оно захватывает чувствования и привычки. Заканчивается этот процесс распадом памяти инстинктивной, отличающейся самой стойкой организацией.Восстановление памяти в тех редких случаях, когда наблюдается выздоровление от прогрессирующей амнезии, происходит, как указывает Рибо, в порядке, обратном ее разрушению.

***Качественные нарушения памяти – парамнезии***

*Псевдореминисценции* – ошибочные воспоминания, неправильное воспроизведение во времени, в месте или последовательности событий, которые были в действительности.

*Конфабуляции* – вымышленные, часто фантастические, воспоминания, совершенно не соответствующие действительности.

*Криптомнезии* – искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение памяти.

2). Назовите структуру памяти.

3). Перечислите стадии развития онейроида.

4). Дайте определение дисмнезии.

5). Назовите парамнезии.

6). Что такое «закон Рибо»?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. К КАЧЕСТВЕННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПАМЯТИ ОТНОСИТСЯ

1) гипермнезия

2) гипомнезия

3) фиксационная амнезия

4) конфабуляции

5) прогрессирующая амнезия

2. ХАРАКТЕРНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СНИЖЕНИЯ ПАМЯТИ ПО ТИПУ «ОБРАТНОГО ХОДА ПАМЯТИ» НАЗЫВАЕТСЯ

1) фиксационная амнезия

2) гипомнезия

3) закон Рибо

4) Корсаковский синдром

5) амнестический синдром

3. ОСЛАБЛЕНИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ СПОСОБНОСТИ ЗАПОМИНАТЬ ТЕКУЩИЕ СОБЫТИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) фиксационная амнезия

2) прогрессирующая амнезия

3) ретроградная амнезия

4) парамнезия

5) псевдореминисценции

4. ОБЩЕЕ ОСЛАБЛЕНИЕ ПАМЯТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) амнезия

2) гипомнезия

3) гипермнезия

4) конфабуляция

5) криптомнезия

5. ГИПОМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1) сосудистых заболеваний головного мозга

2) истерии

3) шизофрении

4) маниакального состояния

5) реактивного психоза

6. ГИПОМНЕЗИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ТИПИЧНЫЙ ПРИЗНАК

1) обсессивно-фобического невроза

2) церебрального атеросклероза

3) генуинной эпилепсии

4) простой шизофрении

5) биполярного аффективного расстройства

7. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВСПОМНИТЬ СОБЫТИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) антероградной амнезией

2) конградной амнезией

3) ретроградной амнезией

4) фиксационной амнезией

5) прогрессирующей амнезией

8. ПАЛИМПСЕСТ ЯВЛЯЕТСЯ ВАРИАНТОМ

1) антероградной амнезией

2) конградной амнезией

3) ретроградной амнезией

4) фиксационной амнезией

5) прогрессирующей амнезией

9. ИСТЕРИЧЕСКАЯ АМНЕЗИЯ

1) склонна к прогрессированию

2) развивается по закону Рибо

3) имеет тематический характер

4) сопровождается анэкфорией

5) является необратимой

10. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ АМНЕЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) истерии

2) шизофрении

3) болезни Альцгеймера

4) депрессии

5) мании

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациенту 28 лет. После черепно-мозговой травмы, полученной в аварии, забыл, как он собирался переходить улицу, как дошел до ее середины, где был сбит машиной. Текущие события воспроизводит правильно.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Ретроградная амнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. К органическим заболеваниям головного мозга.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №2**

Больному 74 года, 6 месяцев назад перенес геморрагический инсульт. В настоящее время не может назвать текущую дату, запомнить имя и отчество леча­щего врача, не помнит, навещают ли его родственники. Память на события, происходившие до начала заболевания, удовлетворительная. Грубых интеллектуальных расстройств не выявлено.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. В структуру какого синдрома входит?

5. В результате каких заболеваний обычно развивается данный симптом?

**Эталон ответа**

1. Фиксационная амнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. К органическим заболеваниям головного мозга.

4. Входит в структуру Корсаковского синдрома.

5. Развивается обычно остро, в результате внезапных мозговых катастроф (интоксикаций, травм, асфиксии, инсульта и пр.).

**Задача №3**

Больная 82 лет не помнит событий последних десяти­летий. Считает, что ее мать, умершая 40 лет назад, жива, что медсестры – это ее подруги, лечащий врач – ее муж. Себя считает молодой женщиной. Резко снижено абстрагирование. Установлено, что указанные расстройства развивались постепенно в течение по­следних 4 лет.

1. Назовите симптом.

1. По какому закону он развивается?

3. Расстройством какой сферы психической деятельности является?

4. К какой группе заболеваний относится?

5. В результате каких болезней развивается?

**Эталон ответа**

1. Прогрессирующая амнезия.

2. По закону Рибо.

3. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Возникает при хронических прогрессирующих сосудистых (безинсультное течение церебрального артериосклероз1) и атрофических заболеваниях (Болезни Альцгеймера и Пик1).

**Задача №4**

Больная 84 лет в течение месяца находится в больнице, но сообщает врачу, что она вчера ходила в гости к знакомой, что сегодня утром была дома, занималась хозяйством.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Какую закономерность памяти он отражает?

4. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

5. Чем может быть обусловлена недобровольная госпитализация?

**Эталон ответа**

1. Псевдореминисценции.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. В памяти дольше сохраняется содержание пережитого («память содержания»), чем временные взаимоотношения событий («память времени»).

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Недобровольная госпитализация может быть обусловлена беспомощностью больной (ст. 29, пункт 3 «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача №5**

Больной во сне видел, как он принимал участие в кон­цертной программе, играл на скрипке. Проснувшись, заявил, что он известный музыкант, великолепно играет на скрипке (это не соот­ветствует действительности).

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. При каких заболеваниях встречается данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в стационарном лечении?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Криптомнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. Встречается при органических психозах и параноидной шизофрении.

4. В стационарном лечении не нуждается.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления нарушений памяти.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между мнестическими расстройствами при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно обследовать больного с расстройствами памяти и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Болезнь Альцгеймера.

2) Болезнь Пика.

3) Органическое слабоумие.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.43. **Тема:** «Психоорганические синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Психоорганический синдром – одна из форм неспецифического в нозологическом отношении психопатологического расстройства, основными симптомами которого являются нарушения памяти и интеллекта. Память – вид психической деятельности, при помощи которой отражается весь прошлый опыт. Память называют «входными воротами интеллекта», т.к. она необходима для более сложного вида психической деятельности – интеллекта. При их нарушении развиваются амнестические синдромы и синдромы слабоумия. Лишь тщательное исследование данных расстройств нередко является решающим для правильной диагностики многих органических заболеваний и, следовательно, наиболее эффективного их лечения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств памяти в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать физиологические основы памяти, их свойства, а также клинические проявления их нарушений.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с патологией памяти и интеллекта, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больного с расстройствами памяти; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение психоорганических синдромов  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Диагностические критерии и варианты психоорганического синдрома».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Психоорганический синдром** характеризуется сочетанием стойких, часто необратимых неврологических, а также позитивных и негативных психопатологических симптомов.

Ведущие симптомы – разнообразные аффективные расстройства (раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, эксплозивность, подавленность, брюзгливость, ворчливость, злобность, благодушно-беспечная эйфория,безразличие, апатия); нарушение внимания (истощаемость, отвлекаемость, затруднения переключения); различные дисмнезии;нарушения подвижности мышления от детализации до вязкости; волевые расстройства (ослабление инициативы, сужение круга интересов, стереотипизация деятельности, инактивность).

Обязательные признаки – ухудшение сообразительности («бестолковость»); снижение трудоспособности и продуктивности; несамостоятельность; слабая социальная и биологическая адаптация; психопатоподобное поведение.

Усиливается восприимчивость к разнообразным соматическим и инфекционным заболеваниям, действию климатических и метеорологических факторов (перепады барометрического давления, температуры, повышения влажности, духоты и пр.), ряду средовых воздействий (езда в транспорте, вибрация, действие алкоголя, и т. п.), а также к психогениям, в ответ на которые легко возникают реактивные состояния, чаще истерические. Последнее отражает появляющуюся сенситивность, душевную ранимость.

Факультативные симптомы – сенестопатии; галлюцинации, чаще слуховые, однообразные, стереотипные, с обыденным элементарным содержанием; нестойкий бред, отличающийся фрагментарностью, простотой содержания, отсутствием даже тенденции к систематизации. Возникает склонность к образованию сверхценных идей (сутяжнических, ипохондрических) или фобических состояний.

Нередко отмечаются диэнцефальные расстройства, достаточно выраженные вегетовисцеральные и неврологические симптомы. Психоорганический синдром, как правило, имеет стационарное течение, реже – регредиентное. Его развитие может носить и прогрессирующий характер, что обусловлено дополнительным воздействием экзогенных вредностей (по механизмам патосинергизм1) или нарастанием тяжести заболевания.

**Триада симптомов (Вальтер-Бюэля)**, характерная для психоорганического синдрома:

1. снижение интеллекта (снижение уровня суждений, умозаключений, нарушение критических способностей);
2. ослабление памяти;
3. эмоциональная лабильность, которая на начальных этапах проявляется как несвойственная больному слезливость.

Больные становятся беспомощными, с трудом ориентируются (прежде всего нарушается ориентировка во времени, т.к. постоянно приходится запоминать новые числ1), сложно адаптируются к новой ситуации, плохо её понимают. У них ослабевает воля, снижается работоспособность, они легко переходят от слёз к улыбке и наоборот.

Описана швейцарским психиатром Гансом Рудольфом Вальтер-Бюэлем в 1951г.

Выделяют четыре формы психоорганического синдрома, которые при его прогредиентном течении могут выступать в качестве последовательных этапов его развития.

*Астеническая форма*. Преобладают астенические и эмоционально-гиперэстетические расстройства: истощаемость психических процессов, утомляемость, ухудшение внимания, эмоциональная гиперестезия с раздражительностью, легкая гипомнезия, психическая гиперестезия, парестезии, сенестопатии, склонность к дереализации.

*Эксплозивная форма*. Наряду с выраженными признаками предыдущей формы значительное место занимают аффективные расстройства: раздражительность приобретает черты брутальности, грубости, злобности, появляются мрачная подавленность со злобно-гневливым оттенком, ворчливость, брюзгливость. Нарастают эмоциональная лабильность, слабодушие, детализация и дисмнезия. Повышается сенситивность, и снижаются адаптационные возможности организма. У ряда больных возникают нозофобии, склонность к формированию сверхценных идей ипохондрического или сутяжнического содержания.

*Эйфорическая форма.* Аффективные расстройства имеют оттенок благодушия, беспечности. Выражены дисмнезии и обстоятельность, у больных снижается критическое отношение к своему болезненному состоянию, появляются и нарастают гиподинамия, ухудшение сообразительности. Для эмоциональной лабильности характерны непродолжительные гневливые взрывы, завершающиеся ощущением беспомощности, слезливости, слабодушия.

*Апатическая форма*. Для аффективного фона наиболее характерно безразличие. Нарастают гиподинамия, инактивность, нередко достигающая степени аспонтанности. Резко суживается круг интересов, побуждений. Значительно выражены дисмнестические расстройства, обстоятельность, вязкость. Активное внимание значительно страдает.

***Психоорганические синдромы в детском возрасте***

Причиной формирования психоорганического синдрома (синдрома минимальной мозговой дисфункции, раннего детского экзогенного психосиндром1) являются повреждения мозга во время раннего развития и дифференцировки.

Развитие психических расстройств в результате гипоксически-ишемических повреждений зависит от компенсаторных возмож­ностей головного мозга в процессе дальнейшего развития.

К основным признакам психоорганического синдрома детского воз­раста относятся следующие:

*Нарушения интеллекта.* В отличие от синдромов врожденной умственной отсталости или деменции, у детей с психоорганическим синдромом нарушен не интеллект в целом, а отдельные предпосылки интеллекта — внимание, память, зрительно-моторная координация, фонематический слух.

*Нарушения восприятия.* Особенностью нарушений восприятия у детей с психоорганическим синдромом является ослабление перера­ботки слуховых, зрительных и тактильно-кинестетических импульсов. Дети испытывают затруднения в определении сходства и различия фигур, не соотносят слышимые слова с их письменным изображением, не раз­личают прямого и обратного написания букв, например, нередко изоб­ражая русское «И» как латинское «N».

*Нарушения памяти.* Больные характеризуются невозможностью за­помнить сложные инструкции и осуществить на их основе определенную последовательность действий. Расстройства памяти отличаются непостоянством.

*Нарушения внимания.* Основным нарушением является повышен­ная отвлекаемость. Дети часто неспособны к концентрации внимания, к организации своей деятельности, завершению последовательностей, ведущих к цели.

*Нарушения активности.* При *гиперактивности* отмечается неусид­чивость: дети не могут спокойно усидеть на одном месте, они то вскаки­вают, то садятся, хватают предметы, разбрасывают их, создавая беспо­рядок. В школе не могут усидеть до конца урока, встают, ходят по клас­су, забираются под парту. Из-за моторной неловкости при движении задевают окружающих, но и сами часто падают, ушибаются. *Гипоактивность* характеризуется вялостью, гиподинамией, дети стараются вести себя незаметно, тяготятся шумными играми со сверстниками.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение психоорганического синдрома.

2). Назовите триаду Вальтер-Бюэля.

3). Перечислите клинические варианты психоорганического синдрома.

4). Назовите обязательные и факультативные симптомы психоорганического синдрома.

5). Назовите стадии психоорганического синдрома.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПАРАМНЕЗИИ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ

1) галлюцинаторного синдрома

2) психоорганического синдрома

3) маниакального синдрома

4) кататонического синдрома

5) параноидного синдрома

2. ОСЛАБЛЕНИЕ ПАМЯТИ, СНИЖЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА , НЕДЕРЖАНИЕ АФФЕКТОВ СОСТАВЛЯЮТ

1) маниакальную триаду

2) депрессивную триаду

3) триадуВальтер-Бюэля

4) триаду Протопопова

5) триаду Ганнушкина

3. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) ухудшение сообразительности

2) сенестопатии

3) галлюцинации

4) неврологические симптомы

5) вегетовисцеральные симптомы

4. ОБЩЕЕ ОСЛАБЛЕНИЕ ПАМЯТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) амнезия

2) гипомнезия

3) гипермнезия

4) конфабуляция

5) криптомнезия

5. ГИПОМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1) сосудистых заболеваний головного мозга

2) истерии

3) шизофрении

4) маниакального состояния

5) реактивного психоза

6. ГИПОМНЕЗИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ТИПИЧНЫЙ ПРИЗНАК

1) обсессивно-фобического невроза

2) церебрального атеросклероза

3) генуинной эпилепсии

4) простой шизофрении

5) биполярного аффективного расстройства

7. ТРИАДУ СИМПТОМОВ,ХАРАКТЕРНУЮ ДЛЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОПИСАЛ

1) К.Ясперс

2) В.Х.Кандинский

3) Г.Вальтер-Бюэль

4) Г.де Клерамбо

5) Э.Блейлер

8. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

1) шизофрении

2) невроза навязчивых состояний

3) заболеваний, приводящих к нарушению структуры мозга и массовой гибели нейронов

4) биполярного аффективного расстройства

5) психопатии

9. УСИЛЕНИЕ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К РЯДУ СРЕДОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ, ДЕЙСТВИЯ КЛИМАТИЧЕСКИХ И МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) Корсаковского синдрома

2) синдрома Кандинского-Клерамбо

3) психоорганического синдрома

4) синдрома Фреголи

5) синдрома Капгра

10. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) нарушением сознания

2) бредовыми идеями

3) снижением интеллекта

4) резонерством

5) навязчивыми идеями

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной Ф.62 лет, перенес острый инфаркт миокарда, осложнившийся нарушениями ритма и недостаточностью кровообращения. Несмотря на тяжесть состояния, больной не выполняет предписания врача, нарушает постельный режим. Эйфоричен, много шутит, улыбается. Считает,   
что врачи преувеличивают тяжесть его состояния. Не критичен к поведению, иронизирует по поводу режимных ограничений. Выявляется диффузное снижение памяти, слабость суждений.

1. Назовите симптомы.

1. Расстройством каких сфер психической деятельности они является?

3. Назовите синдром.

4. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Гипонозогнозия, эйфория, гипомнезия, интеллектуальное снижение.

2. Память, эмоции, мышление.

3. Психоорганический синдром.

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Прогноз относительно благоприятный при правильно подобранной терапии.

**Задача №2**

Женщина 45 лет с тревожно-мнительными чертами характера, страдающая сахарным диабетом, после посещения дочери в инфекционной больнице стала часто мыть руки, считая, что она могла заразиться инфекционным гепатитом. После мытья рук чувствовала некоторое улучшение своего самочувствия, уменьшение опасений. Понимала, что может быть и не заболеет, но продолжала для уверенности часто мыть руки. При обследовании у врача выявлено снижение внимания, памяти и нерезкое снижение интеллектуальных функций, повышенная истощаемость психических процессов.

1. Назовите симптомы.

1. Назовите синдром.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Что послужило развитию данного заболевания?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Навязчивости, гипомнезия, интеллектуальное снижение.

2. Обсессивный, психоорганический.

3. К органическим заболеваниям головного мозга.

4.Органическое поражение головного мозга вследствие эндокринологической патологии.

5. Благоприятный при адекватной терапии.

**Задача №3**

Больной Т., 40 лет, шофер. Наследственность не отягощена. Работает шофером 15 лет. Алкогольные напитки употребляет часто , но не похмеляется. Последние 10 лет имеет постоянный контакт с этилированным бензином, часто приходится его разливать в закрытом помещении, при этом бензин нередко попадает в рот. Три года жалуется на головную боль, плаксивость, снизилась работоспособность, появилась раздражительность, вялость. Нарушился сон. Лечился у терапевтов, невропатологов. Перед настоящим заболеванием случайно проглотил какое-то количество этилированного бензина. К вечеру развились зрительные галлюцинации, казалось, что кровать шатается, парит в воздухе. Голова кажется ему тяжелой, огромных размеров. Постепенно обманы восприятия исчезли. На первый план выступило снижение памяти. Забывает текущую дату, не помнит лечащего врача, прочитанный текст. Совершает грубые ошибки при арифметических действиях. К своему состоянию относится с частичной критикой, тяготится болезнью.

1. Назовите синдром.

1. Назовите симптомы.

3. Расстройством какой сферы психической деятельности являются эти синдромы?

4. К какой группе заболеваний относится?

5. Что послужило развитию данного заболевания?

**Эталон ответа**

1.Наблюдаются последовательно: астенический, делириозный, психоорганический синдромы.

2.Астения, эмоциональная лабильность, зрительные галлюцинации, психосенсорные расстройства, гипомнезия, интеллектуальное снижение.

3. Сознание, эмоции, память,.

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Злоупотребление алкоголем, интоксикация этилированным бензином.

**Задача №4**

Больной К., 16 лет. Рос и развивался нормально, в детстве ничем не болел. В школе учился легко и успешно. Увлекся с 14 лет мотоциклом. Все свое свободное время проводил за его осмотром и вождением. Попал в ДТП. Был доставлен в нейрохирургическое отделение в бессознательном состоянии, где удалили вдавленные осколки черепа и гематому. По выходе из бессознательного состояния не был в состоянии проделывать какие-либо умственные упражнения. Резко была снижена память на текущие и прошедшие события. Первое время жаловался на резкие головные боли, головокружение, звон, шум и тяжесть в голове. Выписан через 2 месяца. В последующие 3-4 года больной обнаруживал высокую умственную истощаемость, не переносил жару, езду в транспорте. Изменился по характеру- стал вспыльчив, раздражителен, конфликтен. Отмечались периоды эйфории и благодушной веселости.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Что привело к развитию данного заболевания?

4. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Психоорганический синдром.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти, интеллект, а также эмоции.

3.ЧМТ.

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Относительно благоприятный.

**Задача №5**

Больной А., 52 лет, рабочий. В течение многих лет состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Начало своего заболевания связывает с контузией головного мозга, полученной во время службы в армии. Жалуется на частые головные боли давящего характера, слабость, быструю утомляемость, раздражительность. Дома нетерпим. В каждом слове жены видит обидный для себя намек, проявление неуважительного к себе отношения, шумная возня детей вызывает реакцию крайнего раздражения. Однажды устроил скандал в трамвае из-за того, что его несколько раз подряд попросили передать деньги на билет, грубо ругался, замахивался на пассажиров. Был доставлен в отделение милиции, где плакал навзрыд, просил прощения. На приеме в диспансере настроение у больного подавленное, волнуется, на глазах слезы, лицо покрывается красными пятнами. Отлично понимает болезненный характер своей неуравновешенности, жалеет жену и детей, просит помочь ему, назначить какое-нибудь успокаивающее средство.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Что привело к развитию данного заболевания?

4. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Психоорганический синдром.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти, интеллект, а также эмоции.

3.Контузия головного мозга.

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Относительно благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления нарушений памяти и интеллекта.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между мнестическими расстройствами при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно обследовать больного с расстройствами памяти, эмоционально-волевой сфер психики и правильно описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Эндокринный психосиндром.

2) Расстройства эмоциональной сферы при психоорганическом синдроме.

3) Синдром дефицита внимания и гиперактивности.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.44. **Тема:** «Синдромы умственной отсталости».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Интеллект – вид психической деятельности, при помощи которой человек способен продуктивно использовать весь прошлый опыт. Память называют «входными воротами интеллекта», т.к. она необходима для более сложного вида психической деятельности – интеллекта. При их нарушении в детском возрасте развиваются различные варианты умственной отсталости и синдромы слабоумия. Лишь тщательное исследование данных расстройств нередко является решающим для правильной диагностики многих органических заболеваний и, следовательно, наиболее эффективного их лечения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств интеллекта в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики умственной отсталости.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного умственной отсталостью, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больного с умственной отсталостью; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение синдромов умственной отсталости  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Диагностические критерии и варианты умственной отсталости».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Умственная отсталость** – состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума. Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, вошел в международные классификации психических болезней и национальные классификации многих стран, заменив термин «олигофрения», который длительное время был распространен в нашей стране и некоторых других странах мира.

В МКБ-10 умственная отсталость определяется как «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных особенностей».

По степени выраженности олигофрения как синдром делится на легкую, умеренную, тяжелую, глубокую (дебильность, имбецильность, идиотию – по старой терминологии). Для умственной отсталости характерно наличие двух признаков: интеллектуальный дефект со слабостью абстрактного мышления и отсутствие прогредиентности. Вспомогательное значение имеет критерий нарушения социальной адаптации, в частности невозможность усвоения программы общеобразовательное школы. Необходимо дифференцировать умственную отсталость с различными формами задержки психического развития (психофизическим инфантилизмом, например), с астеническим типом психопатии микросоциальной, педагогической запущенностью и деменцией – умственной неполноценностью, возникающей в результате болезни (например, черепно-мозговой травмы или эпилепсии).

Классификация умственной отсталости согласно МКБ-10:

F-70 Легкая умственная отсталость

F-71 Умеренная умственная отсталость

F-72 Тяжелая умственная отсталость

F-73 Глубокая умственная отсталость.

Таблица. Разделение умственной отсталости по степени задержки интеллектуального развития

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| МКБ-10 | | IQ | Отечественная классификация | Социальная характеристика |
| Класс | Степень УО |
| F 70 | Легкая УО | 50-69 | Дебильность | Воспитуемы, обучаемы, трудоспособны |
| F 71 | Умеренная УО | 35-49 | Имбецильность | Воспитуемы, необучаемы, нетрудоспособны |
| F 72 | Тяжелая УО | 20-34 | Имбецильность | Воспитуемы, необучаемы, нетрудоспособны |
| F 73 | Глубокая УО | Ниже 20 | Идиотия | Невоспитуемы, необучаемы, нетрудоспособны |

Выделяют: 1) наследственно-эндогенные формы умственной отсталости. К этой группе относят метаболические расстройства: фенилкетонурия, галактоземия, синдром Шерешевского-Тернера, болезнь Крузона.

2) эмбрио-фетопатии, при которых интеллектуальная недостаточность обусловлена перенесенными женщиной во время беременности инфекционными заболеваниями, например коревой краснухой, токсоплазмозом, сифилисом.

3) Формы умственной отсталости, связанные с повреждениями головного мозга (родовые травмы, асфиксии, перенесенный в раннем возрасте энцефалит, отравления).

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль над функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит зна­чительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо.

Умственная отсталость умеренная. У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала.

Умственная отсталость тяжелая. Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34. Включаются: резко выраженная имбецильность, тяжелая олигофрения.

Умственная отсталость глубокая. У больных коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

При умственной отсталости, представляющей собой полиморфную группу патологических состояний, отмечается большое разнообразие клинико-психопатологических расстройств. Поэтому **клиническая систематика** умственной отсталости строится на широко используемых понятиях «дифференцированная» и «недифференцированная» умственная отсталость.

*В группу клинически дифференцированной УО входят в первую очередь нозологически самостоятельные заболевания, для которых умственная отсталость является лишь одним из симптомов, как правило, самым тяжелым.*

Чаще это генетические обусловленные нарушения, реже – клинически очерченные синдромы, этиология которых еще не ясна (синдром Корнелии де Ланге и др.). К дифференцированным формам принято относить также варианты интеллектуального недоразвития, выделяемые по какому-то одному клиническому симптому, отражающему общее патогенетическое звено поражения мозга, при всем разнообразии этиологических и патогенетических механизмов, вызывающих это нарушение, например, микроцефалию, гидроцефалию и др. К этой же группе относятся и некоторые экзогенно обусловленные формы умственной отсталости при наличии определенной специфичности клинической картины.

Клинически «недифференцированная умственная отсталость» – это умственная отсталость, не имеющая специфической клинико-психопатологической и сомато-неврологической картины заболевания.

*При этом следует помнить, что этиологическая неясность и клиническая недифференцированность – понятия, отражающие разные стороны проблемы.*

*Болезнь Дауна.*

Наиболее часта форма хромосомной аномалии. Популяционная частота – 1: 700. Выделяют три цитогенетических варианта: регулярная трисомия по 21-й хромосоме (до 93 % всех случаев болезни Даун1), несбалансированная транслокация с участием 21-й хромосомы и мозаицизм – наличие у одного индивидуума клеток с нормальным и анормальным кариотипом.

Клиническая характеристика. Наиболее часто отмечается брахиоцефалический череп со сглаженным затылком и уплощенным лицом, косой разрез глаз, эпикант, гипертелоризм, расширенное и уплощенное переносье. У большинства больных – короткая шея, широкие кисти с короткими пальцами. Кожа обычно сухая, на лице нередко шелушащаяся, щеки с характерным румянцем. Имеются типичные дерматоглифические особенности в виде поперечной борозды ладоней, одна сгибательная складка на 5-м пальце. Почти у половины больных встречаются врожденные пороки сердца, желудочно-кишечного тракта. При полной трисомии 21-й хромосомы отмечается умеренная и тяжелая УО, при мозаичном варианте болезни Дауна часто встречается легкая УО и даже нормальный интеллект. Больные, как правило, ласковы, добродушны, привязчивы, хорошо усваивают несложные житейские навыки.

*Хромосомы XXY синдром (синонимы: синдром Клайнфелтер1)*

Популяционная частота (в среднем) составляет 1: 850 мальчиков, среди умственно отсталых составляет 1 - 2,5%.

Клиническая характеристика. Основные проявления синдрома Клайнфелтера складываются из гипогенитализма и проявлений смешанного пола. Особенности телосложения: высокий рост, евнухоидное телосложение, нередко гинекомастия. Часто встречаются диспластические стигмы: уплощенный затылок, гипертелоризм, эпикант, высокое небо, неправильный рост зубов и другие. У многих больных имеются специфические дерматоглифические признаки: поперечная складка, дистальное расположение трирадиуса, увеличение частоты дуг на пальцах, снижение гребневого счета. Интеллектуальная недостаточность колеблется от пограничной до легкой умственной отсталости. Возможен нормальный интеллект. Для синдрома Клайнфелтера характерна диссоциация между неглубокой интеллектуальной недостаточностью и выраженной эмоционально-волевой незрелостью.

*Хромосомы Х моносомии синдром (синонимы: синдром Шерешевского-Тернера, моносомия Х).*

Среди новорожденных синдром Шерешевского –Тернера встречается с частотой 1: 3000, а среди умственно отсталых девочек – 1 : 1500.

Клиническая характеристика.Особенности телосложения: низкий рост, коротка широкая шея с характерной крыловидной кожной складкой, протягивающейся от сосцевидного отростка височной кости до акромиального отростка лопатки. Низко расположенные деформированные уши. На коже лица, туловища, конечностей нередко видны различной величины пигментные пятна. Наружные половые органы недоразвиты, отсутствуют или слабо развиты молочные железы, оволосение на лобке не выражено, почти всегда отсутствуют менструации. Внутренние половые органы также недоразвиты: матка гипопластична, шейка матки укорочена или раздвоена месте яичников – фиброзные тяжи с участками яичниковой ткани. Нередки пороки сердечно-сосудистой системы. Дерматоглифические особенности: дистальное расположение осевого трирадиуса, поперечная ладонная складка, увеличение частоты узоров в области гипотенара, высокий гребневой счет. Интеллектуальное развитие в большинстве случаев нормальное, однако снижение интеллекта встречается значительно чаще, чем в популяции.

*Фенилкетонурия (ФКУ).*

Заболевание связано с нарушением межуточного обмена фенилаланина, обнаруживается у 1 % умственно отсталых лиц. Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

Клиническая характеристика. Типичным является депигментация (от отчетливого альбинизма до светлого цвета волос и радужной оболочки), сочетающейся со слабо развитой мозговой частью черепа и своеобразным «мышиным» запахом. Довольно часто отмечаются экзематозные очаги.

У большинства больных (92- 96 %) устанавливается умеренная и тяжелая умственная отсталость. Психический статус характеризуется разнообразными расстройствами поведения, чаще возбуждением с двигательными стереотипиями, аутизмом. У 25- 50 % больных наблюдается судорожный синдром, редко – психотические состояния.

**Возрастные особенности синдромов умственной отсталости.**

Особенности дефекта при умственной отсталости складываются и становятся отчетливыми не сразу. В каждом возрастном периоде обра­щает на себя внимание недоразвитие отдельных функций, характерных именно для данного возраста.

У детей первого года жизни отстает развитие психомоторики, отмеча­ется замедленное становление зрительных и слуховых условных рефлек­сов, недостаточность эмоциональных реакций, неполноценность комп­лекса «оживления».

На втором и третьем году заметно позднее появление первых слов, отсутствие фраз, снижение познавательного интереса, замедление фор­мирования навыков самообслуживания. В дошкольном возрасте нару­шена игровая деятельность, отмечается склонность к манипулятивной игре. Редко задаются вопросы: «Что такое?», «Зачем?», «Почему?», от­сутствует интерес к познавательным играм.

В школьном возрасте обнаруживаются слабость обобщения, невозможность выделения существенных признаков предметов и явлений, преимущественно конкретно-ситуационный характер мышления. Уже в первом классе обнаруживается невозможность осваивать программу массовой школы. У подростков к интеллектуальному дефекту присое­диняются такие особенности личности, как внушаемость, некритич­ность, невозможность принимать решения, зависимость поведения от внешней ситуации, собственных аффектов и влечений.

В зрелом возрасте у людей с легкой степенью умственной отсталости возможна социальная адаптация и овладение несложными профессиональными навыками.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение умственной отсталости.

2). Как различают умственную отсталость по этиологии?

3).Как разделяют умственную отсталость по выраженности интеллектуального дефекта?

4). Перечислите признаки умственной отсталости глубокой степени.

5). Перечислите признаки умственной отсталости легкой степени.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. К УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ОТНОСЯТСЯ РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА ВСЛЕДСТВИЕ

1) причин, подействовавших до завершения формирования основных процессов мышления (до рождения или до 3 лет жизни)

2) причин, подействовавших после 3 лет жизни

3) шизофрении

4) эпилепсии

5) тяжелых органических повреждений головного мозга, возникших в возрасте старше 3 лет

2. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ХАРАКТЕРНО

1) резонерство

2) стереотипии

3) символическое мышление

4) нарушение абстрактного мышления

5) разорванность мышления

3. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ХАРАКТЕРНО

1) бедная маловыразительная речь со скудным словарным запасом

2) ускоренная речь

3) многословие

4) симптом монолога

5) соскальзывание

4. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

1) лабильность эмоций

2) гипертимия

3) субдепрессия

4) недоразвитие в эмоциональной сфере

5) дистимия

5. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

1) каталепсия

2) симптом капюшона

3) эпилептиформные припадки

4) стереотипии

5) эхо-симптомы

6. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ХАРАКТЕРНЫ

1) негативизм

2) агрессивность

3) выраженная внушаемость

4) апатия

5) депрессия

7. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ХАРАКТЕРНО

1) прогредиентный характер интеллектуального дефекта

2) обратимый характер расстройства

3) непроцессуальный непрогредиентный характер интеллектуального дефекта

4) волнообразное течение

5) частые обострения

8. УЛУЧШЕНИЕ АДАПТАЦИИ, УВЕЛИЧЕНИЕ ЗАПАСА НАВЫКОВ, УМЕНИЙ И ЭЛЕМЕНТАРНЫХ ЗНАНИЙ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) компенсация

2) эволютивная динамика

3) прогрессивная динамика

4) регрессирующее расстройство

5) сглаживание дефекта

9. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) нарастание астении

2) усиление раздражительности

3) психопатоподобное поведение

4) реакции протеста

5) психозы

10. ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ

1) продуктивной симптоматики

2) прогредиентности

3) апатико-абулического синдрома

4) расстройства сознания

5) амнестических расстройств

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Ребенок 5 лет не узнает родителей, не отличает горячего от холодного, тянет в рот несъедобные предметы, не умеет раздеваться и одеваться. Нередко бывает злобен, пытается кусаться, рвать волосы, одежду. Речь полностью отсутствует. Нуждается в постоянном надзоре и уходе.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. С какими нарушениями обычно сочетается психический дефект при данной степени недоразвития интеллекта?

4. Каков прогноз?

5. Что является причиной смерти у таких больных?

**Эталон ответа**

1. Идиотия.

2. Умственная отсталость глубокая.

3. Психический дефект сочетается с множественными дефектами формирования внутренних органов и внешними аномалиями.

4. Прогноз неблагоприятный.

5. Причиной смерти у таких больных являются инфекции и интеркуррентные заболевания.

**Задача №2**

Ребенку 12 лет. По словам родителей, с раннего дет­ства уступал сверстникам в умственном развитии. С трудом окончил 3 класса спец. школы, научился писать отдельные слова, считает до 100, легко складывает в пределах 30, но с трудом вычитает числа. Знает, что такое кровать, стол, стул, но сгруппировать их в одно понятие не может. Очень приле­жен, имеет довольно хорошую механическую память.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Как можно охарактеризовать мышление этого ребенка?

4. Чем нивелируется у него отсутствие абстрактного мышления?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дебильность.

2. Умственная отсталость легкой степени.

3. Мышление конкретно-ситуационное.

4. Прилежанием и хорошей механической памятью.

5. Прогноз относительно благоприятный – может освоить несложную профессию и работать под руководством наставника.

**Задача №3**

Мальчику 9 лет. Двигательно неловок. Может сам есть ложкой, но одеваться, раздеваться не умеет. Заикается, речь косноязычная, словарный запас ограничен, фразовая речь фактически отсутствует. Знает названия окружающих предметов. Ласков, послушен, эмоционально привязан к родным, иногда копирует их действия.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Чем характеризуется познавательная деятельность этого ребенка?

4. Имеется ли у него абстрактное мышление?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Имбецильность.

2. Тяжелая умственная отсталость.

3. Познавательная деятельность ограничивается образованием представлений.

4. Абстрактное мышление отсутствует.

5. Может научиться выполнять простейшие навыки самообслуживания и трудовые операции под контролем взрослых.

**Задача №4**

Мальчику 7 лет. Небольшого роста, с короткими конечностями при относительно длинном туловище. Лицо круглое, широкое, косой разрез глаз с эпикантом, маленькие деформированные уши, толстый язык. Половые органы недоразвиты, общая гипотония мышц и разболтанность суставов. IQ 38. Ребенок возбудим, капризен, речь развита слабо. Часто болеет простудными заболеваниями, распространен кариес.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Чем характеризуется познавательная деятельность этого ребенка?

4. Имеется ли у него абстрактное мышление?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Имбецильность – умеренная умственная отсталость.

2. Болезнь Дауна.

3. Познавательная деятельность ограничивается образованием представлений.

4. Абстрактное мышление отсутствует.

5. Может научиться выполнять навыки самообслуживания и трудовые операции под контролем взрослых.

**Задача №5**

Девочке 15 лет. Низкого роста, с короткой шеей, с низкой границей роста волос, на шее имеется крыловидная складка. Вторичные половые признаки не развиты, аменорея. Снижение интеллекта негрубое, IQ 64, обучается в спецшколе. Добродушна, послушна, любит выполнять простую стереотипную работу.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Определите генотип.

4. Имеется ли у нее абстрактное мышление?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дебильность – легкая умственная отсталость.

2. Синдром Шерешевского-Тернера.

3. Генотип Х0.

4. Абстрактное мышление отсутствует.

5. Может научиться выполнять навыки самообслуживания и простые трудовые операции.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления нарушений памяти и интеллекта.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между расстройствами интеллектуального недоразвития, зная критерии диагностики умственной отсталости при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно обследовать больного с недоразвитием интеллекта и правильно описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Дифференцированные формы умственной отсталости.

2) Задержка психического развития.

3) Психозы при умственной отсталости.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.45. **Тема:** «Синдромы слабоумия (деменции)».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Интеллект – вид психической деятельности, при помощи которой человек способен продуктивно использовать весь прошлый опыт. Память называют «входными воротами интеллекта», т.к. она необходима для более сложного вида психической деятельности – интеллекта. При их нарушении в детском возрасте развиваются различные варианты умственной отсталости и синдромы слабоумия. Лишь тщательное исследование данных расстройств нередко является решающим для правильной диагностики многих органических заболеваний и, следовательно, наиболее эфективного их лечения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств интеллекта в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики синдромов слабоумия.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного слабоумием, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больного слабоумием; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с проявлениями синдрома деменции  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Болезнь Альцгеймера».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Под слабоумием (деменция) понимают стойкое оскудение и упроще­ние психической деятельности, характеризующееся ослаблением позна­вательных процессов, обеднением эмоций и нарушением поведения. В МКБ-10 ***деменция*** определяется как синдром, обусловленный заболеванием мозга, как правило, хронического или про­грессирующего характера, при котором имеются нарушения ряда высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, пони­мание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Сознание не из­менено.

Близкое к этому определение дают американские психиатры H.I.Kaplan и B.J.Sadock(1994): «Деменция характеризуется утратой ког­нитивных и интеллектуальных способностей, причем эта утрата носит настолько выраженный характер, что приводит к нарушениям социаль­ной и профессиональной деятельности больного. Полная клиническая картина включает нарушения памяти, абстрактного мышления и крити­ки к своему состоянию с определенными личностными изменениями. Расстройство может быть прогрессирующим, статичным или обратимым: оно является результатом широко распространенного поражения мозга или его дисфункции. В основе этого поражения всегда лежит органическое поражение мозга, хотя иногда специфический органический фактор выявить не удается. В случае, когда специфический фактор не установлен, следует, тем не менее, вести тщательный поиск органического поражения, а также проверить все диагнозы на неорганическое заболевание.  
Обратимый характер деменции связан с лежащей в ее основе патологией, а также с возможностью и проведением эффективной терапии.  
Таким образом, деменция имеет два существенных отличия от врож­денного слабоумия (умственной отсталости). Первое заключается в том, что она всегда обусловлена органическим расстройством, до возникно­вения которого интеллектуальный уровень больного соответствовал воз­растной норме. Второе связано с обратимостью, т. е. предполагается, что при определенных видах патологии при правильном лечении возможно восстановление познавательных функций.

А.В.Снежневский выделяет типы деменции по характеру по­ражения головного мозга (парциальное и тотальное слабоумие) и по вызвавшей его болезни.

Парциальное (дисмнестическое) слабоумие. Характеризуется нерав­номерностью или частичностью выпадения памяти. Нередко сохраняет­ся способность к воспроизведению фактов, но нарушается их последовательность, отнесение к определенному временному периоду. Отмечаются замедленность психических процессов, эмоциональная лабильность, слезливость. Наряду с нарушениями, сохраняется совокупность качеств, отнесенных к «ядру личности» (навыки поведения, установки и т.п.).

Тотальное слабоумие. Выражается в одновременном и относитель­но равномерном снижении всех сторон познавательной деятельности. При *паразитическом* слабоумии аффект проявляется благодушием, бес­печностью, пустой эйфорией. *Сенилъный* тип характеризуется угрюмо­стью, раздражительностью, эмоциональным оскудением, прогрессиру­ющей амнезией, утратой критики.

***Синдромы деменции при различных заболеваниях***

Болезнь Альцгеймера. Болезнь Альцгеймера отличается клиничес­кой гетерогенностью. Наиболее характерным для ее клинической картины является *афато-апракто-агностическии синдром.* Психопа­тологическая структура инициального этапа болезни обнаруживает оп­ределенную зависимость от возраста, в котором она началась. У всех больных как наиболее ранние проявления заболевания обнаруживаются нарушения памяти на текущие события. У пациентов с наиболее поздним началом болезни амнестические нарушения являются первым симптомом, а при более раннем начале нарушения памяти сочетаются с другими симптомами (характерологическими изменениями, началь­ными нарушениями корковых функций). Есть случаи, когда на первое место в дебюте выходят апраксии или агнозии. Клинически развернутая симптоматика выражается в полной утрате профессиональных навыков, явном затруднении в выполнении повседневных видов деятельности, Нарастании корковых очаговых расстройств. Исход болезни характеризуется полным распадом психической деятельности.

Сосудистая деменция. Сосудистой деменцией называется синдром, наблюдаемый при различных цереброваскулярных нарушениях ишемического, реже геморрагического характера. Бинсвангер в 1894 г. опи­сал 8 случаев заболевания, начавшегося на шестом десятке лет и харак­теризующегося постепенно нарастающим слабоумием в сочетании с апоплектиформными эпизодами. Клиническая картина болезни Бинсвангера, морфологическую основу которой составляют множественные лакунарные инфаркты, выражается сочетанием интеллектуально-мнестических, психоэмоциональных, личностных изменений, возникающих постепенно, с разнообразной очаговой неврологической симптоматикой.  
Характерным в течении заболевания является преобладание субкор­тикальных проявлений — апатии, абулии, депрессии, снижения внима­ния и памяти над речевыми, гностическими нарушениями и апраксией. Сосудистая деменция при *церебральном атеросклерозе* является результатом сочетания «ядра» слабоумия, его нео­братимой органически-деструктивной основы с функционально-динами­ческими компонентами: оглушенностью, возбуждением, аспонтанностью.

Выделено три типа течения атеросклеротического слабоумия: безынсультный, инсультный и смешанный. Динамика атеросклеротической деменции характеризуется тремя этапами формирования.

На первом эта­пе преобладают астения, функциональные расстройства сознания разной глубины, экзогенные типы реакции.

Второй этап выражается кристалли­зацией слабоумия, когда все отчетливее проявляется органическая симп­томатика.

На третьем этапе доминируют деструктивно-органические сим­птомы.

Синдром диализной деменции. Синдром диализной деменции вклю­чает в себя прогрессирующее слабоумие, нарушения речи, миоклонические судороги, изменения на электроэнцефалограмме. Его первыми проявлениями являются замедление речи, трудности в назывании от­дельных предметов, тремор конечностей, миоклонус, астериорексис. двигательная диспраксия, нарушения памяти, неспособность концент­рировать внимание. Иногда клиническая картина усложняется галлюцинаторно-параноидным синдромом.

***Клинические варианты синдромов деменции и их сочетания с другими синдромами***

Описаны следующие клинические варианты синдромов деменции:  
1. Деменция амнестическая. Характеризуется грубыми прогредиентными расстройствами памяти с амнестической дезориентировкой.

2. Деменция амнестически-парамнестическая. Наблюдается в струк­туре корсаковского синдрома при церебральном атеросклерозе, пресбиофренной формы старческого слабоумия, болезни Альцгеймера.

3. Деменция апатическая. Протекает при выраженном снижении во­левой активности, редукции речи, оскудении эмоций.

4. Деменция асемическая. Характеризуется очаговым поражением фун­кций речи, гнозиса и праксиса.

5.Деменция галлюцинаторно-параноидная. Здесь галлюцинации и бред не рассматриваются как чисто функциональные симптомы, они тесно связаны с особенностями органического деструктивного процес­са и структурой синдрома слабоумия.

6. Деменция с морией. Наблюдается при органических поражениях головного мозга лобно-базальной локализации. Над сравнительно не­глубоким поражением познавательной способности преобладают расторможенность, эйфория.

***Возрастные особенности синдромов деменции***

Граница между синдромами умственной отсталости и деменциив раннем детском возрасте довольно условна. Предполагается, что о деменции можно говорить лишь тогда, когда ей предшествовал этап нормального психического развития. Однако если мозговое повреждение совпадает с периодом становления познавательных функций, то ограничение приобретенного и врожденного слабоумия представляет существенные трудности.

Общими признаками **деменции в детском возрасте** являются более или менее выраженная мозаичность психических нарушений, неравномерность снижения одних и относительная сохранность других познавательных способностей. Ее причинами являются поражения головного мозга инфекционного, интоксикационного, травматического генеза.При ранней детской шизофрении формируется олигофреноподобный дефект. Специфическими формами детского слабоумия неясной этиологии являются синдром Геллера и синдром Ретта.

*Синдром Геллера (dementia infantilis).* После не менее чем двухлетнего периода нормального развития наступают отчетливые поведенческие изменения в виде капризности, раздражительности, непослуша­ния, своенравия, тревожности, гиперактивности. В дальнейшем прояв­ляются обеднение и потеря речи, утрачиваются ранее приобретенные навыки опрятности и контроль физиологических отправлений. Стадия быстрого регресса психических функций сменяется периодом относи­тельной стабильности, а затем некоторым улучшением. Однако, несмотря на отсутствие дальнейшего регресса, прогноз плохой, большинство случаев заканчивается тяжелой умственной отсталостью.

Синдром Ретта. Встречается только у девочек. Диагностируется при нормальном протекании пре- и перинатального периода. В про­межутке от 5 месяцев до 3 лет отмечается замедление роста черепа. Отставание в развитии становится очевидным в возрасте 1-1,5 лет, когда ребенок, до тех пор нормально развивавшийся, начинает терять речь, локомоторно-статические и предметно-манипулятивные навыки. Нередки эпилептические припадки. В поздних стадиях обращают на себя внимание атаксия туловища и апраксия, сопровождающиеся сколиозом, кифосколиозом и хореоатетоидными движениями.

К **деменциям позднего возраста** относятся предстарческие, старчес­кие и сосудистые. Преобладание в психопатологической картине того или иного вида нарушений, их различные сочетания и различная степень выраженности позволили выделить следующие симптомокомплексы:

1) *амнестическая деменция;*

2) *лакунарная деменция;*

3) *псевдопарали­тическая деменция,*

4) *апоплексическая деменция,*

5) *простое старчес­кое слабоумие,*

6) *првсбиофрения;*

7) *деменция с наличием локальных корковых симптомов.*

Амнестическая, лакунарная, псевдопаралитичес­кая деменция наиболее часто наблюдаются при сосудистых заболевани­ях головного мозга; простое старческое слабоумие и пресбиофрения — при старческих психозах.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение деменции.

2). Назовите типы деменции по Снежневскому.

3). Перечислите клинические варианты синдромов деменции.

4). Назовите общие признаки деменции в детском возрасте.

5). Перечислите деменции позднего возраста.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПОТЕРЯ НАКОПЛЕННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И ЗНАНИЙ, ОБЩЕЕ СНИЖЕНИЕ ПРОДУКТИВНОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) деменции

2) олигофрении

3) дебильности

4) шизофрении

5) истерии

2. ОРГАНИЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

1) шизофрении

2) невроза навязчивых состояний

3) заболеваний, приводящих к нарушению структуры мозга и массовой гибели нейронов

4) биполярного аффективного расстройства

5) психопатии

4. ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ МОЗГА РАЗВИВАЕТСЯ ДЕМЕНЦИЯ

1) лакунарная

2) тотальная

3) концентрическая

4) везаническая

5) амнестическая

5. К ОРГАНИЧЕСКОМУ СЛАБОУМИЮ НЕ ОТНОСИТСЯ ДЕМЕНЦИЯ

1) сосудистая

2) атрофическая

3) эпилептическая

4) шизофреническая

5) дисмнестическая

6. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ЛАКУНАРНОМ СЛАБОУМИИ

1) отсутствуют

2) выражаются в апатии и абулии

3) проявляются заострением прежних черт

4) сопровождаются нарастанием эгоцентризма

5) достигают степени распада «ядра личности»

7. ТИПИЧНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛАКУНАРНОГО СЛАБОУМИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) опухоли лобных долей мозга

2) локальные инсульты

3) диффузные ангиопатии

4) прогрессивный паралич

5) употребление ПАВ

8. ТИПИЧНОЙ ПРИЧИНОЙ ТОТАЛЬНОГО СЛАБОУМИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) генуинная эпилепсия

2) повторные сотрясения мозга

3) церебральный атеросклероз

4) дегенеративные процессы

5) опухоли головного мозга

9. ДЕМЕНЦИЯ – ЭТО

1) возникающее в результате болезни ослабление интеллектуальной деятельности

2) неспособность к правильной артикуляции, смазанная, запинающаяся, спотыкающаяся речь

3) нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта

4) неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта

5) повторение отдельных слогов

10. ПРИОБРЕТЕННОЕ СЛАБОУМИЕ, ВЫЗВАННОЕ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) деменция

2) олигофрения

3) Корсаковский психоз

4) амнестический синдром

5) синдром Кандинского-Клерамбо

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больная 72 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. [Смотрит на образец](http://vkist.ru/semyuelebekketschastlivie-dni-perevela-s-anglijskogo-l-bespalo/index.html), делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

1.Назовите симптомы.

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Аграфия, апраксия, слабоумие.

2. Тотальная деменция.

3.Болезнь Альцгеймера.

4.Генетические.

5. Неблагоприятный.

**Задача №2**

У больного Л. в возрасте 62 лет начал меняться характер: появились капризность, грубость, раздражительность. [Позднее стал нелепым и расторможенным](http://vkist.ru/kak-oplatite-patent-dlya-ip/index.html), особенно в сексуальном отношении (играл на улице с детьми и бегал за девочками). При госпитализации в психиатрическую больницу был благодушен, суетлив, груб, бестактен. Употреблял одни и те же выражения, без конца повторял одни и те же рассказы, сопровождая их одними и теми же жестами.

1.Назовите симптомы.

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Расторможенность влечений, эмоциональная тупость, слабоумие, «стоячие обороты».

2.Тотальная деменция.

3.Болезнь Пика.

4. Этиология неизвестна.

5. Неблагоприятный.

**Задача №3**

Больной 68 лет.Заболевание развивалось постепенно. Стал вялым, потерял интерес к семейным делам. Утратил такт и приличие: будучи в гостях, [полез рукой в кастрюлю](http://vkist.ru/nu-i-zachem-ya-polez-v-tvoj-son/index.html), пытаясь извлечь кусок мяса. У родных и знакомых таскал всё без разбору (мыло, крупу и т.д.). Не мылся и не брился, отличался непомерной прожорливостью, съедал еду, оставленную для внучки. Почти не разговаривал. На вопросы отвечал или повторением вопроса или «Убегу в Америку».

1.Назовите симптомы.

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. Абулия, апатия, эмоциональная тупость, булимия, мутизм, слабоумие.

2.Тотальная деменция.

3. Болезнь Пика.

4.Этиология неизвестна.

5. Уход, надзор, симптоматическая терапия.

**Задача №4**

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. [Перестала ходить в магазин](http://vkist.ru/kakoj-internet-magazin-otkrite-vibiraem-nishu/index.html), т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала «пропавшие» вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

1. Назовите симптомы.

2.Каким синдромом проявляется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4.Какие факторы влияют на развитие подобного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Прогрессирующая амнезия, цефалгия, бред ущерба, амнестическая дезориентировка, разорванность мышления.

2.Тотальное слабоумие.

3.Пресенильный вариант болезни Альцгеймера.

4.Генетическая предрасположенность.

5. Неблагоприятный.

**Задача №5**

Больная Т. Заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла или не находила различные вещи. Испытывала затруднения в счёте денег. Постепенно нарастала беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.

1. Назовите симптомы.

2.Каким синдромом проявляется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4.Какие факторы влияют на развитие подобного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Прогрессирующая амнезия, апраксия, аграфия.

2.Тотальное слабоумие.

3Болезнь Альцгеймера с ранним началом.

4.Генетическая предрасположенность.

5. Неблагоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления нарушений памяти и интеллекта.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику синдромами слабоумия, зная критерии деменции при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно обследовать больного слабоумием и правильно описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Болезнь Альцгеймера

2) Болезнь Пика.

3) Психозы при деменции.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.46. **Тема:** «Амнестические синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Память – вид психической деятельности, при помощи которой отражается весь прошлый опыт. Память называют «входными воротами интеллекта», т.к. она необходима для более сложного вида психической деятельности – интеллекта. При их нарушении развиваются амнестические синдромы и синдромы слабоумия. Лишь тщательное исследование данных расстройств нередко является решающим для правильной диагностики многих органических заболеваний и, следовательно, наиболее эффективного их лечения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств памяти в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать физиологические основы памяти, их свойства, а также клинические проявления их нарушений.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного с патологией памяти и интеллекта, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больного с расстройствами памяти; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение амнестических синдромов  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Корсаковский психоз».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Амнестический синдром *–***состояние, характеризующееся выраженными расстройствами памяти, а также глубокой степенью изменений личности. Для синдрома характерна *прогрессирующая амнезия –* наиболее типичный вид расстройства памяти. Его характеризуют закономерно последовательный распад памяти – от утраты приобретенных в последнее время новых знаний к утрате старого опыта, накопленных в прошлом знаний. Если вначале из памяти выпадает материал последних дней, месяцев, то в дальнейшем – уже последних лет, десятилетий. Воспоминания, приобретенные в раннем возрасте, а также наиболее организованные и автоматизированные знания сохраняются достаточно долго.

Амнестический синдром может проявляться также *фиксационной амнезией,* для которой характерны расстройства запоминания, амнестическая дезориентировка. Затем расстраивается память и на события прошлого. Характерным признаком амнестического синдрома являются *парамнезии –* псевдореминисценции и конфабуляции. Возможно возникновение наплыва конфабуляции, сопровождающихся дезориентировкой в окружающей обстановке, ложными узнаваниями, бессвязностью мышления– *конфабуляторной спутанности.*

Термин «органическое психическое  расстройство» применяется по отношению к группе разнообразных расстройств, слабо связанных между собой. Он употребляется для обозначения психических расстройств, возникающих в результате несомненного (доказуемого) поражения головного мозга (например, при опухоли мозга, черепно-мозговой травме или дегенеративных изменениях).Во-вторых, этот термин относится к психическим расстройствам, возникающим вследствие мозговой дисфункции, явно вызванной экстрацеребральным заболеванием, таким как микседема. Условно к органическим психическим расстройствам относят и эпилепсию, которая иногда (но не всегд1) связана с психическим расстройством и может быть обусловлена (опять-таки далеко не во всех  случаях) органическим поражением мозга.

Основная черта амнестического синдрома — глубокое поражение кратковременной памяти. Больной может вспомнить события сразу же  после того, как они произошли, но не в состоянии сделать этого через несколько минут или часов. Так, при использовании теста на запоминание однозначных чисел испытуемый показывает  хорошие результаты лишь при немедленном (в  течение нескольких секун5) воспроизведении  предложенного ряда чисел, тогда как уже через 10 минут воспроизведение нарушается. Способность к усвоению нового материала значительно снижена, но память на отдаленные события  относительно сохранена. По некоторым данным, расстройство памяти отнюдь не обязательно  заключается в полном нарушении запоминания: не исключено, что подобные случаи иногда  объясняются неспособностью воспроизводить  усвоенную информацию—возможно, из-за помех, создаваемых вмешательством не относящейся к делу информации. Одним из последствий глубокого нарушения  памяти при амнестическом синдроме является  связанная с этим дезориентировка во времени.  
Провалы в памяти часто заполняются конфабуляциями.

Корсаковский психоз.

Синдром Корсакова — разновидность амнестического синдрома, назван в честь открывшего его русского психиатра Сергея Сергеевича Корсакова. Основой его является невозможность запоминать текущие события (фиксационная амнезия) при более или менее сохранной памяти на прошлое. В связи с этим возникает нарушение ориентировки (так называемая амнестическая дезориентировк1). В первую очередь это касается времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. И ещё один характерный симптом этого синдрома — парамнезии, главным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций, но могут наблюдаться и криптомнезии.

Для клинической картины корсаковского психоза характерным является своеобразный амнестический симптомокомплекс с расстройством функции памяти, главным образом запоминания и воспроизведения. Отмечается нарушение памяти на недавние события, в то время как события, имевшие место в далеком прошлом, больные помнят относительно хорошо. При изучении интеллекта у больных корсаковским психозом установлено затруднение в образовании ассоциативных связей и ретенции. Возникновению психоза с выраженным амнестическим синдромом часто предшествует алкогольный делирий. Наблюдаются тревога, бессонница, чувство страха, слуховые и зрительные галлюцинации на фоне помраченного сознания. По истечении нескольких суток сознание становится ясным, и тогда выступают нарушения памяти по корсаковскому типу. При описании этого психоза С. С. Корсаков обратил внимание на наличие у больных полиневритов. По его мнению, причиной последних являются токсины (возникающие в организме алкоголика при неполном сгорании алкоголя), которые, оказывая одновременное воздействие на головной мозг. Поражаются обычно крупные нервные стволы верхних и нижних конечностей, в связи с чем заболевание получило также название алкогольного полиневритического психоза. У больных корсаковским психозом наблюдается, как правило, поражение стволов плечевого нерва (явления мононеврит1) и тяжелое поражение печени с нарушением ее барьерных функций.

Корсаковский синдром может иметь ряд возрастных особенностей. Так, у детей ложные воспоминания, как правило, отсутствуют или выражены слабо. В старческом возрасте расстройства ориентировки особенно интенсивны (амнестическая дезориентировк1), причем часто нарушается ориентировка в непосредственном окружении, ложные воспоминания проявляются в виде замещений пробелов памяти событиями далекого прошлого (экмнестические конфабуляции), часты ложные узнавания.

*Корсаковский синдром* является относительно стойким, хроническим состоянием. Однако возможны случаи транзиторного *корсаковского синдрома* например, при черепно-мозговых травмах, алкогольном делирии, отравлении окисью углерода, послеоперационных психозах. Транзиторный *Корсаковский синдром* относится к числу переходных синдромов Вика.

Течение *корсаковского синдрома* зависит преимущественно от характера основного заболевания. Так, алкогольный *корсаковскийо синдром* возникает остро, сразу после выхода больного из состояния помраченного сознания, а затем возможно длительное (от 2 до 15 лет) стационарное течение с последующим медленным обратным развитием, которое заканчивается исходом в дефект личности в виде интеллектуальной недостаточности, слабости памяти, снижения активности и апатического или апатико-эйфорического настроения.

*Корсаковский синдром* при тяжелой гипоксии мозга (отравление окисью углерода, самоповешение) развивается остро, вслед за периодом помраченного сознания; стационарный период относительно более кратковременный (от нескольких недель до 2—3 лет), сменяется регредиентным течением. Иногда болезнь заканчивается полным выздоровлением. Однако более характерен исход в дефект личности с интеллектуально-мнестической недостаточностью.

*Корсаковский синдром* при черепно-мозговых травмах начинается также остро, после периода помраченного сознания. Дальнейшее течение его регредиентное, хотя исход в полное выздоровление наблюдается редко. Чаще отмечается развитие стойкого психического дефекта.

При сосудистых заболеваниях головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь) *корсаковский синдром* развивается постепенно, имеет более или менее длительный стационарный период, который сменяется прогредиентным течением, характеризующимся прогрессирующей амнезией и углублением интеллектуальной недостаточности. *Корсаковский синдром* при сенильной деменции развивается постепенно, а затем происходит прогрессирующее нарастание расстройств памяти и постепенный общий распад личности.

Возрастные особенности амнестических синдромов

Амнестический (корсаковский или корсаковоподобный) синдром встречается только у детей старше 9-10 лет и у подростков. Как у взрослых, так и у детей нарушена память на текущие события и впечатления, связанные с тяжелым нарушением запоминания (фиксационной амнезией) и воспроизведения. Особенна поражена словесная память: даже при многократном повторении дети не могут уже через 5 минут воспроизвести заданное имя, сказанную фразу, содержание короткого отрывка из книги.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение амнестического синдрома.

2). При каких заболеваниях наблюдается амнестический синдром?.

3). Дайте определение корсаковского синдрома.

4). Назовите возрастные особенности амнестического синдрома.

5). Что такое «органическое психическое расстройство»?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ОСЛАБЛЕНИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ СПОСОБНОСТИ ЗАПОМИНАТЬ ТЕКУЩИЕ СОБЫТИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) фиксационная амнезия

2) прогрессирующая амнезия

3) ретроградная амнезия

4) парамнезия

5) псевдореминисценция

2. ХАРАКТЕРНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СНИЖЕНИЯ ПАМЯТИ ПО ТИПУ «ОБРАТНОГО ХОДА ПАМЯТИ» НАЗЫВАЕТСЯ

1) фиксационная амнезия

2) гипомнезия

3) закон Рибо

4) Корсаковский синдром

5) амнестический синдром

3. ПРИ ТИПИЧНОМ КОРСАКОВСКОМ СИНДРОМЕ СПОСОБНОСТЬ К АБСТРАКТНОМУ МЫШЛЕНИЮ

1) сохранена

2) значительно снижена

3) утрачивается по мере прогрессирования

4) полностью утрачена

5) незначительно снижена

4. ПРИ ТИПИЧНОМ КОРСАКОВСКОМ СИНДРОМЕ НАРУШЕНА ОРИЕНТИРОВКА

1) в месте и времени

2) в собственной личности

3) в ситуации

4) в месте, времени, собственной личности

5) не нарушена

5. ГИПОМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1) сосудистых заболеваний головного мозга

2) истерии

3) шизофрении

4) маниакального состояния

5) реактивного психоза

6. ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) потерей способности запоминать

2) восприятием внешнего мира призрачным, неотчетливым

3) утратой чувства действительности

4) сомнением в реальности существования окружающих предме­тов, людей

5) потерей способности сохранять информацию

7. К ПАРАМНЕЗИЯМ ОТНОСИТСЯ

1) гипотимия – стойкое болезненное понижение настроения

2) гипербулия – общее повышение воли и влечения

3) гипомнезия – ослабление памяти

4) криптомнезии – искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.

5) гипермнезия – усиление памяти

8. ПАРАМНЕЗИИ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ

1) галлюцинаторного синдрома

2) психоорганического синдрома

3) маниакального синдрома

4) кататонического синдрома

5) параноидного синдрома

9. БОЛЬНЫЕ С ФИКСАЦИОННОЙ АМНЕЗИЕЙ

1) нетрудоспособны

2) могут работать по своей специальности

3) нуждаются в переводе на более легкий труд

4) полностью трудоспособны

5) ограниченно трудоспособны

10. ПРИЧИНОЙ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) тяжелая психическая травма

2) злокачественная шизофрения

3) злоупотребление алкоголем

4) героиновый абстинентный синдром

5) детская эпилепсия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной Ф., 72 лет, пенсионер. В течение нескольких недель находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговой оболочки. Других жалоб не предъявляет. В [отделении спокоен](http://dogmon.org/preeklampiya-i-eklampsiya.html), подсаживается к больным пожилого возраста, о чем-то беседует с ними. В обращении с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но встретив врача, спустя несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, а через 5 минут, опять спрашивает о том же. Числа, месяца и года назвать не может. Видя вокруг себя людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но в какую - не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь-то во дворе привязал! Сейчас ходил, сена ей задал!» Вернувшись после консультации в кабинете профессора, всем рассказывал с убежденностью, что профессор угощал его шампанским; сердился, когда ему говорили, что этого не было. Любит поговорить [о днях своей молодости](http://dogmon.org/pamyati-moej-materi-evgenii-ginzburg.html). Помнит события школьных лет, правильно воспроизводит эпизоды Великой Отечественной войны, в которой больной принимал участие. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает: то утверждает, что их у него вообще нет, то называет несколько имен*,* во всякий раз разных.

1. Назовите синдром.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Корсаковский амнестический.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. К органическим заболеваниям головного мозга.

4. В госпитализации в психиатрический стационар нуждается.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №2**

Больная Г., 72 года, пенсионерка. В течение шести месяцев находится в психиатрической больнице. Требует за собой постоянного ухода и надзора. Не находит палаты, ложится в чужую постель рядом с другой больной. Неряшлива в одежде, может самостоятельно одеться, собирает бумажки, складывает их в карман халата, под матрацы чужих постелей. Жалуется, что крадут ее одежду, еду. Иногда громко кричит: «Караул, грабят, украли пальто. Есть не дают, голодом морят», и тогда злобна, раздражительна, отталкивает больных, медперсонал, кусается. Никого из больных не знает, не может запомнить лечащего врача, несмотря на то, что видит его по несколько раз в день. Не узнает приходящих к ней родных, забрав продукты, гонит родственников прочь, опасаясь, что они отберут передачу.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. В структуру какого синдрома входит?

5. В результате каких заболеваний обычно развивается данный симптом?

**Эталон ответа**

1. Фиксационная амнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. К органическим заболеваниям головного мозга.

4. Входит в структуру корсаковского амнестического синдрома.

5. Развивается обычно остро, в результате внезапных мозговых катастроф (интоксикаций, травм, асфиксии, инсульта и пр.).

**Задача №3**

Больная 82 лет не помнит событий последних десяти­летий. Считает, что ее мать, умершая 40 лет назад, жива, что медсестры – это ее подруги, лечащий врач – ее муж. Себя считает молодой женщиной. Резко снижено абстрагирование. Установлено, что указанные расстройства развивались постепенно в течение по­следних 4 лет.

1. Назовите симптом.

1. По какому закону он развивается?

3. Расстройством какой сферы психической деятельности является?

4. К какой группе заболеваний относится?

5. В результате каких болезней развивается?

**Эталон ответа**

1. Прогрессирующая амнезия.

2. По закону Рибо.

3. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Возникает при хронических прогрессирующих сосудистых (безинсультное течение церебрального артериосклероз1) и атрофических заболеваниях (Болезни Альцгеймера и Пик1).

**Задача №4**

Пациент М. 34 г. Обратился в отделение милиции в связи с тем, что не помнит, как оказался в городе. Дезориентирован во времени, называет дату на месяц назад от реальной. Восстановление событий прошлого позволило установить, что он перенес серию психических травм в короткий промежуток времени, от утраты близких родственников до экономического краха. Взял документы, необходимые вещи и ушел из дома. События прошлого месяца вспоминает фрагментарно, например, как садился на поезд, останавливался у родственников в ближайшем городе. При неврологическом обследовании и ЭЭГ патологии не обнаружено. Периоды амнезии не возобновлялись. Через 2 недели восстановление памяти было практически полным.

1. Назовите состояние.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. Что послужило развитию данного состояния?

4. К какой группе синдромов относится данное расстройство?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерическая амнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. Серия психических травм.

4. К амнестическим.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Больной 60 лет, инженер. На протяжении последних лет «забывчив», выражено снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие.   
Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры -»чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к врачам за помощью по поводу снижения памяти и сообразительности, плакал. При посещении врачей был вежливым,   
приветливым.

1. Назовите синдром.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. При каких заболеваниях встречается данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в стационарном лечении?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Амнестический.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. Встречается при органических психических расстройствах.

4. В стационарном лечении не нуждается.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления нарушений памяти.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между амнестическими сндромами при различных патологических состояниях.

3). Уметь правильно обследовать больного с расстройствами памяти и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Алкогольный корсаковский психоз.

2) Гипертоническая болезнь и амнестический синдром.

3) Авитаминоз В1.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.47. **Тема:** «Негативные психопатологические синдромы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам продуктивных и негативных расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления негативных психопатологических синдромов.

Уметь: выявлять негативные симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления негативных расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике негативных психопатологических синдромов.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Негативные психопатологические синдромы».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

«Большие» – только негативные синдромы, отражают степень инвалидизации. Больших синдромов всего два.

Психоорганический синдром – развивается при органических поражениях головного мозга. При этом имеется структурная дефицитарность мозга, психика изменяется вторично. Характеризуется триадой Вальтер-Бюэля:

• снижение памяти

Первый признак нарушения памяти – нарушение способности к отсроченному воспроизведению. Забывание идет от текущих событий к прошлым (по закону Рибо). Появляется фиксационная амнезия, и, следовательно, амнестическая дезориентировка. Появляются обманы памяти: псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии.

• ослабление понимания, т.е. снижение способности к абстрагированию. Абстрагирование – это функция коры головного мозга. При грубой патологии развиваются имбецильность, дебильность, деменция. В реальной жизни происходит следующее:

- появляются ранее не типичные для человека плоские шутки, грубости, жаргонные выражения;

- в рассказе о чем-то затрудняется ответить кратко и приводит массу второстепенных ненужных деталей;

- в разговоре появляются вставные слова;

- когда не хватает слов, добавляются жесты. Это свидетельствует о заметном снижении интеллекта.

• недержание аффекта, т.е. эмоциональная лабильность.

Выделяют три стадии психоорганического синдрома:

1 – стадия астено-невротических расстройств, которые при обычном осмотре не выявляются, нужно проводить психологическое обследование. Патология определяется в сфере эмоций и вегетативных функций.

2 – стадия характерологических расстройств (психопатическая) – психические расстройства проявляются в сфере поведения и осмысления, понимания.

3 – стадия деменции, выявляются ведущие расстройства, т.е. нарушения памяти и абстрагирования.

Дисфренический синдром – характерен для шизофрении. При этом мозг полноценный, без выраженных структурных изменений. Ключевые симптомы – триада Останкова: расстройства в эмоциональной (равнодушие, неадекватность), волевой (пассивность, парамимии, парапраксии) и ассоциативной сферах.

1) Схизис – самый надежный признак. При обследовании пациента нужно обращать внимание на сферу мышления, должны быть расстройства этой сферы – необычность, странность умозаключений и связанного с этим поведения. Характерно резонерство, при этом выделяют два понятия:

- тенгинциальность мышления – разговор ни о чем;

- интеллектуализация мышления – использование заумных, высокопарных выражений.

Со временем резонерство перерастает в речевую разорванность.

Расщепление в рамках синдрома – несоответствие между всеми сферами психической деятельности (мимика, пантомимика, жесты, темп речи).

2) аутизм – признак ненадежный, т.к. возможны личностные изменения.

3) эмоциональное однообразие (апатия – больной пассивен, равнодушен) – для дифференциальной диагностики этот признак неоднозначен, т.к. структурные изменения лобных долей головного мозга дают ту же апатию (часто встречаются при ревматоидных поражениях лобных долей мозг1).

Три этапа больших синдромов:

1 – этап невротических расстройств. Эмоциональные отклонения подобны таковым при неврозах, негативные расстройства незаметны или малозаметны (эмоциональные, вегетативные расстройств1);

2 – этап личностных расстройств: психопатизация в сочетании с определенными негативными расстройствами (в сферах поведения, осмысления);

3 – слабоумие (негативные расстройств1).

Возрастные особенности негативных синдромов при шизофрении

Апатико-абулические расстройства в подростковом возрасте описаны А.Е. Личко. К ним автор отнес утрату эмоциональной живости, безразличие к окружающим, близким, своей судьбе, снижение активности, бездеятельность, потерю инициативы, неряшливость, исчезновение прежних интересов, необщительность до полной отгороженности. Эти нарушения могут быть единственным проявлением шизофренического процесса на протяжении многих месяцев и лет. С них шизофренический процесс может начинаться или сменять неврозоподобные, психопатоподобные, параноидные синдромы.

Автор предложил следующую классификацию апатико-абулических расстройств у подростков: 1) апатико-абулический синдром при простой форме шизофрении; 2) апатический тип ремиссии; 3) апатико-абулический тип шизофренического дефекта.

При поздней шизофрении негативные изменения личности нарастают обычно медленно в виде аутистических тенденций, эмоционального снижения и усиления психопатоподобных расстройств, которые были свойственны больным до манифестации заболевания (ригидность, конфликтность, своеволие, чудаковатость).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуются негативные симптомы?

2). Назовите особенности астенического синдрома при органическом поражении головного мозга.

3). Назовите особенности астенического синдрома при и шизофрении.

4). Чем характеризуется психоорганический синдром?

5). Чем характеризуется дисфренический синдром?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ТРИАДА ВАЛЬТЕР-БЮЭЛЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) шизофрении

2) реактивных психозов

3) органических заболеваний головного мозга

4) аффективных психозов

5) расстройств личности

2. ДЛЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

1) снижение памяти

2) галлюцинации

3) бредовые расстройства

4) нарушение сознания

5) гипермнезия

3. ДЛЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

1) сверхценные идеи

2) ослабление понимания

3) маниакальный синдром

4) нарушение сознания

5) галлюцинации

4. ДЛЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

1) навязчивости

2) депрессия

3) недержание аффекта

4) нарушение сознания

5) судорожные припадки

5. ТРИАДА ОСТАНКОВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) органических заболеваний головного мозга

2) реактивных психозов

3) шизофрении

4) аффективных психозов

5) эпилепсии

6. УТРАТА СПОСОБНОСТИ К ЗАПОМИНАНИЮ И ПОСТЕПЕННОЕ ОПУСТОШЕНИЕ ПАМЯТИ ПО ЗАКОНУ РИБО – ЭТО

1) фиксационная амнезия

2) прогрессирующая амнезия

3) ретроградная амнезия

4) парамнезия

5) конградная амнезия

7. ПАРАМНЕЗИИ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ

1) галлюцинаторного синдрома

2) психоорганического синдрома

3) маниакального синдрома

4) кататонического синдрома

5) депрессивного синдрома

8. РАЗОРВАННОСТЬ МЫШЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1) шизофрении

2) маниакальном состоянии

3) депрессии

4) эпилепсии

5) алкогольной зависимости

9. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

1) слабодушие

2) лабильность эмоций

3) эксплозивность

4) апатия

5) маникальное состояние

10. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1) сензитивность

2) слабодушие

3) лабильность эмоций

4) эксплозивность

5) маниакальное состояние

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациент не проявляет интереса к окружающим, равнодушен к событиям в мире, безразличен к своему здоровью и внешнему виду. Речь скучная и монотонная, мимика однообразная, при встрече с родными остается безучастным, практически не разговаривает с ними, молча съедает принесенную ему передачу.

1. Назовите симптом.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Каким симптомом является?

4. При каких заболеваниях встречается?

5. На что указывает при шизофрении?

**Эталон ответа**

1. Апатия.

2. Расстройство эмоциональной сферы психической деятельности.

3. Негативный симптом.

4. Встречается при шизофрении и поражении лобных долей головного мозга.

5. При шизофрении является признаком конечного состояния.

**Задача№2**

Больная 82 лет не помнит событий последних десятилетий. Считает, что ее мать, умершая 40 лет назад, жива, что медсестры – это ее подруги, лечащий врач – ее муж. Себя считает молодой женщиной. Резко снижено абстрагирование. Установлено, что указанные расстройства развивались постепенно в течение последних 4 лет.

1. Назовите симптом.

2. По какому закону он развивается?

3. Расстройством какой сферы психической деятельности является?

4. К какой группе заболеваний относится?

5. В результате каких болезней развивается?

**Эталон ответа**

1. Прогрессирующая амнезия.

2. По закону Рибо.

3. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

4. К органическим заболеваниям головного мозга.

5. Возникает при хронических прогрессирующих сосудистых (безынсультное течение церебрального артериосклероз1) и атрофических заболеваниях (Болезни Альцгеймера и Пик1).

**Задача№3**

Больная 52 лет длительное время страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом, назначенное лечение принимает нерегулярно. Жалуется на снижение памяти и сообразительности, в связи с чем перестала справляться с профессиональной деятельностью. Однако ежедневные домашние обязанности выполняет охотно и полностью, забывчивость пытается компенсировать, делая записи в блокноте. Стала сентиментальна, склонна к слезам, несколько заострились личностные черты. Понимает свою несостоятельность и стесняется ее.

1. Назовите синдром снижения интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Какие психические функции нарушены у больной в большей степени?

4. Имеются ли у больной выраженные личностные расстройства?

5. Какова терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Лакунарное (дисмнестическое) слабоумие.

2. Сосудистая деменция (деменция в связи со смешанными заболеваниями).

3. Грубые расстройства памяти и снижение способности к абстрактному мышлению.

4. Выраженных личностных расстройств нет, имеется лишь некоторое заострение личностных черт.

5. Регулярный прием гипотензивных, сахароснижающих препаратов, нейрометаболическая терапия.

**Задача№4**

Больной 60 лет, инженер. В анамнезе – гипертоническая болезнь, сахарный диабет. На протяжении последних двух лет стал «забывчивым», нарастает снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры – «чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к невропатологу за помощью по поводу снижения памяти и ухудшения внимания.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Поставьте диагноз.

4. Какие причины могли привести к данному заболеванию?

5. Какова терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Гипомнезия, снижение абстрагирования, эмоциональная лабильность.

2. Психоорганический синдром.

3. Органическое расстройство личности вследствие сосудистого заболевания головного мозга.

4. Органические, преимущественно сосудистые, заболевания головного мозга.

5. Контроль за АД, глюкозой крови, холестерином, ноотропные препараты, нейропротекторы.

**Задача№5**

Больной 76 лет, плотник. Последние 3 года родственники замечают, что он стал забывать цифры, имена, даты. Не ориентируется в текущей дате. Прячет свой инструмент и забывает, куда положил его. Раньше был «смекалистым», а теперь дает нелепые советы. С трудом вспоминает имена своих детей, жены, с которой прожил 50 лет. События давних лет помнит достаточно хорошо. По характеру стал более ворчливым, эгоистичным, подозрительным, чем был раньше. Однако этим обстоятельством не тяготится, считает, что с памятью у него «все в порядке». Заявляет, что его обворовывают соседи, угрожает им судом. Находясь несколько месяцев в больнице, утверждает, что «вчера был дома, встречал гостей...». Грубых неврологических расстройств нет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Поставьте диагноз.

4. Каков прогноз?

5. Какова терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Фиксационная, прогрессирующая амнезия, амнестическая дезориентировка, псевдореминисценции, бредовые идеи материального ущерба, нарушение понимания, эмоциональные расстройства, отсутствие критики, заострение черт личности.

2. Психоорганический синдром.

3. Сенильная деменция.

4. Неблагоприятный.

5. Заместительная терапия ингибиторами холинэстеразы и предшественниками ацетилхолина.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения негативные симптомы заболевания.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Негативные синдромы в психиатрии.

2) Психоорганический синдром.

3) Синдромы непсихотического уровня.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.48. **Тема:** «Проявления психопатологических синдромов в детском возрасте».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Особенностью детской психиатрии является ее неразрывная связь с возрастной психологией и педагогикой. Поскольку синдромологические картины в детстве развертываются на разных возрастных этапах и патологические процессы совмещаются с процессами развития.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам психопатологических синдромов в детском возрасте.

ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления психопатологических синдромов в детском возрасте.

Уметь: выявлять психопатологические синдромы в детском возрасте.

Владеть: методами выявления психопатологических синдромов в детском возрасте.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психопатологических синдромов в детском возрасте |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств у детей.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Особенности психического развития в детском и подростковом возрасте».  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Основным понятием возрастной психологии является онтогенез, т. е. постепенное, протекающее этапами в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее к более совершенному его строению и функционированию. В психологическом аспекте онтогенез —- это нарастание психического содержания личности. Психическое развитие ребенка обусловлено многими факторами: социальными, культуральными, семейными, поэтому нормативы становления высших психических функций, навыков, умений весьма вариабельны. Вместе с тем основной закономерностью психической патологии в детстве является то обстоятельство, что любое психическое расстройство в той или иной мере влияет на формирование познавательных, коммуникативных, двигательных и других способностей больного.

В практике принято выделять 4 этапа психофизического развития в детском и подростковом возрасте: ранний (0-3 год1), дошкольный (3-7 лет), школьный (7-12 лет), пубертатный(12-18лет).

Периодизация детства имеет свои особенности. На некоторых этапах развитие характеризуется медленным, эволюционным или литическим течением. На других, называемых возрастными кризисами, в течение относительно короткого времени (нескольких месяцев, года, двух лет) происходят бурные, массивные качественные сдвиги, изменения в личности ребенка. Развитие принимает стремительный, иногда катастрофический характер, напоминая «революционное» течение событий как по темпу происходящих изменений, так и по смыслу совершающихся перемен. Выделяют 3 критических периода: первый — от 2 до 4, второй — от 7 до 8, и третий — от 12 до 14 лет.

Кризисные периоды, описанные Л.С. Выготским, имеют ряд особенностей. Первая заключается в своеобразной динамике, когда начало и конец кризиса неотчетливы и его проявления достигают апогея в некой кульминационной точке, чаще в середине периода. Вторая касается качественного своеобразия. Внутренняя жизнь ребенка связана с болезненными и мучительными переживаниями, он становится конфликтным, трудновоспитуемым. Психические заболевания, возникшие в кризисном периоде, протекают наиболее тяжело и остро, оставляя более тяжкие последствия. Третья особенность характеризуется тем, что кризисный период имеет как негативные, так и позитивные черты.

В 3 года, например, наряду с упрямством, негативизмом, капризностью, своеволием, отчетливо проявляется тенденция к эмансипации, самоутверждению, к волевой форме поведения. В 7 лет у ребенка возникает осмысленная ориентировка в собственных переживаниях, впервые возникает аффективное обобщение, «логика чувств», понимание, что значит «я радуюсь», «я огорчен», «я сердит». В 13 лет снижение умственной продуктивности связано с переходом к высшим формам познавательной деятельности, началу формирования самосознания.

Понятием, противоположным онтогенезу, является дизонтогенез. В.В.Ковалев определяет психический дизонтогенез как нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте и выделяет три его формы. Первая —ретардация — понимается как его запаздывание или приостановка. Клиническим выражением тотальной ретардации являются синдромы умственной отсталости, парциальной—синдромы невропатии, психического инфантилизма, специфические расстройства артикуляции, экспрессивной и импрессивной речи, школьных навыков.

Вторая форма — асинхрония, обозначает искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие, которому соответствуют синдромы раннего детского аутизма и гебоидный синдром.

Третий тип дизонтогенеза связан с механизмами высвобождения и фиксации онтогенетически более ранних форм нервно-психического реагирования. Ему соответствуют кататонические и кататоно-гебефренные расстройства, нарушения навыков опрятности, моторных навыков, патологические привычные действия (яктация, мастурбация, сосание пальцев, онихофагия. трихотилломания), тотальный элективный мутизм, «заикание развития», психомоторная гиперактивность, патологические страхи, фантазии и др.

Исходя из биогенетической теории этапности индивидуального развития В.В. Ковалев выделил 4 периода нервно-психического реагирования:

1) соматовегетативный (0-3 год1), которому свойственны различные проявления невропатии (вегетативная возбудимость, расстройства пищеварения, нарушения питания и расстройства сн1);

2) психомоторный (4-7 лет), характеризующийся синдромами гиперактивности, системными невротическими состояниями (тики, заикание, мутизм);

3) аффективный, хронологически совмещенный с предыдущим, но сдвинутый к старшему возрасту (5-10 лет); он проявляется страховым симптомо-комплексом, синдромами повышенной аффективной возбудимости. уходов и бродяжничества;

4) эмоционально-идеаторный (11-17 лет), к которому относятся психогенные ситуационные реакции (протеста, эмансипации), сверхценные образования, дисморфоманический, ипохондрический, аноректический синдром и синдром метафизической интоксикации.

Формирование и становление психопатологических состояний у детей и подростков обусловливается соответствующим этапом психического созревания. Одни из них не обнаруживаются до определенного возраста, другие имеют возрастное качественное своеобразие, давая порой такие сочетания, которые не встречаются у взрослых. Речь идет об описанных С.С. Мнухиным резидуальных нарушениях психики у детей, весьма сходных с картинами детской шизофрении.

Нередко выявлению у ребенка так называемых субъективных по K. Jaspers симптомов мешает невозможность вследствие несформированности речевой функции выразить свои переживания, особенно в тех случаях, когда больной сам является их наблюдателем (сенестопатии. бред, псевдогаллюцинации и т. д.).

В эволюционном плане диапазон психопатологических синдромов расширяется с возрастом. В младенческом возрасте впервые появляются синдромы невропатические, навязчивых тиков, истерические, депрессивные, тревожные, умственной отсталости, пароксизмальные, раннего детского аутизма (синдром Каннер1): в раннем детстве — астенические, галлюцинозы, бредоподобного фантазирования, кататонические. психоорганические: в дошкольном — ипохондрические, деперсонализацинно-дереализационные, маниакальные, психического автоматизма, параноидные, аментивные, делириозные, онейроидные, амнестические, гебоидные; в школьном возрасте — бреда воображения, паранойяльные; в пубертатном периоде — чувственного бреда, парафренные.

Общепатологические синдромы в момент первого проявления на определенном возрастном этапе носят рудиментарный характер, усложняясь с возрастом. В пубертатном периоде клиническая картина большинства из них аналогична таковой у взрослых. Содержательная сторона психопатологических переживаний у детей и подростков во многом представляет собой искажение возрастных проявлений. Так, обычная для дошкольного этапа склонность к фантазиям в патологических условиях трансформируется в синдром бредоподобного фантазирования:

нормальная для пубертатного периода тенденция к эмансипации — в бред «чужих родителей», переживания бурных эндокринных сдвигов, полового созревания, изменения телесных пропорций — в дисформоманический синдром и синдром нервной анорексии. Наконец, становление гипотетически-дедуктивного способа мышления — в синдром метафизической интоксикации.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуются особенности психических расстройств в детском возрасте?

2). Назовите особенности психических расстройств пубертатного периода.

3). Какие выделяют возрастные периоды нервно-психического реагирования.

4). Что такое дизонтогенеза?

5). Перечислите критические периоды развития в детском возрасте?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

1. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ – ЭТО

1) дебильность

2) имбецильность

3) глубокая

4) криптомнезия

5) олигофазия

2. ПРИЗНАКОМ ПАТОЛОГИИ СЧИТАЕТСЯ IQ НИЖЕ

1) 60%

2) 70%

3) 80%

4) 90%

5) 100%

3. ТОЧНЕЕ ВСЕГО УМСТВЕННУЮ ОТСТАЛОСТЬ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КАК

1) врожденное отсутствие интеллекта

2) тяжелую потерю интеллекта

3) недоразвитие интеллекта

4) прогрессирующее снижение интеллекта

5) извращение интеллектуальных функций

4. ДИСМОРФОМАНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1) болезненное убеждение в наличии физического недостатка

2) бред величия

3) бред самоуничижения

4) моторный автоматизм

5) ложные воспоминания

5. НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАЗЫВАЕТСЯ

1) искажение

2) дизонтогенез

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

6. УСКОРЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) дизонтогенез

2) искажение

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

7. НЕЗРЕЛОСТЬ ЛИЧНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) дизонтогенез

2) искажение

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

8. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ ЗАМКНУТОСТЬ, СТРЕМЛЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ, СЛОЖНОСТИ В ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ С ОКРУЖАЮЩИМИ, ЗАДЕРЖКА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ, ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ РЕЧИ, ЭХОЛАЛИИ, СТЕРЕОТИПИИ ХАРАТЕРНЫ ДЛЯ

1) синдрома Аспергера

2) раннего детского аутизма

3) гиперкинетического расстройства

4) синдрома Ландау-Клеффнера

5) изолированной задержки развития

9. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ АКТИВНОСТЬ, ПОДВИЖНОСТЬ, ОТВЛЕКАЕМОСТЬ, НАРУШЕНИЕ ВНИМАНИЯ, НЕДОСТАТОК ОРГАНИЗОВАННОСТИ И ВОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) синдрома Аспергера

2) изолированной задержки развития

3) гиперкинетического расстройства

4) раннего детского аутизма

5) синдрома Ландау-Клеффнера

10. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВЕНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ НЕДОРАЗВИТИЕМ

1) психики (преимущественно интеллект1)

2) речи

3) коммуникативных функций

4) памяти

5) мышления

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Врач-психиатр призывной комиссии выявил у призывника 17-ти лет пассивность, равнодушие к окружающему и своему положению, отсутствие эмоционального отклика; его ничто не радует и не огорчает. Ранее у психиатра не наблюдался. Дал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?

2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос.

3. Определите вид госпитализации.

4. Определите порядок госпитализации.

5. Как должна быть оформлена добровольная госпитализация?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар является необходимость проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы и согласие призывника на стационарное обследование.

3. Госпитализация добровольная.

4. Проводится по направлению врача-психиатра призывной комиссии.

5. Письменным согласием.

**Задача №2**

Больная 15-ти лет «слышит», как откуда-то издалека доносятся неясные голоса, которые повторяют ее мысли и комментируют ее действия. Создается впечатление, что они делаются специально для нее, возможно, передаются по радио.

1. Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какому регистру психических расстройств он относится?

4. Это расстройство количественное или качественное?

5. При каких заболеваниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Психотический регистр.

4. Расстройство качественное.

5. Преимущественно при шизофрении.

**Задача№3**

Девочке 14 лет. С детства выделялась среди сверстников, была замкнута, не любила играть с другими детьми, не находила с ними общего языка. Слабо успевала в школе. Психическое состояние изменилось без видимых причин – возбуждена, дурашлива, негативистична, кривляется, плюется, нелепо смеется. Попытки успокоить ее приводят к еще более выраженному возбуждению и нелепому поведению.

1. Назовите синдром.

2. Установите диагноз заболевания.

3. Определите форму заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гебефренический синдром.

2. Шизофрения.

3. Гебефреническая форма.

4. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет злокачественно, быстро приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**Задача№4**

Ребенку 4,5 года. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу («манежный бег»), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторении слов и фраз из понравившегося фильма или рекламы. В спокойном состоянии часами играет один, однообразно перекладывает игрушечные колесики. Крайне ими дорожит, везде находит и собирает колесики разных размеров и цветов.

1. Назовите основные признаки психического расстройства.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Отсутствие диалоговой и коммуникативной функции речи, стереотипный характер игр, наличие эхо-лалий, монотонный и однообразный характер двигательного возбуждения, возраст возникновения – старше 3 лет.

2. Атипичный детский аутизм.

3. К группе F 80 – нарушения психологического (психического) развития.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается. Требуется наблюдение и лечение у психиатра и комплексная индивидуальная развивающая программа с участием психолога, логопеда, дефектолога.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача№5**

Ребенок 5-ти лет среди ночи внезапно встает с постели и с открытыми глазами, с отсутствующим выражением лица ходит но комнате, открывает шкафы, ящики столов, перебирает вещи, как будто что-то ищет. Однажды в таком состоянии открыл окно, залез на крышу и ходил по краю без всяких признаков страха. Родственники сообщают, что попытки разбудить больного в этом состоянии ни к чему не приводят, контакт с ним невозможен. Сам больной о своих ночных похождениях ничего не помнит.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Эквивалентом какого состояния является?

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, преимущественно при эпилепсии.

4. Является эквивалентом судорожного приступа.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения психопатологические симптомы заболевания.

2). Уметь квалифицировать синдромы выявленных расстройств

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Синдром Аспергера

2) Синдром Каннера

3) Синдромы гиперактивности

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.49. **Тема:** «Теоретические и клинические аспекты синдромологии».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам синдромологии в психиатрии.

УК-1, ПК-5.

**- учебная:**

Знать: синдромы психических расстройств в концептуально-историческом аспекте.

Уметь: выявлять симптомы и синдромы расстройств психической деятельности

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение аспектов синдромологии.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Системный подход к патологии психики».  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Синдромологическая идея в психиатрии имеет длительную историю. Уже впервой классификации психозов F. Plater (1537-1614) встречаются такие понятия, как «мания», «меланхолия», «ипохондрия», «каталепсия». С той или иной последовательностью они приводятся в систематиках Boissier de Sauvage (1706-1767) H W. Cullen (1712-1790). Однако различные симптомы, входящие в эти рубрики, еще не образовывали взаимосвязанных совокупностей.

В оригинальном, содержащем блестящие клинические описания учении J. Esquirol (1772-1840) о мономаниях в одних случаях речь шла о расстройствах суждения, в других — о волевых нарушениях. Текущему пониманию меланхолии частично соответствовала липемания, характеризующаяся аффектами печали, тоски, бессилия и частичным хроническим бредом без лихорадки.

Во французской психиатрии конца XVIII — начала XIX вв. о синдромах еще не говорилось, но были сделаны существенные шаги к пониманию их структуры. Наиболее ярко это проявилось в трудах J.Faliet (1794-1870), в которых мания и меланхолия были описаны как группы признаков, основанных не на характере бреда или окраске эмоций в данный момент, а на целом круге эмоциональных, интеллектуальных и физических признаков, всегда одинаковых в одних и тех же периодах болезни и всегда следующих один за другим в определенной очередности.

Постижению структуры синдромов во многом способствовали работы немецкого психиатра K.L. Kahlbaum (1828-1899). Он впервые в работе «Клинико-диагностические точки зрения в психопатологии» провел четкую дифференциацию между симптомокомплексом и болезнью. Сделанное им классическое описание кататонии, сохранившее свое значение до наших дней, отличалось внутренним единством и связностью. По линии. намеченной K.L. Kahlbaum, описаны синдромы, вошедшие без существенных изменений в современную психиатрию: гебефренический [Hecker Е., 1871], психического автоматизма [Кандинский В.Х., 1890]. амнестический [Корсаков С.С., 1887], аментивный [Meynert Th.. 1890].

Теоретические изыскания в психопатологии XIX в. были обобщены H. Emminghaus (1878). Меланхолия, мания, бред, помешательство, слабоумие описаны им как патологические единства высшего порядка; ему же принадлежит и первое определение синдрома.

В XX в. учение о психопатологических синдромах продолжало развиваться в трудах А.Е. Щербака (1901), И.Г. Оршанского (1910). K. Bonhoeffer (1910), A. Hoche (1912), В.П. Сербского (1912). Теоретическое обобщение данных, накопленных ко второй половине XX столетия, было осуществлено в работе А.С. Кронфельда (1940). Суть этих обобщений сводится к следующему:

1. Синдромологические исследования целесообразны и плодотворны лишь постольку, поскольку они ведутся в рамках клинико-нозологической систематики. Противопоставление концепции эндогенных процессов E. Kraepelin и концепции экзогенных типов реакций K. Bonhoeffer теоретически и клинически ошибочно, так как психопатологический синдром есть результат взаимодействия фило- и онтогенетического предрасположения («преформированных механизмов» по E. Kraepelin и внешних болезнетворных факторо3).

2. При различных болезнях может наблюдаться один и тот же синдром. возникновение которого бывает в определенной степени обусловлено дисгармоничностью конституции, своеобразием течения или локализацией процесса.

3. При одном и том же заболевании синдром может иметь различную структуру, может вызываться непосредственно болезненным процессом или возникать как реакция личности.

4. Хотя синдром и неспецифичен, однако может иметь определенные свойственные ему признаки. Не синдром как таковой, а особенности его структуры в отдельных случаях дают указание на то, какое заболевание лежит в его основе.

5. Одинаковые синдромы могут возникать из конституциональных особенностей личности и могут быть обусловлены экзогенным процессом. Нет ни одного синдрома, который мог бы возникнуть только эндогенным путем, но вопрос о существовании исключительно экзогенно обусловленных синдромов остается открытым.

6. Индивидуально унаследованная патологическая предрасположенность может принимать участие в патогенезе психозов, но никогда не бывает фактором, достаточным для объяснения этого патогенеза. Основа синдрома неодинакова при различных случаях и формах заболевания, при этом она не может быть исключительно наследственной, индивидуально-конституциональной, хотя ее и следует учитывать наряду с другими факторами.

7. Клиническое выражение психопатологического синдрома не всегда специфично в отношении вызвавшей его причины, так как она в ряде случаев является лишь предполагаемой. На структуру и динамику психопато-логического синдрома оказывают влияние характер, интенсивность, качество патологического процесса, локальность и глобальность диссолюции функций, общее состояние организма и особенности личности, а также общепатологические закономерности течения болезненного процесса. Во второй половине XX в. в различных научных школах начало разрабатываться новое направление научной мысли — «общая теория систем», основоположником которой являлся L. Bertalanffy (1951). Положения этой теории позволили по-новому подойти и к проблеме синдромов.

**Синдромология и системный подход к патологии психики**

L. Bertalanffy дал предельно широкое определение системы как «любого множества элементов любой материальной природы, которые находятся в определенных отношениях друг к другу». Данное понятие применительно к биологии было детально рассмотрено П.К. Анохиным, который указал на то, что само по себе взаимодействие какой-либо совокупности элементов, без учета целенаправленного их взаимодействия не определяет свойства этой совокупности как системы. С учетом этих уточнений ее определили как совокупность взаимодействующих между собой относительно элементарных структур или процессов, объединенных в единое целое выполнением некой общей функции, несводимой к функциям ее компонентов.

Все системы подразделяются на абстрактные, элементами которых является понятия, и конкретные, в которых, по крайней мере. два компонента — объекты. Общесистемые закономерности характеризуются:

1) наличием связей и взаимоотношений между отдельными компонентами:

2) объединением подсистем низших уровней в единое целое и их подчинение закономерностям системы высшего уровня:

3) изменчивостью под влиянием компонентов, не являющихся частью данной системы.

Синдром — это часть (элемент, компонент) более сложной диагностической системы, обозначаемой как «клинико-психопатологический метод». Системообразующим фактором этой системы является оценка состояния психического здоровья — клинический диагноз. Синдром входит в диагноз наряду с другими элементами, такими как анамнез, статус, симптом, нозология, уровень тяжести состояния, прогноз, этиология, патогенез и т. д. Синдромы относятся к феноменологическим (знаковым) системам, отражая глубинные материальные процессы, происходящие в головном мозге и являясь откликом на его повреждение.

Понятие знака является общим для ряда естественных и гуманитарных наук и определяется как реальный или потенциальный отклик на какое-либо событие или процесс, несущий информацию о нем. В патологии примером знака является симптом. Любой симптом, например боль, является откликом на поражение какого-либо органа или системы и информирует о соматическом или психическом неблагополучии.

Схема рассмотрения симптома включает в себя раскрытие его клинического образа, а также понятийных и смысловых аспектов. Вместе с тем, хотя симптом является системообразующим фактором, взятый сам по себе, вне взаимосвязанной системы элементов, он никакой информации о болезненном процессе не несет, и возможность получения таковой появляется лишь при распознавании структуры синдрома.

Развитое клиническое мышление определяет синдромы путем «схватывания» свойства, лежащего в основе группировки. Так. переживание «сделанного», «воздействующего извне» объединяет в единое целое явления «вкладывания», «отнятия», «открытости мыслей». «псевдогаллюцинации», «бред преследования и воздействия» (синдром Кандинского — Клерамбо). Для неврастенических синдромов таким признаком служит сочетание повышенной раздражительности и возбудимости с повышенной утомляемостью и истощаемостью. Снижение и повышение настроения формируют аффективные синдромы. Формирующими признаками бредовых синдромов являются патологическое переозначивание реальных событий, установление отношений без всякого повода, генерализация множества ничем не связанных между собою событий как имеющих непосредственное отношение к больному.

В основе кататонических синдромов лежат внешне не мотивированные аномальные двигательные нарушения—от двигательного возбуждения до ступора. Помрачение сознания в виде нарушения ориентировки в месте. времени, собственной личности формируют делириозный, онейроидный синдромы и синдром сумеречного состояния. Переживания изменения «Я». «внешнего мира» имеет место и при деперсонализанионно-дереализацонном синдроме, но при нем личность чаще всего отчуждает себя от болезненных переживаний и сохраняет убежденность в сохранности реального «Я» и реального внешнего мира; формирующим фактором здесь. по-видимому, является болезненное искажение самооценки. И. наконец в основе изменения личности и познавательной способности при психоорганическом синдроме лежит ригидность, т. е. недостаточная подвижность психических процессов, нарушение переключаемости мышления. инертность установок, нарушения абстрагирования.

Применяя системный подход, можно рассмотреть как ранее разработанные, так и опубликованные во второй половине прошлого века клинические концепции в следующих аспектах: I) синдром — симптом: 2) синдром — статус — течение: 3) синдром — болезнь: 4) синдром — этиопатогенез: 5) синдром — морфологическая локализация: 6) синдром — личность: 7) синдром — тяжесть расстройства: 8) классификация синдромов.

Постановка диагноза любой болезни, в том числе и психической, начинается с выявления симптомов. **Симптом** – элементарный, неделимый признак болезни, проявляющийся всегда в одном и том же качестве. Выявление симптомов позволяет лишь констатировать факт наличия заболевания вообще, на основании его одного диагностировать болезнь невозможно. Клинической единицей заболевания являются **психопатологические синдромы** – закономерное сочетание симптомов, объединенных едиными патофизиологическими механизмами. **Болезнь** – закономерная динамика синдромов. О состоянии говорят в том случае, когда динамики синдромов нет, дальнейшего движения нет.

Учение о синдромах имеет давнюю историю. Так, основываясь на идеях J.H. Jackson, впервые высказавшего мысль о том, что позитивные расстройства являются результатом деятельности неповрежденных нервных слоев, высвободившихся из-под контроля высших, пораженных патологическим процессом, А.В. Снежневский последовательно разработал концепцию позитивных и негативных синдромов. Еще одна область, где синдромология разрабатывалась наиболее интенсивно — это детская психиатрия. В систематике В.В. Ковалева новый аспект негативной и позитивной психопатологической симптоматики изучен в рамках эволюционно-онтогенетического подхода. Все синдромы детского возраста автор рассматривает как негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические.

Вместе с тем, несмотря на длительную историю психиатрической синдромологии, единая классификация психопатологических синдромов отсутствует. Порой синдромы выделяются совершенно произвольно, нередко смешивают понятия синдрома и формы болезни. По-видимому, трудность классификации синдромов обусловлена их непостоянством, динамичностью, поливариантностью. Их невозможно, как, например, симптомы, систематизировать по принципу «рефлекторной дуги», так как в составе одного симптомокомплекса могут оказаться признаки, относящиеся к различным ее звеньям.

Итак, психопатологические синдромы, клинически отражая различные виды нарушений психики, будучи промежуточным звеном между симптомами (признаками) и нозологическими единицами (болезнями). являются важнейшим звеном в установлении психиатрического диагноза. Они тесно связаны с общей концепцией диагноза и его различных составляющих—клинической и этиопатогенетической: анамнезом, статусом, течением, тяжестью состояния, прогнозом и исходом.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Дайте определение понятиям «симптом», «синдром», «болезнь».

2). Чем характеризуются позитивные и негативные симптомы?

3). Чем характеризуются непсихотические и психотические синдромы?

4).Какие основные группы психических болезней Вам известны?

5).Каковы критерии психогенных заболеваний?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1. ДЛЯ СИНДРОМОВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ХАРАКТЕРНО

1) адекватность психических реакций реальности по содержанию, но неадекватная заостренность по силе и частоте

2) отсутствие критики

3) амнезия

4) не способность регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью

5) бредовые расстройства

2. ДЛЯ СИНДРОМОВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ХАРАКТЕРНО

1) неадекватность психических реакций реальности

2) сохранение критики, но утрированной, сенситивно заостренной

3) амнезия

4) не способность регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью

5) галлюцинаторные расстройства

3. ДЛЯ СИНДРОМОВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ХАРАКТЕРНО

1) неадекватность психических реакций реальности

2) отсутствие критики

3) амнезия

4) ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью психопатологических проявлений

5) помрачения сознания

4. ДЛЯ СИНДРОМОВ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ХАРАКТЕРНО

1) грубая дезинтеграция психики – неадекватность психических реакций и отражательной деятельности процессам, явлениям, событиям, ситуации;

2) сохранность критики

3) ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью психопатологических проявлений

4) наличие сверхценных идей

5) адекватность психических реакций реальности по содержанию, но неадекватная заостренность по силе и частоте

5. ДЛЯ СИНДРОМОВ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) адекватность психических реакций реальности по содержанию, но неадекватная заостренность по силе и частоте

2) исчезновение критики

3) ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью психопатологических проявлений

4) наличие сверхценных идей

5) сохранение критики, но утрированной, сенситивно заостренной

6. ДЛЯ СИНДРОМОВ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) адекватность психических реакций реальности по содержанию, но неадекватная заостренность по силе и частоте

2) сохранение критики, но утрированной, сенситивно заостренной

3) исчезновением способности произвольно руководить собой, своими действиями, своим поведением

4) наличие сверхценных идей

5) ограничение способности регулировать свое поведение в соответствии с ситуационной зависимостью психопатологических проявлений

7. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) электроэнцефалографический

2) инструментальный

3) клинический

4) психологический

5) генетический

8. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ

1) беседы с родственниками больного

2) наблюдения

3) опроса и наблюдения

4) сбора анамнестических сведений

5) анализа данных инструментального исследования

9. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) признаком однозначным

2) признаком неоднозначным

3) нозоспецифичным

4) специфическим для молодого возраста

5) специфическим для пожилого возраста

10. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

1) сочетание симптомов

2) типичная совокупность закономерно взаимосвязанных симптомов

3) динамический набор отдельных признаков

4) всегда является нозоспецефичным

5) зависящий, от возраста пациента

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

**Задача №1**

После каждого поступка больной слышит в голове мужской голос, который обсуждает поведение больного, говорит: «Сел», «Встал», «Пить пошел» и т.д.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. Это расстройство количественное или качественное?
4. К какому регистру психических расстройств он относится?
5. При каких заболеваниях он может встречаться?

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации комментирующего содержания.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия.

3. Качественное.

4. Психотический регистр.

5. Преимущественно при шизофрении, реже – при других хронических психозах.

**Задача №2**

Больной, перенесший грипп в тяжелой форме, жалуется, что обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лам­почки очень ярким, обычные прикосновения вызывают болезненные ощущения.

1. Назовите симптом.
2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?
3. В структуру какого синдрома входит?
4. Это расстройство количественное или качественное?
5. К какому регистру психических расстройств он относится?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений.

3. Астенического.

4. Количественное.

5. Непсихотический регистр.

**Задача№3**

Больной считает, что с помощью прибора, установленного в лаборатории, неизвестные читают его мысли, вкладывают ему свои мысли. Этот прибор насильственно заставляет его то весе­литься, то печалиться. Одновременно прибор «делает» ему голоса, которые звучат где-то в голове. Уверен, что существу­ет целая организация, которая намерена его погубить.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для какого заболевания он характерен?

4. Какова тактика лечения?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Персекуторный бред, психические автоматизмы (сенсорные), вербальные псевдогаллюцинации.

2. Галлюцинаторно-параноидный синдром (Кандинского-Клерамбо).

3. Для шизофрении.

4. Психофармакотерапия.

5. Неблагоприятный – как правило, непрерывное течение заболевания с развитием негативных расстройств.

**Задача№4**

У пациента 28 лет остро без видимых причин появилось ощущение, что окружающие его люди как-то изменились. Понял, что его окружают подставные лица. Многих он узнает, хотя они переодеты и загримированы. Находит среди них своих знакомых, родственников, сослуживцев. Не может понять, почему это произошло, испытывает тревогу.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Каков регистр данного расстройства?

4. Назовите возможный диагноз.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дереализация, симптом положительного двойника, тревога.

2. Синдром Капгра.

3. Регистр психотический.

4. Возможен острый приступ параноидной шизофрении.

5. Относительно благоприятный: возможно эпизодическое течение заболевания.

**Задача№5**

У пациентки 32 лет психическое состояние изменилось остро – нарушился сон, появились страх, тревога. В разговорах прохожих слышала свое имя, казалось, что от нее что-то скрывают. Предметы вокруг нее выглядели изменившимися, ощущала перемены и в самой себе, что вызывало чувство растерянности. Была возбуждена, не находила себе места, пыталась бежать.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Нам фоне каких расстройств он формируется?

4. При каких заболеваниях данный синдром встречается?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Функциональные галлюцинации, идеи отношения, дереализация, деперсонализация.

2. Синдром острого чувственного бреда.

3. Формируется на фоне ярких эмоциональных расстройств.

4. Может быть проявлением любого остро возникшего психоза – интоксикационного, соматогенного, реактивного, острого приступа шизофрении.

5. Относительно благоприятный: в большинстве случаев удается полностью купировать психотический приступ.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения негативные и продуктивные симптомы заболевания.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Синдромы непсихотического уровня

2) Позитивные и негативные синдромы в психиатрии

3) Синдромы непсихотического уровня

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.50. **Тема:** «Течение психических заболеваний».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Знание теоретических и практических вопросов современной психиатрической синдромологии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями МКБ-10 и DSM-IV – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам течения психических расстройств.

УК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: формы течения психических болезней.

Уметь: определить психический склад личности, конституцию.

Владеть: методами выявления форм течения психических болезней.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с возможным течением психических заболеваний.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Формы течения психических болезней».  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Течение психических болезней, в том числе и одного и того же заболевания, может быть различным, но вместе с тем возможно выделение его определенных типов или форм.

Некоторые психические болезни, раз начавшись, протекают хронически до конца жизни больных; это непрерывное, процессуальное, прогредиентное течение. Однако внутри этой формы развитие психического заболевания неодинаково. У одной группы больных патологический процесс с самого начала развивается катастрофически и быстро приводит к выраженному психическому распаду. В других случаях заболевание прогрессирует медленно, дефицитарные изменения возникают постепенно, не достигая глубокого распада. У третьей группы больных патологический процесс развивается менее интенсивно, сказываясь в итоге лишь в изменении психического склада личности. Наиболее легкие варианты этой разновидности течения образуют так называемые латентные формы той или иной психической болезни. Вне зависимости от тяжести болезни в течение каждой из ее разновидностей можно обнаружить периодические обострения, свидетельствующие о скрытой циркулярности, периодичности развития болезненного процесса. По П.П. Горизонтову, циркулярность свойственна всем прогрессирующим патологическим процессам.

У многих больных заболевание с самого начала характеризуется приступами со светлыми промежутками между ними — приступообразное течение. Приступы у одной группы больных возникают через одинаковые промежутки времени, у другой — без какой-либо регулярности. Иногда приступы болезни влекут за собой стойкие изменения психического склада личности с углублением дефекта от приступа к приступу (приступообразно-прогредиентное течение). В других случаях приступы, даже многочисленные, проходят бесследно, не приводя к какому-либо дефекту (интермиттирующее течение). Такие приступы носят название фаз. Наконец, иногда изменения личности наступают после первого приступа, а в последующем отмечаются фазы (рекуррентное илиремиттирующее течение).

Бывают и случаи психоза в виде единственного за всю жизнь приступа (одноприступное течение) и быстропреходящего эпизода (транзиторные психозы).

Психические болезни могут заканчиваться выздоровлением полным или с остаточными расстройствами в виде стойкого, разной выраженности психического снижения — выздоровление с резидуальными изменениями, с дефектом. Часто психическая болезнь продолжается до смерти в результате какого-либо соматического заболевания (летальный исход непосредственно от психической болезни бывает редко).

**Психический склад личности, конституция**

Как неповторимы физические и духовные свойства отдельных индивидуумов, так индивидуальны проявления и течение болезни у отдельных больных. Это постоянно подтверждается практикой, особенностями симптомов и развития болезней, различной эффективностью лечения.

Однако наряду с индивидуальностью больного существует самостоятельность болезни с присущими ей признаками, развитием и исходом, позволяющими определить ее нозологию.

Известное противоречие между индивидуальным диагнозом больного и диагнозом болезни (ее вида и род1) создает трудности в развитии нозологии психических болезней. Усилия в создании нозологии направляются на обнаружение вариантов в индивидуальных вариантах.

Исследование соотношения индивидуального, видового и родового — единичного, особенного, общего — одинаково важно и в клинике, и в области лабораторных исследований.

При обследовании больного поиск сосредоточивается на установлении индивидуальных особенностей симптомов и синдромов его болезни. Изучение группы больных с одинаковым заболеванием направлено на обнаружение общих особенностей болезни в целом или отдельных ее форм. Наблюдение за отдельным больным всегда динамическое. Оно вновь и вновь повторяется в зависимости от изменения его состояния, позволяя регистрировать особенности развития заболевания, видоизменение и смену синдромов. Исследование вида (формы) болезни одновременно у группы больных предполагает их обследование на одном и том же этапе заболевания.

Индивидуальные особенности проявления и развития патологического процесса в значительной степени зависят от свойств личности, в частности ее стенического или астенического склада (строя жизнедеятельности).

Первое описание стенического и астенического строя жизнедеятельности принадлежит английскому врачу XVIII в. J. Brown, разделившему в соответствии с этим все болезни на астенические и стенические. С этого времени в медицине утвердилось понятие «астении» и «стении». Однако подробное описание астенической конституции относится лишь к XX в. E. Kretschmer, не противопоставляя абсолютно стенический и астенический склады личности, выделял варианты сочетания того и другого — астенический склад со «стеническим жалом» и стенический склад с «астеническим жалом». П.Б. Ганнушкин на основе исследования динамики психопатического склада личности утверждал возможность смены стенического склада астеническим. Астенический склад личности, астенические реакции и развития описывали Т.И. Юдин, П.М.Зиновьев и др. Конституциональные особенности астенического склада личности И.П. Павлов относил к слабому типу. А.Г. Иванов-Смоленский установил смену гиперстенического и астенического типов реагирования.

В дальнейшем различие психического склада личности было обнаружено у гомозиготных близнецов — преобладание у одного из них стенических, а у другого астенических черт личности.

В анамнезе многих больных с различными психозами нередко наблюдается смена астенического периода развития личности стеническим и наоборот. Особенно часто такие сдвиги происходят в периоды полового созревания, инволюции, беременности, а также под влиянием разнообразных психических воздействий.

Из приведенных данных следует, что астенический и стенический строй личности не представляет собой необратимое и постоянное свойство. В нем заложена способность к изменению под влиянием различных жизненных обстоятельств. Другими словами, каждый индивидуум может проявить и стенические, и астенические свойства. Однако в обычных, неэкстремальных условиях прочно преобладает один строй — астенический или стенический.

Астеническому строю свойственна повышенная возбудимость, сочетающаяся с истощаемостью и замедленным восстановлением сил. Повышенная чувствительность, впечатлительность, раздражительная слабость, недостаточность самообладания, повышенная утомляемость, лабильность аффекта — характерный перечень свойств астенической личности. Таким людям присущи неоправданный оптимизм и необоснованный пессимизм. Они в какой-то мере малодушны, не умеют постоять за себя, застенчивы, робки, нерешительны, пассивны, у них нередко возникает чувство внутренней напряженности, скрытой тревоги.

Стенический строй личности характеризуется активностью, неутомимостью, напряженной деятельностью, настойчивостью, самостоятельностью, предприимчивостью. Люди стенического склада отзывчивы, достаточно общительны, их интересы многосторонни. Самомнение у них обычно повышено, в характере преобладает оптимизм.

Описанные два строя личности в значительной мере определяют особенности клинической картины возникающих психозов.

Влияние индивидуальных особенностей организма на проявление, возникновение, течение и исход болезни детально отражено в учении о конституции.

Первые упоминания о различных типах склада личности относятся к глубокой древности (древний Китай, Индия, Египет и др.). Позднее Гиппократ выделил 4 темперамента. И.П. Павлов обосновал существование 4 темпераментов исследованиями высшей нервной деятельности. Психологи и психопатологи также описывали различные типы личности, характеры, темпераменты, но эти категории не получили широкого признания. Наибольшую популярность, начиная с 20-х годов нашего века, приобрели описанные E. Kretschmer (1930) 4 склада личности. Существенно, что они описаны и выделены по направлению от психоза к норме, что наложило отпечаток на особенности классификации типов и терминологию: шизофреник — шизоид — шизотимик (вариант нормального склада личности); циклофреник — циклоид — циклотимик (вариант нормы); эпилептик — эпилептоид — эпилептотимик (вариант нормы); истерик — истероид — истеротимик (вариант нормы).

Перечисленные разновидности склада личности представляют собой обобщенные достаточно схематические радикалы личности, своего рода модели многообразия личности человека. Тем не менее их выделение облегчает первичную ориентировку в индивидуальных, генетически обусловленных особенностях личности обследуемых.

Шизоидный склад личности — разновидность с преобладанием аутизма, абстрактного мышления, порой со склонностью к мечтательности, эмоциональной хрупкостью, гиперестезией, сочетающейся со сдержанностью в проявлениях чувств, известной холодностью, сосуществующей с одержимостью в осуществлении тех или иных господствующих стремлений. Ему соответствует астеническое телосложение.

Циклоидный склад личности характеризуется общительностью, откровенностью, открытостью, свободным выражением чувств, стремлений, конкретностью, реализмом, деятельностью. Типична склонность к периодическим колебаниям настроения и активности от повышения к понижению и наоборот. Этому складу соответствует пикническое телосложение.

Эпилептоидный склад личности отличается эгоцентризмом, выраженным стремлением к самоутверждению, повышенной самооценкой, чувством превосходства, брутальностью, интенсивной и порой неутомимой энергией, сочетающейся с некоторой вязкостью аффекта и речи. В этих случаях преобладает атлетическое телосложение.

Истерический склад личности — вариант с непостоянством в устремлениях, влечениях, привязанностях и постоянной изменчивостью настроения, его лабильностью в диапазоне от восторга до отчаяния. Он отличается богатым воображением со склонностью принимать желаемое за действительное. Преобладает грацильное телосложение.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Формы течения психических болезней.

2). Психический склад личности

3). Психическая конституция

4). Зависимость течения патологического процесса от склада личности

5).В чем особенность описания склада личности по E. Kretschmer.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПСИХИКА У ЧЕЛОВЕКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ВИДЕ

1) психические свойства личности

2) психодиагностика

3) психопрофилактика

4) психогигиена

5) психотерапия

2. ПСИХИКА У ЧЕЛОВЕКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ВИДЕ

1) психогигиена

2) психодиагностика

3) психические состояния

4) психопрофилактика

5) психотерапия

3. ПСИХИКА У ЧЕЛОВЕКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ВИДЕ

1) психогигиена

2) психодиагностика

3) психотерапия

4) психопрофилактика

5) психические процессы

4. КАКИЕ РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТСЯ К ПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ?

1) шизофрения

2) алкоголизм

3) психопатия

4) травматические психозы

5) реактивные состояния

5. ТИПИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЛЯ ПСИХОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) расстройства восприятия

2) нарушения сознания

3) кататонические симптомы

4) эмоционально-волевые нарушения

5) расстройства памяти

6. ПАТОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) неврозы

2) аномалии развития характера

3) эпилептические изменения личности

4) патологию личности при алкоголизме

5) изменения личности при наркоманиях

7. КТО ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПСИХИАТРОВ ВНЕС БОЛЬШОЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ УЧЕНИЯ О ПСИХОПАТИЯХ?

1) Корсаков С.С.

2) Осипов В.П.

3) Ганнушкин П.Б.

4) Снежневский А.В.

5) Бехтерев В.М.

8. КТО ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПСИХИАТРОВ ВНЕС БОЛЬШОЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ УЧЕНИЯ О ПСИХОПАТИЯХ?

1) Корсаков С.С.

2) Осипов В.П.

3) Бехтерев В.М.

4) Снежневский А.В.

5) Кербиков О.В.

9. СКОЛЬКО ВИДОВ ТЕМПЕРАМЕНТА ВЫДЕЛИЛ ГИППОКРАТ?

1) 3

2) 4

3) 5

4) 6

5) 2

10. СТЕНИЧЕСКИЙ СТРОЙ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) истощаемостью

2) повышенной чувствительностью

3) впечатлительность

4) раздражительной слабостью,

5) настойчивостью

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной 44 года, врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал амитриптилин доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Какой тип течения характерен для данного расстройства?

**Эталон ответа**

1. Депрессивный, астено-депрессивный, апапия, инсомния, астения.

2. Рекуррентного депрессивного расстройства

3. психологические, шкала Гамильтона

4. высока вероятность повторных депрессивных эпизодов

5. интермиттирующее течение

**Задача №2**

Пациентка 25 лет обратилась к психиатру для решения вопроса обследования по поводу своего состояния. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали. Пациентку беспокоят: сниженное настроение, тревога, беспокойство. Больная с трудом справляется с ситуацией утраты, не может приспособиться к новому состоянию, стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные обязанности, появились внезапные приступы плача и трудность засыпания.

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Какой тип течения характерен для данного расстройства.

**Эталон ответа**

1. тревожно-депрессивный, тревога, инсомния, астения,

2. депрессивный эпизод средней степени

3. тревожно-депрессивное

4. благоприятный

5. одноприступное течение

**Задача№3**

Больная 54 лет, наследственность не отягощена, без вредных привычек. После известия о трагической смерти сына в автокатастрофе внезапно ощутила резкую слабость в ногах, в течение часа не могла говорить, не понимала, что с ней происходит. По словам мужа, выглядела растерянной, металась по комнате, не верила в происшедшее. На следующий день возбуждение сменилось оцепенением, лежала в постели отвернувшись к стене, отказывалась от пищи. Период похорон помнит «как в тумане», казалось что всё произошло не с ней. Спустя неделю появилась выраженная подавленность, чувство душевной пустоты, ничто не радовало. На приёме жалобы на подавленное, безрадостное настроение, тоску, мучительные воспоминания о случившемся, нарушения сна, отсутствие аппетита, потерю веса за последний месяц на 10 кг.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Какой тип течения характерен для данного расстройства?

**Эталон ответа**

1. апатия, инсомния, ангедония

2. депрессивный синдром

3. психогенная депрессия

4. острая психическая травма со сверхсильным действием

5. одноприступное течение

**Задача№4**

Молодой человек 30 лет, инженер. С раннего детства упорный, настойчивый, смелый, задиристый. Высокого мнения о себе. Вместе с тем – подозрительный, считает, что окружающие завидуют ему, строят ему всевозможные козни. Уверен, что его проект забраковали из зависти. В случайно сказанных словах, вскользь брошенных взглядах усматривает подтверждение своих предположений. На «мнимое доброжелательство» коллег отвечает яркой враждебностью. Подает в суд на администрацию завода. Переубедить его невозможно.

1. Поставьте диагноз.

2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.

3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?

4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?

5. Какой склад личности у данного пациента?

**Эталон ответа**

1. Параноидное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу возбудимых психопатий.

4. Не показано.

5. Стенический.

**Задача№5**

Больному 20 лет. Очень необщительный, замкнутый. Друзей не имеет. С детства склонен к уединенным мечтам и к занятиям отвлеченными вопросами, далекими от реальной жизни. Очень плохо сходится с людьми. Не может понять их настроения, затрудняется завязать простой непринужденный разговор. Много строит планов, но никак не может привести их в исполнение. Живет мечтами, грезами, беспомощен в реальной жизни.

1. Поставьте диагноз.

2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.

3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?

4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?

5. Для какого склада личности характерно данное расстройство?

**Эталон ответа**

1. Шизоидное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу тормозимых психопатий.

4. Не показано.

5. Шизоидного.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь определитьпри помощи беседы и наблюдения форму течения психического заболевания.

2). Уметь обосновать ответ.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Синдромы непсихотического уровня.

2) Позитивные и негативные синдромы в психиатрии.

3) Синдромы непсихотического уровня.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.51. **Тема:** «Классификация психических расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Классификация расстройств психики представляет собой одну из наиболее сложных и спорных областей психиатрии. Невозможность во многих случаях использовать надежные объективные методы диагностики, недостаточные знания о причинах и механизмах развития психической патологии привели к значительным расхождениям между психиатрами разных стран в подходах к систематике. Вместе с тем социальное значение психиатрической науки, широкое развитие международных исследований требуют создания унифицированного подхода к диагностике. Противоречие между стремлением к наиболее точному теоретическому осмыслению природы психических заболеваний и потребностью в практически удобных инструментах диагностики привело к развитию двух основных направлений в построении классификаций — ***нозологического*** (этиопатогенетического, научно-клинического) и ***прагматического*** (статистического).

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам классификации психических расстройств.

УК-1, ПК-5.

**- учебная:**

Знать: нозологическую и статистическую классификации психических расстройств.

Уметь: классифицировать психические расстройства, выявляемые в клинической практике.

Владеть: способностью к постановке синдромологического, нозологического и статистического диагноза.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с принципами классификации психических расстройств  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Основные принципы систематики психических расстройств».  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

В большинстве классификаций психических болезней неизменно приводятся три основных вида патологии психики:

— эндогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют экзогенные факторы;

— экзогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют эндогенные факторы;

— состояния, обусловленные патологией развития.

Причинно-следственные отношения в двух основных группах психических болезней — эндогенных и экзогенных — не абсолютно противоположны. Экзогенные факторы (инфекции, интоксикации, травмы, психогении, социальные вредности) в том или ином виде участвуют в возникновении или течении эндогенных психических заболеваний, предрасполагая к ним, провоцируя болезненный процесс, видоизменяя и отягчая его развитие. В свою очередь эндогенные факторы также участвуют в возникновении и течении всех экзогенных психозов. Экзогенные психозы возникают, как правило, не у всех подверженных той или иной вредности (инфекция, интоксикация, травма, психогения), а у некоторых конституционально предрасположенных людей при скрытой готовности к возникновению психоза.

Отечественная классификация психических заболеваний, как и многие другие в нашей стране и за рубежом, несовершенна и весьма условна, что связано в первую очередь с недостаточностью знаний о причинах (этиологии) и патогенезе многих психических расстройств. От многих зарубежных классификаций и МКБ ее отличает нозологический принцип построения. Однако и в этой систематике он соблюдается в пределах, обоснованных развитием научной психиатрии и медицинской науки в целом. Эти пределы делают понятным, почему, несмотря на последовательно этиологическую основу, классификация остается смешанной, частично отражая и патогенетический, и органопатологический, и клинико-описательный подходы. Здесь отдана дань и некоторой терминологической традиции (эндогенный, экзогенный, органический, симптоматический и т.п.), что облегчает использование классификации в практике и сопоставление с существующей психиатрической литературой.

В некоторых классификациях более или менее жестко все болезни разделены на эндогенные и экзогенные. В данной систематике выделены промежуточные группы заболеваний — эндогенно-органическая и экзогенно-органическая.

В группу эндогенно-органических заболеваний, с одной стороны, включены болезни типа эпилепсии, которую в рассматриваемом аспекте с равным успехом можно отнести и к эндогенным, и к экзогенным заболеваниям. Однако в ее основе лежит органический мозговой процесс, проявляющийся клинически достаточно очерченным эпилептическим синдромом, что позволяет на современном этапе наших знаний выделять эпилепсию как единую болезнь. С другой стороны, в эту группу включены заболевания, характеризующиеся прежде всего развитием органического процесса в мозге, генез которого в значительной степени обусловлен эндогенными (генетическими) механизмами, хотя и недостаточно изученными. К этой группе отнесены атрофические процессы, особые формы психозов позднего возраста, сосудистые заболевания, а также системные наследственные формы патологии головного мозга.

В группу экзогенно-органических болезней входят заболевания, в развитии которых большую роль играют внешние факторы, но генез болезни в целом, ее клинические проявления и особенности течения определяются в основном формированием органического мозгового процесса.

Группа экзогенных заболеваний объединяет психические расстройства, в генезе которых существенную роль играют внемозговые биологические факторы — общие заболевания организма, при которых мозг поражается наряду с другими органами, расстройства, обусловленные вредностями внешней среды (интоксикации, инфекции). Биологический характер этих вредностей позволяет отграничить указанные заболевания от психогенных расстройств.

Изменения отечественной классификации коснулись практически всех основных групп болезней. Группа эндогенных психозов в этом отношении не составила исключения, поскольку до настоящего времени не существует их единой классификации, объединяющей клинические позиции и нозологические концепции разных национальных школ. Так, название «Маниакально-депрессивный психоз» заменено на более широко используемое в мировой психиатрии «Аффективные заболевания» с выделением подгрупп «Аффективные психозы» и аффективные расстройства непсихотического уровня — «Циклотимия» и «Дистимия». Кроме того, в эту же группу болезней впервые введены «Шизоаффективные психозы», несмотря на всю дискуссионность их нозологической самостоятельности и, несомненно, промежуточное положение между шизофренией и аффективными заболеваниями. Основанием для этого послужила частота такого рода расстройств в клинической практике, попытка их выделения во многих национальных классификациях, а также, несомненно, существующие особенности клинических проявлений, течения и лечения.

В группе эндогенно-органических заболеваний отражена современная точка зрения на атрофические процессы головного мозга, согласно которой болезнь Альцгеймера и сенильная деменция объединены понятием «деменции альцгеймеровского типа», которые входят в группу «Дегенеративных (атрофических) процессов головного мозга», характеризующихся сходным биологическим субстратом заболевания.

Наибольшие изменения внесены в группу психических нарушений, которые в более ранних отечественных систематиках традиционно выделялись как «Психогенные заболевания». Прогресс в области изучения клинических проявлений и условий возникновения соответствующих расстройств дает достаточно оснований для более дифференцированного подхода к их классификации с выделением таких самостоятельных групп болезней, как «Психосоматические расстройства», «Психогенные заболевания» и «Пограничные психические нарушения».

Понятием «психосоматические расстройства» объединяется группа состояний, характеризующихся «перекрыванием» (сочетанием) симптоматики, отражающей нарушения как психической, так и соматической сфер организма и выходящих за рамки соматогений в виде симптоматических психозов и психогенных реакций на соматические заболевания. Выделение группы психосоматических расстройств, знаменующее тесную связь психиатрии с общей медициной, подчеркивает необходимость взаимодействия психиатров с интернистами в диагностике и лечении заболеваний.

В группе «Психогенные заболевания» объединены психотические и непсихотические расстройства, составляющие подгруппы «Реактивные психозы» и «Посттравматический стрессовый синдром». Расшифровка последнего в рамках психогенных заболеваний должна облегчить врачам сопоставление этого понятия с традиционными для отечественной психиатрии обозначениями различных вариантов «реактивных состояний».

В группу «Пограничные психические нарушения» включены не только типичные невротические расстройства, но и личностная патология — «Расстройства личности», которые в предыдущей классификации были отнесены к группе «Патология психического развития» (как психопатии). Понятие «расстройства личности» вместо определения «психопатии» стало вводиться в психиатрическую литературу с 70-х годов. Было признано, что термин «расстройство личности» точнее отражает имеющиеся у больных нарушения, не заключая в себе отрицательного социального смысла, который свойствен представлениям о психопатиях. Как синоним «психопатий» термин «расстройства личности» употребляется в МКБ-9 и МКБ-10. Под определением «расстройство личности» (психопатии) в предлагаемой классификации имеется в виду необходимость его отграничения как от акцентуаций характера и личностных девиаций — крайних вариантов нормы, так и от вторичных личностных расстройств (нажитых психопатических состояний), относимых к другим группам болезней (например, от психопатоподобного дефекта при шизофрении).

Более широкий спектр расстройств отражен в группе «Патология психического развития». Сюда включены задержки психического развития разной степени выраженности и вовлеченности различных психических функций — тотальные («умственная отсталость») и парциальные. И, кроме того, выделяются «Искажения психического развития». К последним в настоящее время относят не только аутистические первазивные расстройства, но и более легкие проявления дизонтогенеза, в частности, установленные у детей из групп высокого риска по психическим заболеваниям.

Классификация психических заболеваний

**Эндогенные психические заболевания**

Шизофрения

Аффективные заболевания

Аффективные психозы

Циклотимия

Дистимия

Шизоаффективные психозы

Функциональные психозы позднего возраста

**Эндогенно-органические заболевания**

Эпилепсия

Дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга

Деменции альцгеймеровского типа

Болезнь Альцгеймера

Сенильная деменция

Системно-органические заболевания

Болезнь Пика

Хорея Гентингтона

Болезнь Паркинсона

Особые формы психозов позднего возраста

Острые психозы

Хронические галлюцинозы

Сосудистые заболевания головного мозга

Наследственные органические заболевания

**Экзогенно-органические заболевания**

Психические нарушения при травмах головного мозга

Психические нарушения при опухолях головного мозга

Инфекционно-органические заболевания мозга

**Экзогенные психические расстройства**

Алкоголизм

Наркомании и токсикомании

Симптоматические психозы

Психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях

Психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях

Психические нарушения при интоксикациях лекарственными средствами, бытовыми и промышленными токсичными веществами

**Психосоматические расстройства Психогенные заболевания**

Реактивные психозы

Посттравматический стрессовый синдром

**Пограничные психические нарушения**

Невротические расстройства

Тревожно-фобические состояния

Неврастения

Обсессивно-компульсивные нарушения

Истерические нарушения невротического уровня Расстройства личности

**Патология психического развития**

Умственная отсталость

Задержки психического развития

Искажения психического развития

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Критерии психогенных заболеваний.

2). Критерии эндогенных заболеваний.

3). Критерии экзогенных заболеваний.

4). Принципы построения классификаций психических болезней.

5). Современные требования к систематикам психических расстройств.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ЭНДОГЕННЫМ?

1) олигофрении

2) наркомании

3) реактивные психозы

4) шизофрения

5) эпилепсия

2. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ЭНДОГЕННЫМ?

1) олигофрении

2) наркомании

3) биполярное аффективное расстройство

4) реактивные психозы

5) эпилепсия

3. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ЭКЗОГЕННЫМ?

1) олигофрении

2) наркомании

3) биполярное аффективное расстройство

4) реактивные психозы

5) шизофрения

4. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ПСИХОГЕННЫМ?

1) олигофрении

2) наркомании

3) реактивные психозы

4) шизофрения

5) эпилепсия

5. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИМ?

1) алкоголизм

2) наркомании

3) реактивные психозы

4) шизофрения

5) эпилепсия

6. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОСНОВНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НАШЕЙ СТРАНЕ СЧИТАЕТСЯ

1) Этиопатогенетическая классификация болезней.

2) Классификация DSM-IV.

3) Клиническая классификация заболеваний.

4) Классификация МКБ-10.

5) Классификация МКБ-9.

7. КЛАССИФИЦИРУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга.

2) этиологический фактор возникновения психического заболевания.

3) наличие (или отсутствие) этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

4) особенности патогенеза формирования психического заболевания.

5) наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

8. ДЛЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО

1) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

2) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

3) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

4) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

5) этиологический фактор возникновения психического заболевания.

9. ДЛЯ ЭКЗОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО

1) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

2) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

3) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

4) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

5) этиологический фактор возникновения психического заболевания.

10. ДЛЯ ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО

1) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

2) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

3) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

4) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

5) этиологический фактор возникновения психического заболевания.

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

**Задача №1**

Больной неподвижно лежит в кровати, взгляд устремлен в пространство, вид зачарованный. Мимика изменчивая. Выражен мышечный гипертонус. Голова приподнята над подушкой. На вопросы отвечает односложно, после повторных обращений. Ориентировка двойственная: находится в другой галактике и, кажется, в больнице. Временами рассказывает окружающим, что видит какой-то фантастический мир, населенный инопланетянами, видит другие планеты.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. К какой группе психических расстройств относится.

**Эталон ответа**

1. Нарушение ориентировки (двойственность), зрительные галлюцинации, каталепсия, симптом воздушной подушки.

2. Кататонический синдром, онейроидный синдром (онейроидная кататония).

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Эндогенные психические расстройства.

**Задача №2**

Пациенту 28 лет. После черепно-мозговой травмы, полученной в аварии, забыл, как он собирался переходить улицу, как дошел до ее середины, где был сбит машиной. Текущие события воспроизводит правильно.

1. Назовите симптом.

2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Ретроградная амнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. К экзогенно-органическим заболеваниям головного мозга.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача№3**

После длительной алкоголизации больной стал слышать «голоса», которые угрожали ему убийством, называли его пьяницей, издевались над ним. Изредка вмешивался другой голос, который пытался защищать больного. Критика к своему состоянию отсутствует.

1. Назовите психопатологические симптомы.

2. Установите диагноз.

3. К какой группе психических расстройств относится.

4. Имеются ли показания для госпитализации в стационар.

5. Определите прогноз.

**Эталон ответа**

1. Истинные слуховые вербальные галлюцинации угрожающего и комментирующего характера.

2. Алкогольное психотическое расстройство, преимущественно галлюцинаторное.

3. Экзогенные психические расстройства.

4. Да.

5. Прогноз благоприятный, возможно полное купирование психоза.

**Задача№4**

Больной 45 лет, перенес инфаркт миокарда без зубца Q. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы через две недели возникла бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боится оставаться без медицинского персонала. Испытывает страх «остановки сердца». Понимая необоснованность страхов, заявляет, что не может их преодолеть. Появление страха сопровождается сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением. Объективно показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите клинический диагноз.

4. Каков регистр данного расстройства?

5. К какой группе психических расстройств относится.

**Эталон ответа**

1. Навязчивые мысли, навязчивые страхи.

2. Обсессивно-фобический синдром.

3. Невроз навязчивых состояний.

4. Регистр невротический.

5. Пограничные психические нарушения.

**Задача№5**

Пациент М., 34 года, обратился в отделение полиции в связи с тем, что не помнит, как оказался в городе. С. дезориентирован во времени, называет дату на месяц назад от реальной. Восстановление событий прошлого позволило установить, что он перенес серию психических травм в короткий промежуток времени, от утраты близких родственников до экономического краха. Взял документы, необходимые вещи и ушел из дома. Удается вспомнить некоторые события прошедшего месяца, но лишь фрагментарно, например, как садился на поезд, останавливался у родственников в ближайшем городе. При неврологическом обследовании и ЭЭГ патологии не обнаружено. Периоды амнезии не возобновлялись. Через 2 недели восстановление памяти было практически полным.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Нам фоне каких событий он формируется?

4. При каких заболеваниях данный синдром встречается?

5. К какой группе психических расстройств относится?

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка, амнезия.

2 Диссоциативная амнезия.

3. Формируется на фоне выраженных психотравмирующих событий.

4. Истерическое сумеречное помрачение сознания.

5. Психогенные заболевания.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Уметь определить критерии эндогенных, экзогенных, психогенных психических расстройств

2). Уметь определить класс психических расстройств по МКБ-10.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Национальные классификации психических болезней

- французская

- немецкая

- американская

2) Отечественная классификация психических болезней.

3) Международная классификация болезней 10 пересмотра – класс F.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.52. **Тема:** «Шизофрения».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: 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. По данным ВОЗ, в мире насчитывается 45 млн. больных шизофренией. В последнее десятилетие XX столетия распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85%, т. е. приблизительно 1% населения земного шара страдают этим заболеванием. Систематика форм шизофрении, основанная на различиях степени прогредиентности болезни, учете ее синдромальных картин и особенностей развития, изучение этиологии и патогенеза заболевания обусловливает постоянный поиск эффективных методов лечения этого тяжелого недуга.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать шизофрению и лечить больных с данной патологией.

УК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные и факультативные симптомы шизофрении и определить их диагностическое значение.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление клиническими проявлениями шизофрении  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Шизофрения - психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности. Название заболевания было предложено швейцарским психиатром E.Bleuler в 1911 году. В переводе оно означает «расщепление души». Шизофренией заболевают преимущественно в молодом возрасте, она поражает как мужчин, так и женщин. Заболеваемость шизофренией в населении колеблется от 5 до 8 на 1000 человек.

Основными симптомами шизофрении, определяющими диагноз заболевания, является триада Останкова: расстройства в эмоциональной (равнодушие, неадекватность), волевой (пассивность, парамимии, парапраксии) и ассоциативной сферах психической деятельности.

• расщепление (схизис) - в виде разорванности мышления, амбивалентности и амбитендентности в эмоциях и воле, раздвоении сознания;

• аутизм - уход в себя, складывающийся из направленности интересов личности на свои внутренние переживания с созданием оторванного от реального мира, а часто и противоречащего ему круга представлений и понятий, при стремлении ограничить контакты с окружающими людьми;

• расстройства эмоций в виде их апатического притупления, опустошения, неадекватности. Обычно эмоциональные расстройства сопровождаются и нарушением волевых побуждений в виде гипобулии, абулии и извращения произвольной деятельности (парабулии).

Дополнительные симптомы шизофрении:

• Расстройства восприятия. Зрительные галлюцинации не характерны. Чаще встречаются слуховые, обонятельные, тактильные и галлюцинации общего чувства (висцеральные). Они неопределённы, странны, вычурны, изменчивы и житейски малопонятны. Преобладают псевдогаллюцинации, из них наиболее часты вербальные («голоса»). Голоса «узнают», повторяют, комментируют мысли и желания больного, иногда приказывают. Нередко одни «голоса» противоречат другим, рассуждают с больным на отвлеченные темы, имеют символическое значение.

• Бред преследования и воздействия. В начальных стадиях болезни характерна бредовая интерпретация отношения окружающих к больному. Бредовые идеи при шизофрении мало связаны с реальными жизненными отношениями, психологически не обоснованны. Они становятся всё более нелепыми, паралогическими, резонерскими, эмоционально выхолощенными - то есть отражают всю специфику шизофренического мышления. Ещё одна особенность шизофренического бреда состоит в том, что он охватывает чрезмерно широкий и невероятный круг событий, действующих лиц и проблем.

• Кататонические нарушения, а также дурашливость в поведении.

Исход шизофрении для неблагоприятных форм. Глубокий шизофренический дефект немецкий психиатр E.Kraepelin называл «апатическим слабоумием». В отличие от органического слабоумия (деменции) непродуктивность мышления объясняется не обеднением ассоциаций и затруднением абстрагирования, а уменьшением психической активности, нарушением логической стройности, последовательности ассоциаций, углублением апатико-абулического синдрома и нарастанием аутизма. Снижения памяти не отмечается. По данным исследований последних лет, катамнез многих случаев шизофрении показал не только остановку процесса, но и значительный регресс шизофренических симптомов в пожилом возрасте.

Течение шизофрении может быть установлено уже в периоде манифеста, однако более точно — после третьего приступа. При тенденции к ремиссиям хорошего качества, приступы обычно полиморфны, включают аффект тревоги, страха. Выделяют *непрерывное течение*, под которым подразумевается отсутствие ремиссии в течение более года, *эпизодическое с нарастающим дефектом*, когда между психотическими эпизодами прогредиентно (непрерывно) нарастает негативная симптоматика, *эпизодическое со стабильным дефектом*, когда между психотическими эпизодами отмечается стойкая негативная симптоматика. Эпизодическое течение соответствует принятой в отечественной психиатрии симптоматике приступообразного течения. *Эпизодическое ремитирующее*, когда отмечаются полные ремиссии между эпизодами. Этот вариант течения соответствует принятой в отечественной психиатрии симптоматике периодического течения. После приступа возможна также неполная ремиссия.

Стойкая негативная симптоматика в период ремиссий (дефект) включает в своей клинике стертые симптомы продуктивной симптоматики (инкапсуляция), расстройства поведения, сниженное настроение на фоне апатико-абулического синдрома, утрату коммуникаций, снижение энергетического потенциала, аутизм и отгороженность, утрату понимания, инстинктивный регресс.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

1) Перечислите основные симптомы шизофрении.

2) Назовите симптомы нарушения мышления при шизофрении.

3) Перечислите дополнительные симптомы шизофрении.

4) Какие виды бреда характерны для шизофрении?

5) Назовите типы течения шизофрении.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ?

1) слабодушие

2) эмоциональная лабильность

3) экспансивность

4) эмоциональная дефицитарность

5) гипотимия

2. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) обманы восприятия

2) аутизм

3) бредовые расстройства

4) астения

5) двигательные расстройства

3. КОНКОРДАНТНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ

1) достигает 90-100%

2) зависит от их пола

3) зависит от возраста начала заболевания

4) составляет 40-60%

5) наследственные факторы не значимы

4. НАРАСТАНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) остроте заболевания

2) злокачественности заболевания

3) хронификации заболевания

4) пароксизмальности

5) необратимости заболевания

5. НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

1) динамичные образования, могут быть выражены значительно, а затем полностью редуцироваться

2) мало специфичны для того или иного заболевания

3) указывают на активное течение болезненного процесса

4) указывают на степень инвалидизации

5) указывают на острое начало заболевания

6. ДЛЯ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ХАРАКТЕРНО

1) замедление ассоциативного процесса

2) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления

3) обстоятельность

4) ускорение ассоциативного процесса

5) персеверации

7. ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) снижение энергетического потенциала

2) торпидность

3) взрывчатость

4) асоциальное поведение

5) открытость для общения

8. Э. КРЕПЕЛИН ОБЪЕДИНИЛ НЕСКОЛЬКО ТИПОВ ПСИХОЗА В «DEMENTIA PRAECOX» НА ОСНОВАНИИ ЕДИНСТВА

1) этиологии

2) патоморфологии

3) течения

4) способов лечения

5) исхода

9. КЛЮЧЕВЫМИ СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ Э. БЛЕЙЛЕР СЧИТАЛ

1) бред и галлюцинации

2) амбивалентность и нарушения ассоциаций

3) амнезию

4) расстройства сознания

5) манию и меланхолию

10. К.ШНАЙДЕР К СИМПТОМАМ ПЕРВОГО РАНГА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОТНОСИЛ

1) ипохондрический бред и сенестопатии

2) отнятие и вкладывание мыслей

3) апатию и абулию

4) амбивалентность и аутизм

5) бред преследования и отравления

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациент О., 33 года. В преморбиде без особенностей. Работал следователем. В период активной работы по расследованию бытового правонарушения заметил, что за ним следят в туалете и в ванной. Когда он принимает душ, «пускают специальные газы», от которых он засыпал, и крадут служебную документацию. Пытаясь связать события, понял, что это выгодно одному из начальников. Сам стал за ним следить. После чего, в его квартире были установлены «жучки», которые контролировали его мысли, включали желания. В результате каждое его действие и мысль стали достоянием Главного управления. Написал доклад «на верх», но не был понят, «так как все связаны между собой». В свою очередь, стал ставить подслушивающую аппаратуру в кабинете начальника, был задержан в этот момент и подвергнут специальному расследованию. В психомоторном возбуждении доставлен в психиатрический стационар. При госпитализации молчал, а в дальнейшем рассказал, что говорить не мог в связи с постоянным контролем речи аппаратурой.

1. Назовите симптомы.

2. Назовите синдром?

3. При каких заболеваниях он может встречаться?

4. Форма заболевания?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Бредовые идеи преследования, воздействия, моторные автоматизмы, симптом открытости мыслей.

2. Синдром Кандинского-Клерамбо.

3. Преимущественно при шизофрении.

4. Параноидная.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики.

**Задача №2**

Пациент Л., 20 лет. В подростковом возрасте отличался несносным поведением. Внезапно и без видимых причин вступал в конфликт с друзьями и родителями, ночевал в подвалах, стал воровать. С трудом окончив 9 классов, перешел в училище, которое не смог окончить. В последующем устроился на работу. Но его внимание привлекла некая девушка, которой стал оказывать странные знаки внимания. Встречая ее, он громко говорил и употреблял нецензурные выражения, плевался и тем самым ее компрометировал, но когда она на это ему указала — разбил витрину и разбросал в магазине товары. Стал неряшливым и совершенно не мылся, говорил много, но без всякого смысла и без центральной идеи, речь перемежал тирадами «модных выражений», которые черпал у «новых русских». Обратился к полицейскому с просьбой сопровождать его в ресторан, для охраны, а когда тот отказался — вступил в драку. Работу забросил и жил на свалке недалеко от магазина возлюбленной. Но это его совершенно не смущало. За это время он совершил несколько краж, и был пойман, когда украл у ребенка пакет с леденцами. При госпитализации дурашливо смеялся, гримасничал, в речи — соскальзывания.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Двигательная, эмоциональная парадоксальность, амбивалентность и амбитендентность.

2. Гебефренический синдром.

3. Гебефреническая шизофрения.

4. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет злокачественно, быстро приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**Задача№3**

Пациент П., 28 лет. На протяжении года окружающие заметили изменения поведения: стал замкнутым, отвечал односложно на вопросы. Однажды вовремя не вернулся с работы, супруга обнаружила его сидящим на скамейке — он бессмысленно смотрел в пространство и не отвечал на вопросы. В отделении, будучи представленным сам себе, смотрит в пространство, сопротивляется изменению позы. Мутизм и негативизм остаются стойкими и единственными симптомами на протяжении последующих двух недель. После назначения небольших доз нейролептиков вышел из ступора. Свое состояние объяснить не мог, «не знал, как говорить», «не хотелось отвечать на вопросы». В течение двух лет никаких психопатологических расстройств не было, продолжал работать. Вновь заболел остро и без видимых причин. Появились ускоренная и разорванная речь, психомоторное возбуждение, которое сменилось ступором. В клинике ступора, наряду с мутизмом и негативизмом, отмечалась каталепсия. На вокзале стоял молча в центре зала на протяжении нескольких часов, столь необычное поведение было замечено полицией, был доставлен в стационар. Выход из ступора был более продолжительным.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Тип течения заболевания.

5. Определите тактику лечения больного?

**Эталон ответа**

1. Мутизм, негативизм, каталепсия, ступор, речевое и двигательное возбуждений.

2. Кататонический.

3. Кататоническая шизофрении.

4. Эпизодическое ремитирующее.

5. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики

**Задача№4**

Пациентка В., 18 лет. В детстве необщительна и замкнута, подруг нет, в школе сидела одна за партой. Много читала, но в основном мистическую литературу, любила мечтать в одиночестве. Рассматривая себя в зеркале, заметила асимметрию правой и левой половины лица, «странные глаза». Стала постоянно носить темные очки. Затем и вовсе перестала выходить на улицу, объясняя это тем, что должна готовиться к поступлению в институт. Подготовка состояла в том, что переставляла учебники и подчеркивала в них отдельные фразы, которые переписывала в специальную тетрадь. Обнаружила, что совершенно не понимает родителей. Раздражительно реагировала на замечания, перестала обращать внимание на свой внешний вид, неделями не мылась. При беседе держится вычурно, заявляет, что думает «о смысле жизни в энергетическом ключе». Уверена, что поступит в медицинский университет для того, чтобы стать пластическим хирургом и исправить форму своего носа. Эмоционально холодно рассуждает о болезни матери — «она уже прожила свое». В отделении переписывает отдельные фразы, которые ранее выписала из книг из одной тетради в другую. Мимика эмоционально холодна. Отмечаются некоординированные мимические движения и стереотипии жеста.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Назовите возможный диагноз.

4. Тип течения характерный для данного диагноза.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Аутизм, апатия, абулия, интеллектуализация мышления.

2. Дисфренический синдром.

3. Шизофрения, простая форма.

4. Непрерывно-прогредиентное.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет непрерывно, приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**Задача№5**

Больной неподвижно лежит в кровати, взгляд устремлен в пространство, вид зачарованный. Мимика изменчивая. Выражен мышечный гипертонус. Голова приподнята над подушкой. На вопросы отвечает односложно, после повторных обращений. Ориентировка двойственная: находится в другой галактике и, кажется, в больнице. Временами рассказывает окружающим, что видит какой-то фантастический мир, населенный инопланетянами, видит другие планеты.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Нарушение ориентировки (двойственность), зрительные галлюцинации, каталепсия, симптом воздушной подушки.

2. Кататонический синдром, онейроидный синдром (онейроидная кататония).

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить и квалифицировать основные и факультативные симптомы шизофрении.

2). Уметь определять их диагностическое значение.

3). Уметь оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

4). Уметь оценить и правильно описать выявленные расстройства и оформить историю болезни.

5). Уметь провести дифференцированную терапию с учетом формы и прогредиентности заболевания.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) История учения о шизофрении.

2) Классификация шизофрении.

3) Клинические проявления шизофрении.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.53. **Тема:** «Типичные синдромальные формы шизофрении».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: 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. По данным ВОЗ, в мире насчитывается 45 млн. больных шизофренией. В последнее десятилетие XX столетия распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85%, т. е. приблизительно 1% населения земного шара страдают этим заболеванием. Систематика форм шизофрении, основанная на различиях степени прогредиентности болезни, учете ее синдромальных картин и особенностей развития, изучение этиологии и патогенеза заболевания обусловливает постоянный поиск эффективных методов лечения этого тяжелого недуга.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать шизофрению и лечить больных с данной патологией.

УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные и факультативные симптомы шизофрении и определить их диагностическое значение.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с синдромальными формами шизофрении  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Формы шизофрении

1. Простая форма. В клинической картине этой формы выражены все основные симптомы. «Дополнительных» может не быть совсем, но если они появляются, то выражены рудиментарно и быстро исчезают. Таким образом, клиника этой формы состоит из нарастающих проявлений аутизма, апатии вместе с абулией и нарушением логической стройности мышления. Эта форма наиболее часто начинается медленно, вяло, как бы исподволь, опустошая личность больного. Реже бывает острое начало с растерянностью, чувством надвигающегося «сумасшествия», отсутствием возможности управлять своей психикой. Ориентировка в этих случаях сохраняется, появляются неадекватное отношение к близким и резонерское «философствование». Течение простой формы - непрерывно-прогредиентное, вялое. Как раз на этой форме шизофрении легко уяснить сущность прогредиентности в целом при этом заболевании. Как видно, она заключается в нарастании основных симптомов шизофрении.

2. Гебефреническая форма. При ней поведение больных нелепо-дурашливое, манерное, утрированно-инфантильное на фоне пустой непродуктивной эйфории. Среди основных симптомов выделяются разорванность, вычурность и странность в мышлении и речи, выраженная неадекватность эмоций. Течение такой формы непрерывно-прогредиентное, быстро приводящее к глубокому дефекту.

При другом варианте - гебоидофрении (термин введён K. Kahlbaum) в поведении больных обнаруживается необычная психопатоподобность, которая проявляется в расторможении импульсивных и формировании разного рода странных влечений. Больные становятся необычно жестокими к своим близким, животным; посещают морги и похороны, драки и пожары. Они убегают из дома, совершают кражи и поджоги, становятся сексуально распущенными и извращенными, социально неадаптированными, ведут асоциальный образ жизни. На этом фоне возникают острые психотические состояния полиморфного содержания с дурашливостью, или одно из таких состояний затягивается и как бы завершает процессуальность гебефрении, приводя к глубоким шизофреническим изменениям личности.

3. Кататоническая форма. Здесь на первый план выступают явления кататонического синдрома. При этом ступор может сменяться внезапным возбуждением с импульсивными поступками. Более характерна «пустая» кататония, лишенная другого психопатологического содержания, однако в ряде случаев имеют место онейроидные (сновидные) переживания. Этим, а также выраженным негативизмом, стереотипностью и нецеленаправленностью она отличается от подобного же синдрома при других заболеваниях. Начало обычно острое, особенно, если болезнь дебютирует возбуждением. Течение приступа длительное, но возможны ремиссии. Хорошие ремиссии бывают при онейроидной кататонии, которая относится к так называемой периодической или рекуррентной шизофрении. Они могут длиться много лет, глубина же их близка к практическому выздоровлению. При люцидной («пустой») кататонии течение оказывается прерывисто-прогредиентным или непрерывно-прогредиентным, нередко таким же злокачественным, как при гебефрении.

4. Параноидная форма. При ней на первый план выступают галлюцинаторно-бредовые симптомы с характерными для шизофрении особенностями. Начало может быть как медленным, так и острым. Эта форма в своем развитии проходит ряд последовательных этапов:

a) паранойяльный, когда нет галлюцинаций, а бред носит интерпретативный характер - в виде неправильного толкования реальных фактов окружающей действительности;

b) параноидный, при котором бред теряет систематизированность, часто утрачивает связь с окружающей реальностью и определяется содержанием галлюцинаций и психических автоматизмов; идеи преследования, воздействия и др. постепенно становятся все более нелепыми;

c) парафренный, с сочетанием нелепо-фантастического бреда величия и бреда преследования, при наличии галлюцинаций и эйфорически приподнятого настроения.

Стойкие изменения личности при этой форме менее тяжелы и наступают позже, чем при других формах. Течение параноидной формы обычно приступообразное и непрерывно-прогредиентное. В приступообразном, хотя оно и относится к прерывисто-прогредиентному, прогредиентность проявляется в ряде случаев не в нарастании основных симптомов, а в постепенном перерастании параноидного синдрома в парафренный. Такие больные сохраняют длительное время (подчас многие годы) способность излагать свои мысли обычным языком, быть эмоционально живыми. При втором типе течения прогредиентность определяют основные симптомы шизофрении, притом опять же особенно ярко они выявляются в изменении характера самих бредовых переживаний, которые становятся разорванными, ещё более оторванными от реальности и эмоционально выхолощенными.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1) Назовите клинические формы шизофрении.

2) Что такое кататонический ступор

3) Что такое кататоническое возбуждение?

4) Какие формы шизофрении протекают с расстройством сознания?

5) Дайте определение понятия психического автоматизма.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. В ДЕБЮТЕ ШИЗОФРЕНИИ НЕРЕДКО НАБЛЮДАЮТСЯ

1) головная боль и головокружение

2) нарастание жадности и завистливости

3) эйфория и дизартрия

4) деперсонализация и метафизическая интоксикация

5) снижение памяти и сообразительности

2. ХАРАКТЕРНЫМ НЕГАТИВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) бред воздействия

2) сенестопатии

3) резонерство

4) псевдогаллюцинации

5) депрессия

3. В ИСХОДЕ ШИЗОФРЕНИИ РАЗВИВАЮТСЯ

1) абулия и разорванность мышления

2) деменция

3) лакунарное слабоумие

4) слабодушие

5) фиксационная амнезия

4. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) простая

2) дементная

3) делириозная

4) пароксизмальная

5) сенильная

5. НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ВАРИАНТОМ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) шизоаффективный психоз

2) параноидная шизофрения

3) шизотипическое расстройство

4) гебефреническая шизофрения

5) рекуррентная шизофрения

6. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) выраженная апатия и абулия

2) наличие агрессии и аутоагрессии

3) помрачение сознания

4) наличие псевдогаллюцинаций

5) наличие бреда воздействия

7. ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ФОРМА ШИЗОФРЕНИИ

1) кататоническая

2) гебефреническая

3) простая

4) параноидная

5) фебрильная

8. ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРНА ТРИАДА

1) Вальтер-Бюэля

2) Останкова

3) депрессивная

4) маниакальная

5) Павлова

9. ПОГРУЖЕНИЕ В МИР СУБЪЕКТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ С ОСЛАБЛЕНИЕМ ИЛИ УТРАТОЙ КОНТАКТА С ОКРУЖАЮЩЕЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ КОНТАКТА С ОКРУЖАЮЩИМИ ЛИЦАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) раптус

2) аутизм

3) схизис

4) апатия

5) бред

10. СНИЖЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ, РЕЧЕВОЙ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) анергия

2) астения

3) анестезия

4) апатия

5) аменция

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Молодая пациентка доставлена бригадой скорой помощи в соматический стационар с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние. При осмотре речевому контакту недоступна, лежит на боку, прижав руки к груди, ноги притянуты к животу. При обследовании выявляется выраженное диффузное повышение мышечного тонуса, застывает в неестественных позах, оказывает сопротивление при попытке разогнуть руки и ноги. Глаза закрыты, зубы плотно сжаты. На болевые раздражители не реагирует. Двигательной активности не проявляет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Мутизм, эмбриональная поза, симптом восковой гибкости, активный негативизм.

2. Кататонический синдром (люцидная кататония).

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

**Задача №2**

Девочке 14 лет. С детства выделялась среди сверстников, была замкнута, не любила играть с другими детьми, не находила с ними общего языка. Слабо успевала в школе. Психическое состояние изменилось без видимых причин – возбуждена, дурашлива, негативистична, кривляется, плюется, нелепо смеется. Попытки успокоить ее приводят к еще более выраженному возбуждению и нелепому поведению.

1. Назовите синдром.

2. Установите диагноз заболевания.

3. Определите форму заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гебефренический синдром.

2. Шизофрения.

3. Гебефреническая форма.

4. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет злокачественно, быстро приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**Задача№3**

Больная «слышит», как откуда-то доносятся неясные голоса, которые повторяют ее мысли. Создается впечатление, что они делаются специально для нее, передаются по радио.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации, бред воздействия, симптом открытости мыслей.

2. Синдром Кандинского-Клерамбо.

3. Шизофрения.

4. Параноидная форма.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики.

**Задача№4**

Больной перестал посещать школу, заявил: «Неохота» Вскоре прекратил связь с друзьями, сидел дома, распевал один и те же песни нецензурного содержания. При помещении в стационар продолжает в отделении петь те же песни, не обращая внимания на замечания. Выражение лица тупое, иногда разражается бессмысленным хохотом, открыто онанирует.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Двигательная и сексуальная расторможенность, эмоциональная парадоксальность, амбивалентность и амбитендентность.

2. Гебоидный синдром.

3. Гебефреническая шизофрения.

4. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет злокачественно, быстро приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**Задача№5**

Больной двигательно заторможен, словесному контакту недоступен. Временами спонтанно застывает в странной позе. Если больному искусственно придать неестественную позу: поднять обе руки и поднять ногу так, чтобы он оставался стоять на другой ноге, то больной остается в таком положении на продолжительное время.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Мутизм, двигательное оцепенение с восковидной гибкостью.

2. Кататонический ступор с каталепсией .

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить и квалифицировать основные и факультативные симптомы шизофрении.

2). Уметь определять их диагностическое значение.

3). Уметь оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

4). Уметь оценить и правильно описать выявленные расстройства и оформить историю болезни.

5). Уметь провести дифференцированную терапию с учетом формы и прогредиентности заболевания.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Клинические проявления шизофрении.

2) Патогенез шизофрении.

3) Психологические особенности больных шизофренией.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.54. **Тема:** «Особые формы шизофрении».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: 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. По данным ВОЗ, в мире насчитывается 45 млн. больных шизофренией. В последнее десятилетие XX столетия распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85%, т. е. приблизительно 1% населения земного шара страдают этим заболеванием. Систематика форм шизофрении, основанная на различиях степени прогредиентности болезни, учете ее синдромальных картин и особенностей развития, изучение этиологии и патогенеза заболевания обусловливает постоянный поиск эффективных методов лечения этого тяжелого недуга.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать шизофрению и лечить больных с данной патологией.

УК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные и факультативные симптомы шизофрении и определить их диагностическое значение.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение особых форм шизофрении  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Вялотекущая шизофрения — вариант заболевания, отличающийся относительно благоприятным течением, постепенным развитием не достигающих глубины конечных состояний изменений личности, на фоне которых обнаруживаются неврозоподобные (обсессивные, фобические, компульсивные, конверсионные), психопатоподобные, аффективные и реже стертые параноидные расстройства.

Состояния, соответствующие различным вариантам вялотекущей шизофрении (неврозоподобная, психопатоподобная, «бедная симптомами»), в МКБ-10 выделены за пределы рубрики «Шизофрения» (F20), объединяющей психотические формы заболевания, и рассматриваются в рубрике «Шизотипическое расстройство» (F21).

**Клинические проявления.** Вялотекущая шизофрения, также как и другие формы шизофренических психозов, может развиваться непрерывно или в виде приступов. Однако типологическое разделение вялотекущей шизофрении по этому принципу не соответствовало бы клинической реальности, поскольку отличительной особенностью развития заболевания в большинстве случаев является сочетание приступов с вялым непрерывным течением.

Осевые симптомы (навязчивости, фобии, сверхценные образования и др.), выступающие в сочетании с явлениями дефекта, определяют клиническую картину и персистируют (несмотря на смену синдромо3) на всем протяжении заболевания

**Вялотекущая шизофрения с обсессивно-фобическими расстройствами** включает широкий круг тревожно-фобических проявлений и навязчивостей. Для клинической картины последних характерна сложная структура психопатологических синдромов, формирующаяся как за счет одновременной манифестации нескольких феноменов обсессивно-фобического ряда, так и вследствие присоединения идеообсессивных расстройств, включающих рудиментарные нарушения более тяжелых регистров.

Прогредиентность заболевания на первых его этапах проявляется быстрым нарастанием частоты, интенсивности и продолжительности панических атак, а также сокращением длительности межприступных промежутков. В дальнейшем в качестве одного из наиболее патогномоничных признаков процессуальной природы страдания выступает неуклонное нарастание проявлений избегающего поведения, клинически реализующееся в форме разнообразных защитных ритуалов и контролирующих действий.

В других случаях, протекающих с картиной деперсонализационных и тревожных депрессий, превалируют фобии контрастного содержания, страх сумасшествия, потери контроля над собой, опасения причинить себе или окружающим повреждения — совершить убийство или самоубийство (ударить ножом, выбросить с балкона ребенка, повеситься, выпрыгнуть из окн1). Суицидо- и гомицидофобии сопровождаются, как правило, яркими образными представлениями трагических сцен, которые могут последовать в случае реализации тревожных опасений. В рамках приступов могут также наблюдаться острые пароксизмы фобий, для которых характерны абсолютная немотивированность, отвлеченность, а подчас метафизичность содержания.

Навязчивости при вялотекущей шизофрении часто манифестируют на фоне уже формирующихся негативных изменений (олигофреноподобный, псевдоорганический дефект, дефект типа «фершробен» с аутистической отгороженностью и эмоциональным обеднением). При этом наблюдаются отвлеченные навязчивости по типу навязчивого мудрствования с тенденцией к разрешению бесполезных или неразрешимых вопросов, многократно повторяющимися попытками раскрыть смысл того или иного выражения, этимологию термина и т. д.

По мере развития эндогенного процесса навязчивости быстро утрачивают прежнюю аффективную окраску, приобретают черты инертности и однообразия. Их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности. В частности, компульсивные расстройства на поздних этапах сближаются с моторными стереотипиями и сопровождаются в части случаев самоповреждающим поведением (покусывание рук, расчесывание кожи, выдавливание глаз, перетягивание гортани). Эти особенности обсессивных расстройств при вялотекущей шизофрении отличают их от навязчивостей при пограничных состояниях. Негативные изменения, отмечавшиеся в дебюте заболевания, наиболее отчетливо выступают на его поздних этапах и значительно снижают социальное функционирование пациентов. При этом формируются несвойственные ранее психопатоподобные проявления ананкастического круга — ригидность, консерватизм, утрированная прямолинейность суждений.

**Вялотекущая шизофрения с явлениями деперсонализации**. Клиническая картина этой формы заболевания определяется явлениями отчуждения, выступающими в различных сферах самосознания (ауто-, алло- и соматопсихическая деперсонализация). При этом деперсонализация распространяется в первую очередь на высшие дифференцированные эмоции, сферу аутопсихики (сознание измененности внутреннего мира, умственного оскудения) и сопровождается снижением витальности, инициативы и активности.

Преморбидно пациенты обнаруживают черты пограничного или шизоидного расстройства личности. Им свойственны гипертрофия и нестабильность сферы самосознания, проявляющаяся как в склонности к рефлексии, длительной ретенции впечатлений, так и в тенденции к формированию транзиторных деперсонализационных эпизодов — deja vu и др.

В дебюте заболевания преобладают явления невротической деперсонализации — обостренное самонаблюдение, жалобы на потерю «чувственного тона», исчезновение яркости и четкости восприятия окружающего, что является, одним из значимых признаков инициальных этапов процесса. При приступообразном течении болезни расстройства самосознания обычно выступают в рамках аффективных фаз — тревожно-апатическая депрессия.

При генерализации деперсонализационных расстройств в рамках затяжной депрессии на первый план выступают явления болезненной анестезии (anaesthesia psychica dolorosa). Чувство бесчувствия проявляется прежде всего потерей эмоционального резонанса. Больные отмечают, что живопись и музыка не вызывают у них прежнего душевного отклика, а прочитанное воспринимается как холодные голые фразы — нет сопереживания, отсутствуют тонкие оттенки чувств, утрачена способность ощущать удовольствие и неудовольствие. Пространство как бы уплощается, окружающий мир представляется измененным, застывшим, пустым.

По мере прогредиентного течения эндогенного процесса явления психического отчуждения (которые в принципе обратимы) трансформируются в структуру дефицитарных изменений — дефектная деперсонализация. Больные осознают себя измененными, отупевшими, примитивными, отмечают, что лишились прежней душевной тонкости. Отчуждение связи с людьми, выступавшее прежде в картине аутопсихической деперсонализации, теперь уступает место истинным затруднениям общения: трудно войти в новый коллектив, уловить нюансы ситуации, прогнозировать поступки других людей. Чтобы как-то компенсировать чувство неполноты интерперсональных контактов, постоянно приходится «подстраиваться» под общее настроение, следовать за ходом мысли собеседника.

**При вялотекущей шизофрении с истерическими проявлениями** истерическая симптоматика принимает гротескные, утрированные формы: грубые, шаблонные истерические реакции, гипертрофированная демонстративность, жеманность и кокетливость с чертами манерности, продолжающиеся месяцами контрактуры, гиперкинезы, стойкая афония и др. Истерические расстройства, как правило, выступают в сложных коморбидных связях с фобиями, навязчивыми влечениями, яркими овладевающими представлениями и сенестоипохондрическими симптомокомплексами.

Характерно развитие затяжных, продолжительностью иногда более полугода, истерических психозов. В картине психоза преобладают генерализованные (преимущественно диссоциативные) истерические расстройства: помрачение сознания, галлюцинации воображения с мистическими видениями и голосами, двигательное возбуждение или ступор, судорожные истерические пароксизмы. Явления расстроенного сознания обычно быстро подвергаются обратному развитию, а остальные признаки психоза обнаруживают стойкость, несвойственную психогенно обусловленной истерической симптоматике, и ряд особенностей, сближающих их с нарушениями более тяжелых регистров.

На более поздних этапах заболевания (период стабилизации) в клинической картине все более отчетливо выступают грубые психопатические нарушения (лживость, авантюризм, бродяжничество) и типичные для шизофрении изменения (аутизм, снижение продуктивности, трудности адаптации, утрата контакто3). С годами больные чаще всего приобретают облик одиноких чудаков, опустившихся, но крикливо одетых, злоупотребляющих косметикой женщин.

Диагноз. Процесс диагностики вялотекущей шизофрении требует интегрального подхода, основанного не на отдельных проявлениях болезни, а на совокупности всех клинических признаков. При диагностическом анализе учитываются сведения о семейном отягощении (случаи «семейной» шизофрении), особенностях преморбида, развитии в детском, пубертатном и юношеском возрасте. Большое значение для установления эндогенно-процессуальной природы болезненных проявлений приобретают обнаруживаемые в указанные периоды необычные или вычурные увлечения, а также резкие, ограниченные во времени характерологические сдвиги с профессиональным «надломом», изменениями всей жизненной кривой и нарушениями социальной адаптации.

В отличие от пограничных состояний при процессуально обусловленной патологии отмечается постепенное снижение трудоспособности, связанное с падением интеллектуальной активности и инициативности. Признаки, используемые в качестве клинических критериев при диагностике вялотекущей шизофрении, группируются по двум основным регистрам: патологически продуктивные расстройства (позитивная психопатологическая симптоматик1) и негативные расстройства (проявления дефект1).

При диагностике вялотекущей шизофрении по регистру патологически продуктивных расстройств одновременно учитывают два ряда психопатологических проявлений: 1-й ряд — расстройства, предпочтительные для эндогенного процесса с момента формирования; 2-й ряд — расстройства, имеющие эндогенно-процессуальную трансформацию в динамике.

***Фебрильная шизофрения***

Название этого варианта течения шизофрении определяется тем, что первым и основным объективным критерием его является подъем температуры.

Речь идет о *приступах онейроидной кататонии при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, которые сопровождаются подъемом температуры и появлением ряда соматических расстройств*. В литературе встречаются также другие названия этого варианта болезни: смертельная (летальная) кататония, гипертоксическая шизофрения.

Приступы фебрильной шизофрении по тяжести соматического состояния и психопатологической структуре различны. В одних случаях они не отличаются от приступов онейроидной кататонии, сопровождающейся возбуждением или ступором. При кататоническом возбуждении температура тела субфебрильная или не превышает 38°С, при кататоническом субступоре или ступоре — подъем температуры более значителен (до 39—40 °С). Температурная кривая неправильная (нетипична для какого-либо соматического или инфекционного заболевания). В отдельные дни обращает на себя внимание инверсия температурной кривой (в вечернее время температура тела оказывается более низкой, чем в утренние часы). Длительность лихорадочного состояния обычно короче приступа — от нескольких дней до нескольких недель (иногда более).

Типичен внешний вид больных: лихорадочный блеск глаз, сухие запекшиеся губы, гиперемия кожных покровов, единичные кровоподтеки, язык сухой красный или обложенный. Соматическое состояние в целом может быть удовлетворительным.

Прогноз этих приступов относительно благоприятен. Однако в ряде случаев вслед за состоянием кататонического возбуждения, продолжающегося несколько дней, возникает возбуждение, очень напоминающее аменцию и определяемое как аментивноподобное. Больные находятся в непрерывном возбуждении в пределах постели: крутят головой, размахивают руками, стучат по постели ногами, речь их бессвязна, непоследовательна. Описываемое возбуждение прерывается эпизодами кататонического возбуждения и ступора. На высоте аментивноподобного возбуждения возможно развитие симптома корфологии: состояние, при котором больной мелкими движениями пальцев рук теребит простыню или одежду. Появление симптома корфологии свидетельствует о крайне неблагоприятном (в отношении жизни) прогнозе.

Развитие аментивноподобного возбуждения сопровождается резким подъемом температуры тела до 39—40°С и выше с неправильным характером кривой и явлениями инверсии. Подъем температуры не превышает 2 нед. Ухудшается соматическое состояние: кожные покровы становятся землисто-желтыми, увеличивается количество кровоподтеков, возможны трофические нарушения. Наиболее тяжелы буллезные формы трофических нарушений, проявляющиеся образованием на поверхности тела (особенно в области локтевых сгибов, пяточных костей, крестцовой области) пузырей с серозным содержимым, которое приобретает в последующем вишнево-красный цвет; на месте лопнувших пузырей обнаруживается эрозивная, плохо заживающая поверхность.

Иногда вслед за аментивноподобным состоянием возникает состояние с гиперкинетическим возбуждением, характеризующееся появлением гиперкинезов хореоподобного типа (беспорядочными, некоординированными, неритмичными), преимущественно в проксимальных и дистальных отделах конечностей. Это возбуждение прерывается эпизодами кататонического и аментивноподобного возбуждения и субступора. Подъем температуры тела в этих случаях продолжается с сохранением неправильного характера и инверсии температурной кривой. Продолжительность подъема температуры 1—2 нед. Тяжесть соматического состояния аналогична таковому при аментивноподобном возбуждении.

При рекуррентном течении шизофрении всегда бывают фебрильными манифестные приступы. Наиболее часто они развиваются в молодом, юношеском возрасте, чаще у лиц женского пола. Если фебрильными являются повторные приступы (известны случаи, когда фебрильных приступов у одного больного бывает несколько), каждый последующий приступ становится более легким как по своей психопатологической характеристике, так и по тяжести соматического состояния.

При приступообразно-прогредиентном течении фебрильными могут быть не только манифестные, но и повторные приступы болезни. Закономерностей, проявляющихся в том, что каждый последующий приступ оказывается менее тяжелым, характерных для рекуррентного течения, здесь не обнаруживается. При приступообразно-прогредиентном течении шизофрении приступы, протекающие с кататоническим возбуждением и субступором, имеют существенные особенности. Часто возникает диссоциация между значительным подъемом температуры (что нетипично для аналогичных приступов рекуррентной шизофрении) и внешне благополучным, соматическим обликом больных и, наоборот, сочетание невысокой температуры тела и тяжелого соматического состояния.

После исчезновения фебрильных явлений происходит обратное развитие приступа и дальнейшее течение заболевания определяется при рекуррентной и приступообразной шизофрении общими особенностями развития болезненного процесса, т.е. возникновение фебрильного приступа существенного влияния на его развитие не оказывает.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Что такое кататонический ступор и в чём его сходство с кататоническим возбуждением?

2). Какие формы шизофрении протекают с расстройством сознания?

3). Перечислите варианты вялотекущей шизофрении

4). Назовите симптомы нарушения мышления при шизофрении.

5). Тип течения характерный для фебрильной изофрении.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1.ЛЮЦИДНАЯ КАТАТОНИЯ ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ

1) ясного сознания

2) сумеречного состояния сознания

3) оглушения

4) обнубиляции

5) сопора

2. ПРОГНОСТИЧЕСКИ БЛАГОПРИЯТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) люцидная кататония

2) онейроидная кататония

3) гебефренический синдром

4) парафренный синдром

5) синдром Кандинского-Клерамбо

3. В ДЕБЮТЕ ШИЗОФРЕНИИ НЕРЕДКО НАБЛЮДАЮТСЯ

1) головная боль и головокружение

2) нарастание жадности и завистливости

3) эйфория и дизартрия

4) деперсонализация и метафизическая интоксикация

5) снижение памяти и сообразительности

4. НЕВРОЗОПОДОБНАЯ И ПСИХОПАТОПОДОБНАЯ СИМПТОМАТИКА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

1) простой шизофрении

2) параноидной шизофрении

3) кататонической шизофрении

4) шизоаффективном расстройстве

5) шизотипическом расстройстве

5. ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ШИЗОФРЕНИЯ

1) фебрильная

2) гебефреническая

3) кататоническая

4) параноидная

5) простая

6. К УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЯМ В ПСИХИАТРИИ ОТНОСИТСЯ

1) сумеречное помрачение сознания

2) кататоническое возбуждение

3) онейроид

4) фебрильная кататония

5) бред преследования

7. ФЕБРИЛЬНЫЙ ПРИСТУП ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1) шизофрении

2) эпилепсии

3) олигофрении

4) деменции

5) депрессии

8. ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ФЕБРИЛЬНОЙ КАТАТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) отсутствие продуктивного контакта

2) повышение температуры тела

3) возбуждение в пределах постели

4) шизофрения в анамнезе

5) каталепсия

9. ОТРЫВ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ ОТ ОКРУЖАЮЩЕЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ОСОБОГО ВНУТРЕННЕГО МИРА НАЗЫВАЕТСЯ

1) аутизм

2) явления дрейфа

3) делирий

4) снижение психического потенциала

5) апатия

10. НАРАСТАЮЩАЯ ПАССИВНОСТЬ, НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОСТРОЕНИЯ «ЛИНИИ ЖИЗНИ» ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НАЗЫВАЕТСЯ:

1) аутизм

2) явления дрейфа

3) делирий

4) снижение психического потенциала

5) каталепсия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной 22 года. Психическое состояние изменилось впервые: трудно доступна контакту, отрешена от окружающего, застывает в однообразных позах, взгляд устремлен в пространство. Негативистична, при попытке осмотреть ее оказывает сопротивление. Временами стереотипно повторяет одно и то же слово или фразу. Тяжелое соматическое состояние: температура 39,8; тахикардия до 140 в минуту, симптомы обезвоживания, петехии и кровоподтеки на коже.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите тактику лечения.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Нарушение сознания, каталепсия, активный негативизм, стереотипии, симптомы интоксикации.

2. Кататонический синдром.

3. Фебрильная шизофрения.

4. Фармакотерапия – атипичные антипсихотики, аминазин в/в в капельнице, массивная инфузионная терапия, антигистаминные препараты, антибиотики; возможна ЭСТ.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможна ремиссия высокого качества.

**Задача №2**

Больная 23 лет. Впервые заболела в 18 лет, появилось недовольство своей внешностью. Считала себя уродливой, жаловалась матери, что незнакомые люди на улице обращают на неё внимание отворачиваются, дают понять что им неприятно видеть её уродливое лицо, разубеждениям не поддавалась. Старалась не выходить на улицу, была напряжена, тревожна. Госпитализирована в психиатрическую больницу. Выписана без улучшения. Стала грубой, отчуждённой от семьи упорно добивалась пластических операций, грозила самоубийством в случае отказа, была вновь госпитализирована.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4.Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5.Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

**Эталон ответа**

1. Бред физического недостатка, бредовые идеи отношения, аутизация, депрессия.

2. Дисморфоманическим синдромом

3. Шизотипическое расстройство

4. Психогенные, эндогенные

5. Нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, психотерапия

**Задача№3**

Больной 19 лет. С 14 лет стали возникать колебания настроения, появилось чувство апатии, ничего не хотелось делать, ощущал свою беспомощность, утомляемость, такие состояния проходили через 2-3 недели. С 15 лет возникает постоянное желание мыть руки, проводил за этим занятием много времени, после того, как отходил от умывальника, сразу возникала мысль, что руки всё-таки грязные, понимал нелепость своих опасений, но ничего не мог с собой поделать. Мысль о загрязнении постоянно преследовала больного. Постепенно стал меняться по характеру стал замкнутым, растерял друзей, ничем не занимался, бросил учебу, целыми днями проводил дома, был пассивен, холоден к близким. Был госпитализирован.

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для каких расстройств этот синдром характерен?
3. Каков диагноз?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Обсессивно-фобический синдром, апатия, астения, навязчивый страх загрязнения (мизофобия), навязчивые представления, обсессивные ритуалы, аутизм, эмоциональное оскудение.
2. Обсессивно-компульсивное расстройство, шизотипическое расстройство.
3. Шизотипическое расстройство
4. Неблагоприятный
5. Нейролептики, психотерапия

**Задача№4**

Больной направлен на обследование военкоматом в связи с несколько странным поведением. До 8 класса учился очень хорошо, в 8 классе решил, что хорошо учиться не обязательно, увлекся философией. Читал труды Гегеля, Канта и Юма. С трудом окончил 10 классов и поступил в медицинский институт, но вскоре его бросил без всяких причин. Полгода работал грузчиком, а затем поступил в инженерно-строительный институт, который тоже вскоре бросил. Случившимся не удручен. Неудачником себя не считает. Одет неряшливо и несколько претенциозно. Прическа необычная. На вопрос о планах на будущее заявил: «Вот отслужу в армии, а там снова пойду в медицинский институт».

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Установите диагноз заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Каков прогноз?

5. Годен ли пациент к воинской службе?

**Эталон ответа**

1. Метафизическая интоксикация, явления «дрейфа», эмоциональная холодность.

2. Шизотипическое расстройство

3. Нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, психотерапия

4. Относительно благоприятный.

5. Не годен.

**Задача№5**

Пациент К., 29 лет. Характерологические особенности до начала заболевания отсутствуют. Работает рабочим на мебельной фирме. Два года назад друг увлек его литературой по психоэнергетике и йоге. Стал ходить в секту самаджи, часами медитировал, ощущал открытие третьего глаза. Визуализировал потоки энергии, которые открывают чакры, вспоминая голос Учителя, подражал его движениям во время асан. Литературу по психоэнергетике брал везде с собой, изучал гипноз и решил продолжать личностный рост. Стал жить в сарае рядом со своим домом в спартанских условиях. В рацион включал исключительно яблоки и капусту, от остальной еды отказывался. Надевая одежду, окуривал ее сандалом для защиты энергии. Считал, что жениться ему рано, так как он должен достичь просветления и объединения с высшей силой. Тем не менее все эти чудачества не влияли на его работу, коллеги считали его странным, но вполне исполнительным.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Установите диагноз заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Каков прогноз?

5.Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

**Эталон ответа**

1. Метафизическая интоксикация, эмоциональная холодность, сверхценные идеи.

2. Шизотипическое расстройство

3. Нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, психотерапия

4. Относительно благоприятный.

5. Психогенные, эндогенные

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить и квалифицировать основные и факультативные симптомы шизофрении.

2). Уметь оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

3). Уметь провести дифференцированную терапию с учетом формы и прогредиентности заболевания.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Особенности вялотекущей шизофрении.

2) Формы вялотекущей шизофрении.

3) Фебрильная шизофрения.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.55. **Тема:** «Возрастные особенности шизофрении».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: 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. По данным ВОЗ, в мире насчитывается 45 млн. больных шизофренией. В последнее десятилетие XX столетия распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85%, т. е. приблизительно 1% населения земного шара страдают этим заболеванием. Систематика форм шизофрении, основанная на различиях степени прогредиентности болезни, учете ее синдромальных картин и особенностей развития, изучение этиологии и патогенеза заболевания обусловливает постоянный поиск эффективных методов лечения этого тяжелого недуга.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать шизофрению и лечить больных с данной патологией.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные и факультативные симптомы шизофрении и определить их диагностическое значение.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - изучение возрастных особенностей шизофрении  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Шизофрения в детском и подростковом возрасте**

Детская и подростковая шизофрения — это варианты шизофренического болезненного (эндогенного) процесса, развивающегося на фоне формирования мозговых структур, физиологических и психических функций, что определяет возрастной патоморфоз заболевания и особенности психического дефекта в виде дизонтогенеза.

Распространенность. Клинически выраженные формы детской шизофрении составляют примерно 1/5 всех форм психозов шизофренического спектра.

Распространенность шизофрении в детском населении от 0 до 14 лет установленная путем сплошного эпидемиологического изучения детского и подросткового населения, оказалась равной 1,66 на 1000 населения этого возраста (1,73—для городов и 1,5—для сельской местности).

Классификация форм шизофрении детского и подросткового возраста и их общие клинические особенности. В МКБ-10 отсутствует рубрика «Шизофрения у детей», что предполагает использование общих рубрик в разделе «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20— F29).

Детскую шизофрению и подростковую шизофрению разделяют несколько условно — только по началу заболевания, соответственно до 9—10 лет и с 10 до 12—14 лет.

Наряду с общими закономерностями течения детской и взрослой шизофрении имеются и некоторые различия, которые важны для правильной диагностической оценки психической патологии в детском возрасте.

Почти все исследователи указывают на преобладание при детской шизофрении непрерывного, главным образом вялого и на редкость рекуррентного течения. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения встречается в детском возрасте часто и занимает промежуточное место между непрерывнотекущей и рекуррентной. Особенность детской шизофрении состоит также в большом числе атипичных переходных вариантов между основными, т. е. типичными формами болезни. Подростковая шизофрения имеет с шизофренией взрослых большее сходство. Так, у подростков преобладает приступообразное течение над непрерывным.

Клинические проявления шизофрении детского и подросткового возраста варьируют не только по типу течения болезненного процесса (непрерывное или приступообразное), но и по остроте начала болезни; собственно возрастные особенности психопатологии у детей выражены тем значительнее чем моложе ребенок. В период пубертатного криза возможно появление синдромов, обычно не наблюдающихся у взрослых.

**Непрерывнотекущая шизофрения.** Злокачественная рано начавшаяся шизофрения встречается у 8—12 % детей, больных шизофренией. Начальные признаки заболевания проявляются исподволь и становятся отчетливыми к 2—4 годам. Инициальный период болезни характеризуется отчуждением от близких, снижением интереса к окружающему, вялостью, сочетающейся с раздражительностью и упрямством. Близкими людьми эти изменения чаще всего оцениваются как характерологические сдвиги. На фоне этих явлений возникают неврозоподобные расстройства, в том числе немотивированные и разнообразные страхи, которые имеют тенденцию к генерализации и обусловливают поведение больного. Затем выявляются расстройства настроения: в одних случаях неопределенные тревожные ожидания, общая подавленность, в других — гипомания с дурашливостью, эйфорией и кататоническими расстройствами — эхолалия, эхопраксия, манерные стереотипии, импульсивность, негативизм, амбивалентность. Аффективные расстройства отличаются длительностью и стертостью. Они составляют как бы фон, на котором развиваются другие нарушения. Дети могут быть то возбужденными, то заторможенными. Их игровая деятельность становится примитивной и однообразной (манипуляции с ниточкой, прутиком, нелепым собиранием каких-либо предметов и т. п.).

В дальнейшем негативные симптомы — пассивность, аутизм, эмоциональное обеднение углубляются, сопровождаясь резким замедлением психического развития.

Манифестная стадия болезни, как правило, наблюдается в более старшем возрасте — после 5 лет. Картина психоза становится более полиморфной и изменчивой. Через 2—3 года от начала заболевания состояние больных характеризуется стабилизацией психопатологической симптоматики и признаками выраженного психического дефекта с регрессом речи и поведения общей задержкой развития («олигофренический» компонент дефект1).

Основными особенностями злокачественной шизофрении у детей являются быстрое нарастание негативных расстройств и формирование личностного и интеллектуального дефекта с выраженным аутизмом, снижением активности и эмоциональным оскудением.

**Параноидная шизофрения.** В детском и подростковом возрасте (10—12 лет) может развиваться и непрерывнотекущая параноидная шизофрения, сходная в целом (по клиническим проявлениям, течению и исходам) с таковой у взрослых. Она отличается у детей и подростков лишь большим полиморфизмом и рудиментарностью психопатологических синдромов, бедностью и однообразием аффективных проявлений, быстрой сменой соответствующих состояний и отсутствием спонтанных ремиссий.

Собственно бредовые явления манифестируют у детей, особенно при раннем начале заболевания, когда в его клинической картине преобладают синдромы бредоподобного фантазирования. У детей 9—10 лет может возникать редко встречающийся бред воображения, в структуре которого значительное место занимают вымыслы патологического воображения, конфабуляции — «ретроградная мифомания».

В старшем подростковом возрасте (13—15 лет) бредовые симптомокомплексы достигают большей завершенности. Уже могут развиваться достаточно развернутые и полиморфные синдромы с выраженными не только бредовыми, но и кататоническими проявлениями. Галлюцинаторно-бредовые варианты параноидной шизофрении имеют относительно небольшой удельный вес в общем спектре клинических форм у детей и подростков.

Галлюцинации при параноидной шизофрении у детей и подростков рудиментарны и нестойки. Зрительные псевдогаллюцинации выявляются у детей после 7—9 лет. Их особенности дают основание полагать, что такие галлюцинации являются одним из компонентов синдрома психического автоматизма.

**Вялотекущая шизофрения.** Для вялотекущей детской шизофрении характерны прежде всего негативные симптомы, связанные с нарастающими изменениями личности больных. Здесь по существу уже на первом этапе, предшествующем манифестному развитию вялотекущей шизофрении, формируется типичный для шизофрении психический дефект, биологической сущностью которого является дизонтогенез. Он проявляется в трех категориях расстройств: дефиците психической активности, нарушении межперсональных отношений и диссоциации психической активности.

Второй этап болезни — это период становления ее манифестных проявлений. Возникают и нарастают страхи, навязчивости, аффективные расстройства, патологическое фантазирование, явления деперсонализации.

Особенностью вялотекущего болезненного процесса у детей является отсутствие таких психотических симптомов, как галлюцинации, бред, кататонические расстройства.

В детском возрасте можно выделить неврозоподобные и психопатоподобные формы вялотекущей шизофрении.

**Приступообразно-прогредиентная шизофрения**. Манифестация приступов может быть в очень раннем возрасте (до 1—3 лет). Психотические состояния в этом случае длятся от 1 мес до 1 года. Начало их всегда характеризуется внезапностью, а завершение — постепенностью. Такие приступы дебютируют необычным криком, который может быть настолько громким, пронзительным и вместе с тем монотонным, что не похож на обычный детский плач. Характерными для этого состояния являются также элементарные страхи (страх чужих людей, горшка, звуков работающих электроприборо3). Описанным расстройствам сопутствуют и двигательные нарушения: периоды адинамии чередуются с периодами повышенной активности (двигательного беспокойств1), с несвойственной ранее жизнерадостностью. Отмечаются нарушения сна. Одновременно наблюдается изменение аппетита.

На этом этапе болезни определяется и задержка развития, выражающаяся в позднем становлении речи, моторики, навыков опрятности и самообслуживания.

При более поздней манифестации заболевания — до возраста 5 лет в картине первых приступов доминируют массивные кататонические расстройства, всегда сочетающиеся со страхами и пониженным настроением. Последующие приступы можно квалифицировать как аффективно-бредовые.

Между приступами отмечаются неполные ремиссии, когда особенно четко выступают изменения личности и задержка психического развития.

Дальнейшее течение болезни может проявляться серией шубов с неглубокими ремиссиями. Постепенно приступы становятся более затяжными, аффективные расстройства сглаживаются и течение болезни приближается к непрерывному. Через 4—5 лет после манифестации болезни в состоянии больных вместе с рудиментарными продуктивными расстройствами выявляется грубый дефект, в котором наряду с симптомами шизофренических изменений личности отчетливо выступает задержка психического развития с признаками диссоциации психических функций.

Приступообразно-прогредиентная детская шизофрения, приближающаяся к вялотекущей. При этой форме болезни мальчики заболевают в период первого возрастного криза (3—4 год1), девочки — во втором возрастном (7—8 лет) или препубертатном (10—11 лет) кризе.

Началу заболевания предшествует инициальный период, в котором отмечаются форпостсимптомы.

Болезнь манифестирует очерченным, но не отличающимся большой остротой приступом, в котором наряду с колебаниями настроения отмечаются психопатоподобные расстройства, патологическое фантазирование с образными представлениями и ментизмом без признаков насильственности. Такие приступы имеют тенденцию к серийности течения с короткими интермиссиями. Затем наступает ремиссия с нерезко выраженными изменениями личности, главным образом в виде аутизма.

**Рекуррентная шизофрения.** Эта самая редкая форма шизофрении у детей и подростков. Она отмечается менее чем в 5 % всех случаев детской и в 15 % случаев пубертатной шизофрении. Рекуррентная шизофрения наблюдается чаще у девочек, что соответствует отмеченному еще у E. Kraepelin преобладанию лиц женского пола среди больных приступообразной шизофренией.

Для рекуррентной шизофрении детского возраста характерны остро возникающие психотические приступы, сменяющиеся ремиссиями с незначительными изменениями личности. Развитие приступа нередко совпадает с острыми инфекционными заболеваниями, травмами или психогениями. Клиническая картина приступов характеризуется, с одной стороны, рудиментарностью и незавершенностью симптоматики, а с другой — полиморфизмом и изменчивостью проявлений. Чаще всего приступы бывают в виде преходящих состояний страха — от диффузного немотивированного страха до острых галлюцинаторно-бредовых состояний.

Клиническая картина рекуррентной шизофрении у подростков больше соответствует таковой у взрослых.

**Шизофрения в позднем возрасте**

Одним из важных разделов учения о шизофрении является влияние процессов старения на ее клинику и течение. Актуальность проблемы обусловлена демографическими сдвигами во всех странах мира, а именно постарением населения. Эти процессы, естественно, затрагивают и популяцию больных шизофренией, увеличивая в общем населении численность больных шизофренией. Этот раздел учения имеет два аспекта: первый — влияние процесса старения на проявления шизофрении, возникшей еще до наступления старости, т. е. на шизофрению, манифестирующую в молодом и среднем возрасте; второй — шизофренические психозы, впервые возникшие в позднем возрасте. При изучении рано начавшейся шизофрении у лиц, доживших до старости, рассматриваются такие вопросы, как влияние старения на закономерности развития болезни, психопатологические особенности продуктивных и негативных расстройств, а также на общую прогредиентность шизофренического процесса. Исследование шизофрении, возникшей в позднем возрасте, направлено в первую очередь на ее диагностику и отграничение от психозов иной нозологии (особых функциональных психозов позднего возраста, эндоформных проявлений органических психозов позднего возраст1).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1) Назовите клинические формы и типы течения шизофрении

2) Особенности шизофрении в детском возрасте.

3) Особенности шизофрении в подростковом возрасте.

4) Особенности шизофрении в позднем возрасте.

5) Какой тип течения наиболее характерен для шизофрении, начавшейся в детском возрасте?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ШИЗОФРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) галлюцинациями

2) систематизированным бредом

3) синдромом Кандинского-Клерамбо

4) атипичной депрессией

5) кататонической симптоматикой

2. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) обманы восприятия

2) аффективные синдромы

3) астенический синдром

4) нарушения мышления

5) расстройства сознания

3. ПОГРУЖЕНИЕ В МИР СУБЪЕКТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ С ОСЛАБЛЕНИЕМ ИЛИ УТРАТОЙ КОНТАКТА С ОКРУЖАЮЩЕЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ КОНТАКТА С ОКРУЖАЮЩИМИ ЛИЦАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) раптус

2) аутизм

3) схизис

4) апатия

5) бред

4. ИНВОЛЮЦИОННЫЙ ПАРАНОИД ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ШИЗОФРЕНИИ

1) отсутствием бреда и галлюцинаций

2) наличием критики к болезни

3) отсутствием прогредиентности

4) преобладанием аффективных расстройств

5) наличием расстройств памяти

5. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) выраженная апатия и абулия

2) наличие агрессии и аутоагрессии

3) помрачение сознания

4) наличие псевдогаллюцинаций

5) наличие бреда воздействия

6. ПРОСТОЙ ВАРИАНТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ШИЗОФРЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) гебефреническим синдромом

2) кататоническим синдромом

3) симплекс-синдромом

4) бредовыми синдромами

5) аффективными синдромами

7. ДЛЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ БРЕДА

1) изобретательства

2) реформаторства

3) дисморфоманического

4) воздействия

5) высокого происхождения

8. ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1) не является нозологически специфичным

2) характерен для простой шизофрении

3) характерен для органических заболеваний головного мозга

4) является вариантом синдрома психического автоматизма

5) является проявлением аутистического мышления

9. НЕЗРЕЛОСТЬ ЛИЧНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) дизонтогенез

2) искажение

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

10. НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАЗЫВАЕТСЯ

1) искажение

2) дизонтогенез

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

На приеме у психиатра подросток сообщил, что иногда слышит какие-то «голоса», что два года назад «Академия наук стала производить надо мной эксперимент: испытывала особый прибор, который замедлял мысли в голове человека на расстоянии, делал телепатов». Школу бросил в 7классе, работал пастухом, на голове постоянно носит мокрую тряпку: объяснил, что таким образом «отключается от того прибора».

1. Назовите основные признаки психического расстройства.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1. Вербальные галлюцинации, идеи преследования и воздействия, идеаторный психический автоматизм, бредовое поведение, снижение продуктивности мышления, волевое снижение.

2. Параноидная шизофрения, синдром Кандинского-Клереамбо.

3. Данное расстройство относится к эндогенной группе психических расстройств.

4. Имеются показания для госпитализации в психиатрический стационар – возможность значительного ухудшения состояния, если пациент останется без психиатрической помощи (ст. 29, пункт 3 «Закона о психиатрической помощи).

5. Показано лечение галоперидолом в/м, по 5мг – 2 раза в сутки, при необходимости, повышение суточной дозы 15-20 мг.

**Задача №2**

Врач-психиатр призывной комиссии выявил у призывника 17-ти лет пассивность, равнодушие к окружающему и своему положению, отсутствие эмоционального отклика; его ничто не радует и не огорчает. Ранее у психиатра не наблюдался. Дал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?

2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос.

3. Определите вид госпитализации.

4. Определите порядок госпитализации.

5. Как должна быть оформлена добровольная госпитализация?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар является необходимость проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы и согласие призывника на стационарное обследование.

3. Госпитализация добровольная.

4. Проводится по направлению врача-психиатра призывной комиссии.

5. Письменным согласием.

**Задача№3**

Подросток перенес манифестный приступ шизофрении с выраженной гебефренической симптоматикой. После купирования психоза, не проявляет интереса к окружающим, равнодушен к событиям в мире, безразличен к своему здоровью и внешнему виду. Речь скучная и монотонная, мимика однообразная, при встрече с родными остается безучастным, практически не разговаривает с ними, молча съедает принесенную ему передачу.

1. Назовите синдром.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Каким симптомом является?

4. При каких заболеваниях встречается?

5. На что указывает при шизофрении?

**Эталон ответа**

1. Апато-абулический синдром.

2. К расстройствам эмоционально-волевой сферы психической деятельности.

3. Является негативным симптомом.

4. Встречается при шизофрении.

5. При шизофрении указывает на развитие дефектного состояния и инвалидизацию больного.

**Задача№4**

Пациенту 17 лет. При осмотре рассказывает, что существует «особая группа людей», которые «с помощью антенн спутникового телевидения» осуществляют за ним «слежку». Говорит что эти «преследователи» могут «дистанционно читать» его мысли, вызывать «жжение и зуд кожи» и даже «говорить его языком непристойные слова». Периодически «слышит» у себя в голове, как эти лица «переговариваются между собой». Внешний вид неряшливый, небрит, одежда неопрятная. В отделении ничем не занимается, день проводит в кровати, встает преимущественно для еды и курения, с соседями по палате общается мало.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия, психические автоматизмы (идеаторные, сенсорные, моторные), апатия, абулия.

2. Синдром Кандинского-Клерамбо, апато-абулический синдром.

3. Шизофрения.

4. Параноидная форма.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики.

**Задача№5**

Больная 47 лет. Больна на протяжении 12 лет. Два года назад перенесла инфаркт миокарда. Первый раз госпитализировалась в психобольницу с резким снижением настроения, в голове была «путаница», считала, что окружающие её люди замышляют недоброе, хотят отравить. После лечения состояние нормализовалось, но стала значительно менее активной, не смогла работать. С диагнозом « Шизофрения» получила 2 группу инвалидности. Принимала поддерживающую терапию нерегулярно. Состояние вновь резко изменилось: стала возбуждённой, многоречивой, не спала ночами, декламировала стихи, слышала «голоса» в голове, ощущала воздействие «лазера» на своё тело и голову. После лечения в ПБ стала спокойнее, но оставалась бездеятельной, безучастной, эмоционально холодной.

1. Назовите описанный синдром.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Маниакально-бредовый

2. Гипомания, логорея, вербальные псевдогаллюцинации, бред преследования, бред воздействия.

3. Шизофрения, шизоаффективное расстройство.

4.Неблагоприятный

5. Нейролептики (сероквель, оланзапин, галоперидол).

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить и квалифицировать основные и факультативные симптомы шизофрении.

2). Уметь определять их диагностическое значение.

3). Уметь оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Поздняя шизофрения.

2) Дисморфоманический синдром.

3) Отличительные особенности поздней шизофрении от органических психозов.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.3.56. **Тема:** «Этиологические концепции шизофрении».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: 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. По данным ВОЗ, в мире насчитывается 45 млн. больных шизофренией. В последнее десятилетие XX столетия распространенность шизофрении характеризуется показателем 0,85%, т. е. приблизительно 1% населения земного шара страдают этим заболеванием. Систематика форм шизофрении, основанная на различиях степени прогредиентности болезни, учете ее синдромальных картин и особенностей развития, изучение этиологии и патогенеза заболевания обусловливает постоянный поиск эффективных методов лечения этого тяжелого недуга.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать шизофрению и лечить больных с данной патологией.

УК-1, ПК-5.

**- учебная:**

Знать: основные и факультативные симптомы шизофрении и определить их диагностическое значение.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Изучение этиологических концепций шизофрении  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Исследования этиологии и патогенеза шизофрении начались задолго до выделения ее в качестве самостоятельного заболевания. Их изучали в рамках расстройств, объединенных позднее понятием раннего слабоумия. Они развивались в широком диапазоне — от психодинамических и антропологических до физиологических, анатомических и генетических исследований.

На первых этапах изучения этиологии и патогенеза шизофрении эти направления развивались относительно изолированно. Более того, в трактовке природы психических нарушений одни подходы (психодинамические и т. п.) противопоставлялись другим (генетическим, анатомо-физиологическим).

Развитие этих подходов основывалось на различных концепциях о сущности психического заболевания и, в частности, шизофрении (раннего слабоумия). Школа «психиков» рассматривала шизофрению как следствие психической травмы в раннем детском возрасте либо воздействия иных микросоциальных и психогенных факторов. Школа «соматиков» пыталась объяснить механизмы развития шизофренических психозов нарушениями биологических процессов в различных органах и системах организма (мозг, печень, кишечник, железы внутренней секреции и др.). Сложившееся противопоставление психического и соматического не определило их примата в развитии шизофрении. «Первичность» и «вторичность», а также соотношение психических и биологических факторов в патогенезе этого заболевания продолжают занимать исследователей до настоящего времени.

Теории психогенеза шизофрении сегодня все же еще имеют сторонников, продолжающих изучать роль различных психогенных и социальных факторов в возникновении и течении шизофрении. Результатом развития этого направления стало создание ряда моделей этиологии шизофрении. Одной из них является психодинамическая модель, постулирующая в качестве причинного фактора глубокое нарушение интерперсональных взаимоотношений . Разновидностью этой модели можно считать представления, вытекающие из положений фрейдистской школы о подсознательной реакции на интерпсихический конфликт, возникший в раннем детстве. Вторая модель психогенного развития шизофрении — феноменологически-экзистенциальная модель, предполагающая изменение «существования» больного, его внутреннего мира. Сама болезнь в соответствии с этими представлениями есть не что иное, как «особая» форма существования данной личности.

Среди биологических гипотез шизофрении в настоящее время наиболее убедительно выглядит генетическая гипотеза.

Изучение наследственного предрасположения при шизофрении, проводившееся в течение многих десятилетий в различных странах мира, с несомненностью показало значительное накопление случаев болезни в семьях больных шизофренией. В пользу существенной роли наследственных факторов в патогенезе заболевания свидетельствуют также многочисленные данные о конкордантности близнецов по шизофрении. Наиболее убедительные доказательства роли генетических факторов в развитии шизофрении были получены при изучении группы детей, родители которых страдали шизофренией, но дети с самого раннего возраста были изолированы от биологических родителей и приняты в «здоровые» семьи. Этот подход получил в психиатрической литературе название «стратегия приемных детей» (Strategy of adopted children). Оказалось, что воспитание детей в «здоровых» семьях не снизило частоты развития заболевания у детей, если их биологические родители болели шизофренией. Другими словами, благоприятная микросоциальная среда не понизила частоты возникновения шизофрении у детей с наследственным отягощением.

До настоящего времени остается невыясненным тип наследования шизофренических психозов. Во многих странах мира для установления типа наследственной передачи этого психоза были изучены многие тысячи больных и их родственников. Полученные результаты свидетельствуют скорее о существовании высокой клинической и генетической гетерогенности различных форм шизофрении. Природа этой наследственной гетерогенности пока не установлена. Основана ли она на разнообразии мутаций, предрасполагающих к развитию шизофрении, или эта гетерогенность связана с различными полигенными вариантами наследования (модели с пороговым проявлением, олиголокусные системы и др.), пока утверждать трудно. Вероятнее всего, что различные клинические формы шизофрении генетически отличаются друг от друга различными констелляциями ряда дискретных наследственных факторов, уникальная комбинация которых создает своеобразие клинической картины и течения различных форм шизофрении.

Главный вопрос состоит в том, как наследственное предрасположение определяет манифестацию шизофрении и через какие конкретные биологические механизмы осуществляются патогенетические процессы при разных. формах болезни. В этой области проводятся интенсивные исследования.

Развитие аутоинтоксикационных теорий связано с обнаружением в организме больных шизофренией разнообразных (белковых, низкомолекулярных) физиологически активных (токсических) субстанций, дающих нейротропные эффекты.

В течение последних 20—30 лет в различных лабораториях мира были выделены из крови, мочи и спинномозговой жидкости больных шизофренией разные по функциональной активности «токсические» соединения. В одних случаях они подавляли жизнедеятельность биологических объектов, использованных в качестве тест-систем; в других эти соединения более специфично изменяли нейрональную активность изолированных клеток мозговой ткани in vivo и в культуре in vitro; в третьих они нарушали интегративные формы поведения различных животных и человека. Само присутствие токсических факторов в биологических жидкостях больных шизофренией не вызывает сомнений. Однако остается неясным, насколько эти аномальные субстанции причастны к специфическим механизмам патогенеза болезни. Являются ли они первичными элементами биологических нарушений при шизофрении или этот «токсикоз» представляет собой следствие нарушения центральных механизмов регуляции метаболизма, т. е. они вторичны по отношению к основному звену в патогенезе болезни? Ответа на эти вопросы пока нет. В последнее время показано накопление в семьях больных шизофренией родственников с токсическими факторами в биологических жидкостях организма. Более того, распределение родственников, имеющих в биологических жидкостях токсический фактор, подтверждает существенную роль в их возникновении наследственных факторов, предрасполагающих к развитию шизофрении.

Ряд гипотез патогенеза шизофрении связан с предположением о нарушениях в конкретных звеньях обмена, в частности биогенных аминов. Среди этих биохимических гипотез можно выделить следующие: 1) группа катехоламиновых гипотез, рассматривающих возможную роль дисфункции норадреналина и дофамина в механизмах нарушения нейробиологических процессов в мозге больных шизофренией. К числу катехоламиновых гипотез относятся такие широко распространенные гипотезы, как гипотеза 0-метилирования и дофаминовая; 2) группа индоламиновых гипотез, постулирующих участие серотонина и его метаболитов, а также других индоловых производных в механизмах психической деятельности, расстройство которых может привести к нарушению психических функций, в частности к развитию шизофренических симптомов.

К этим гипотезам примыкают концепции, согласно которым развитие шизофрении связывается с нарушением функций энзиматических систем, участвующих в обмене биогенных аминов. Наибольшее внимание привлекают такие ферменты, как МАО, катехоламинтрансфераза (КОМТ), дофамин-Р-гидроксилаза и др. Многочисленные попытки установить те или иные отклонения в их содержании или изменения их активности при шизофрении привели к противоречивым результатам.

Главным препятствием для доказательности этих гипотез является недоступность тканей мозга человека для прямого изучения и обнаружения соответствующих биохимических «дефектов». В связи с этим большие надежды возлагают на исследования посмертно взятого мозга, хотя они также имеют ряд существенных ограничений.

Оценка значимости рассмотренных выше биохимических гипотез патогенеза шизофрении в последнее время осложнилась открытием нейрональных трансмиттерных рецепторов. Оказалось, что конечная реакция мозга зависит не только от концентраций нейротрансмиттеров или особенностей их метаболизма в ткани мозга, но и от функционального состояния и числа нейрональных рецепторов. В связи с этим в последнее время центр исследований по патогенезу шизофрении несколько сместился в сторону изучения рецепторов нервных клеток при этом заболевании.

При изучении ткани посмертно взятого мозга больных шизофренией некоторым авторам удалось показать гиперчувствительность дофаминовых и других рецепторов в этих случаях по сравнению с соответствующим контрольным материалом. Хотя в ряде проверочных исследований полностью воспроизвести эти результаты не удалось, это направление представляется наиболее перспективным в изучении биохимических основ шизофренического процесса.

Иммунологические гипотезы шизофрении основываются на представлениях об аутоиммунных процессах, т. е. способности организма вырабатывать антитела к антигенам собственных тканей (в частности, тканям мозга, который является одним из забарьерных органо3).

Механизм развития болезни в этом случае связывается с выработкой в организме больных антител против мозговых антигенов (противомозговых антител), которые могут повреждать ткани мозга. Доказательства существования так называемых противомозговых антител в крови и спинномозговой жидкости при шизофрении получены многими авторами. Их значимость для патогенеза болезни устанавливается преимущественно на основе клинико-иммунологических корреляций, показывающих зависимость между выраженностью иммунопатологических нарушений и различными клиническими формами, а также стадией болезни. Более важное значение для развития иммунологических гипотез шизофрении имеют исследования клеточного иммунитета. Полученные на этом пути первые результаты позволяют надеяться на его плодотворность в понимании роли иммунологических нарушений для патогенеза болезни**.**

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Перечислите основные гипотезы развития шизофрении.

2). В чем заключается генетическая теория развития шизофрении.

3). В чем заключается нейромедиаторная теория шизофрении.

4). В чем заключается психогенная теория шизофрении.

5). В чем заключается иммунологическая теория шизофрении

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1. ЭНДОГЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

1) сосудистым заболеванием головного мозга

2) эндокринной патологией

3) употреблением психоактивных веществ

4) психотравмирующей ситуацией

5) неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием внешнего воздействия

2. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

1) передачей заболевания по наследству

2) неблагоприятной наследственностью

3) инфекционным заболеванием головного мозга

4) сосудистым поражением головного мозга

5) родовой травмой

3. ХРОМОСОМНАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР

1) связанный с тяжелым соматическим заболеванием

2) связанный с передачей заболевания по наследству

3) обусловленный мутацией гена

4) обусловленный нарушением структуры хромосом

5) связанный с эмоциональным стрессом

4. ГЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

1) передачей заболевания по наследству

2) нарушением структуры хромосом

3) внутриутробным поражением плода

4) мутацией гена

5) родовой травмой

5. ЭМБРИОПАТИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

1) неблагоприятной наследственность

2) родовой травмой

3) внутриутробным поражением плода

4) наличием соматического заболевания

5) наличием эндокринного заболевания

6. КОНКОРДАНТНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ

1) достигает 90-100%

2) зависит от их пола

3) зависит от возраста начала заболевания

4) составляет 40-60%

5) наследственные факторы не значимы

7. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ДИСФУНКЦИЯ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1) серотониновой

2) дофаминовой

3) норадреналиновой

4) ГАМКергической

5) катехоламиновой

8. ОСНОВНАЯ ТЕОРИЯ ЭТИОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ

1) нейротрансмиттерная

2) дизонтогенетическая

3) генетическая

4) мультифакториальная

5) аутоиммунная

9. НЕЙРОТРАНСМИТТЕРНАЯ ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

1) токсическое действие на клетки головного мозга разнообразных иммунных комплексов

2) дисфункция одной или нескольких химических систем головного мозга

3) нарушения развития мозга на различных этапах индивидуального развития человека

4) наследственная предрасположенность к шизофрении

5) этиологическим считается не один фактор, а все в различных индивидуальных сочетаниях

10. ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

1) токсическое действие на клетки головного мозга разнообразных иммунных комплексов

2) дисфункция одной или нескольких химических систем головного мозга

3) нарушения развития мозга на различных этапах индивидуального развития человека

4) наследственная предрасположенность к шизофрении

5) этиологическим считается не один фактор, а все в различных индивидуальных сочетаниях

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

**Задача №1**

Больной 35 лет. Дядя по линии матери болен шизофренией. В возрасте 20 лет впервые госпитализировался в психиатрический стационар в связи с идеями преследования, отношения. Был поставлен диагноз «шизофрения». Выписан в состоянии ремиссии. Принимал поддерживающую терапию. Через 6 месяцев самостоятельно прекратил приём препарата. Через 2 недели повторный приступ болезни, был госпитализирован. После выписки из стационара в течение 3 месяцев принимал поддерживающую терапию, затем приём лекарств прекратил. Очередное обострение через 3 недели, лечился в психиатрической больнице на протяжении 4 месяцев, выписан с улучшением.

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. Каков характер течения заболевания?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Параноидный синдром; бред преследования, бред отношения

2. Шизофрения

3.Приступообразно-прогредиентный

4. Относительно благоприятный

5. Нейролептики – пролонги (галоперидол-деканоат, рисполепт конст1)

**Задача №2**

Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

**Эталон ответа**

1. Депрессия, вербальные псевдогаллюцинации, симптом психического автоматизма, бред воздействия, открытости мыслей, бред отношения, загруженность.

2.Синдромом Кандинского-Клерамбо

3.Шизофрения

4.Эндогенные

5. Нейролептики (трифтазин, галоперидол, клозапин)

**Задача№3**

Больная 37 лет. Больна в течение многих лет. С 12-летнего возраста стали нарастать изменения личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Целыми часами стереотипно раскачивается сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Какие факторы влияют на развитие заболевания.

**Эталон ответа**

1. Апатико-абулический синдром. Симптомы: эмоциональное оскудение, гипобулия, двигательная стереотипия, шизофазия, гетероагрессия, булимия, аутизм.

2. Для шизофрении

3. Психологическое обследование для выявления специфических нарушений мышления

4. Неблагоприятный

5. Эндогенные

**Задача№4**

Больной 20 лет. С детства отличался замкнутостью, не имел друзей, большую часть времени проводил дома, учился неровно, но всегда отлично по точным предметам. После окончания школы поступил в МГУ, сдал экзамены за первый семестр. Состояние изменилось остро, стал растерянным, импульсивным, совершал неожиданные и стереотипные движения руками и телом, затем стал застывать на одном месте, на вопросы не отвечал, иногда произносил отдельные слова. Потом надолго замолкал, тонус мышц был повышен. Был госпитализирован.

1. Назовите описанный синдром.

2. При каких расстройствах он наблюдается?

3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?

5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1.Люцидный кататонический

2. Шизофрения, органические заболевания головного мозга.

3. Психологические методы исследования

4.Госпитализация

5. Нейролептики (аминазин, клозапин, трифтазин, галоперидол)

**Задача№5**

Больной 28 лет. С детства замкнутый, отмечались беспричинные страхи. После окончания ПТУ работал газоэлектросварщиком, но с товарищами по работе не общался, держался высокомерно, замкнуто. За два года до госпитализации явился в приёмную мера города, где представил обширный трактат с проектом по переустройству мира согласно «оптимальным условиям человеческого существования». Отказ воспринимал, как происки врагов, стал ходить по разным инстанциям, убеждая, что его враги специально хотят навредить стране и не принимают его предложений. Всех, от кого получал отказ, заносил в специальную схему, которую назвал «планом заговора». Писал жалобы в правоохранительные органы и прокуратуру.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

**Эталон ответа**

1.Аутизм, фобии, бредовые идеи реформаторства, сутяжничества, преследования.

2. Паранойяльным.

3. Параноидном расстройстве личности, шизофрении.

4. Психогенные, эндогенные.

5. Нейролептики (трифтазин).

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-5.

1). Уметь выявить и квалифицировать основные и факультативные симптомы шизофрении.

2). Уметь определять их диагностическое значение.

3). Уметь оценить анамнестические сведения и синдромокинез при шизофрении.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) История учения о шизофрении.

2) Этиология шизофрении.

3) Патогенез шизофрении.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.57. **Тема:** «Лечение и организация помощи больным с шизофренией».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение грамотно назначать больным шизофренией адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, правильно выполнять основные лечебные мероприятия при шизофрении среди пациентов с той или иной нозологической формой; своевременно выявлять осложнения, использовать методики их немедленного устранения – неотъемлемая часть работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам подбора фармакологических средств для лечения шизофрении в соответствии с клиническими проявлениями заболевания и индивидуальными особенностями пациента.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

**- учебная:**

Знать: основные группы фармакологических средств, используемых в лечении шизофрении.

Уметь: выявлять основные показания к назначению лекарственных препаратов.

Владеть: методами оценки эффективности фармакотерапии психических расстройств при шизофрении.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основ применения фармакотерапии при шизофрении |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными принципами подбора и применения лекарственных средств при шизофрении.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 30 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Лечение резистентных форм шизофрении».  - Беседа с больным, выявление показаний к назначению фармакотерапии с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 90 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Лечение шизофрении.**

1) Биологически активные методы лечения. К ним относятся инсулинокоматозная терапия и электросудорожная терапия.

Инсулинокоматозная терапия заключается в постепенном введении больного в состояние гипогликемической комы. Делается это путем ежедневного наращивания дозы инсулина на 4-5 ед. до коматозной (60-100 ед.). В коме больной пребывает не больше 20 - 30 минут. Купирование производят внутривенным введением глюкозы, затем дачей сахарного сиропа и углеводистого по продуктам завтрака. Курс лечения составляет 20 -30 шоковых состояний. Опасны осложнения в виде затяжной или повторной гипогликемических ком. Такие больные должны находиться под постоянным наблюдением медперсонала. Метод инсулинокоматозной терапии относится к патогенетическим, хотя вопросы этиологии и патогенеза при шизофрении пока не уточнены и интенсивно изучаются. Значительные обменно-вегетативные сдвиги при этом методе и дают основание называть его «активным». В настоящее время практически не применяется.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) применяется редко, в основном при кататоническом субступоре и тяжелых депрессиях, показана она и при фебрильной кататонии - варианте кататонической формы с гипертоксичностью и высокой температурой, что приводит нередко к смерти от самой шизофрении (единственный вариант заболевания с таким исходом). При ЭСТ путём пропускания через головной мозг электрического тока напряжением от 80 до 120 вольт при экспозиции долей секунды вызываются судорожные припадки. В практике отечественной психиатрии курс лечения ЭСТ редко превышает 10 сеансов. Это брутальный метод терапии с активным воздействием на головной мозг. После сеансов ЭСТ наблюдается ретроградная амнезия, которая затем проходит.

2) Психофармакотерапия.

Продолжительность курса и дозы препаратов зависят от состояния больного. Как правило, после обычного курса необходимо продолжительное поддерживающее лечение малыми дозами. В настоящее время используется несколько десятков видов различных нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов. Из наиболее часто применяемых нейролептиков следует отметить аминазин и тизерцин, которые обладают общим антипсихотическим свойством с седативным оттенком и показаны при психомоторных возбуждениях и острых психотических состояниях в больших дозах (300 - 500 мг), при затяжных же расстройствах как подсобный, вспомогательный препарат в сочетании с другими нейролептиками в значительно меньших дозах. Галоперидол хорошо купирует психомоторные возбуждения. Кроме того, он относится к лучшим антигаллюцинантам и показан при галлюцинозах и галлюцинаторно-бредовых синдромах. Доза его составляет 15-30 мг в сутки. Трифтазин (стелазин) наиболее эффективен при нарушениях мышления, он чаще применяется при бреде, особенно затяжного характера. Мажептил - препарат как общего антипсихотического действия, так и воздействующий на двигательно-волевые нарушения. Он показал себя одним из лучших при лечении кататонической формы шизофрении, притом и при ступоре, и при возбуждении. Осложнение от нейролептиков избирательного действия - паркинсонизм.

Из антидепрессантов, которые при циркулярной шизофрении обычно даются в сочетании с нейролептиками, широко применяют амитриптилин и мелипрамин. Эти трициклические антидепрессанты имеют средние дозы от 100 до 150 мг. При этом амитриптилин хорошо действует при тревожных депрессиях, мелипрамин же при заторможенных. Комбинация с нейролептиками необходима для снятия дополнительных симптомов в аффективных синдромах и во избежание их появления при учёте активирующего действия антидепрессантов в целом.

Транквилизаторы (элениум, триоксазин, тазепам, мепробамат и др.) применяются в основном при неврозоподобной симптоматике, обычно как дополнительные к нейролептикам препараты, и эффект их при шизофрении незначительный. Следует отметить, что аффекты страха, тревоги и связанные с ними состояния психомоторного напряжения и возбуждения хорошо купируются внутривенным введением седуксена (10-20 мг в 10 мл физиологического раствор1). Транквилизаторы же лучше других помогают при сенестопатиях.

**Лечение фебрильной шизофрении.** Лечение этого варианта шизофрении может проводиться только в стационарных условиях и должно начинаться в первые дни развития приступа и появления лихорадки.

Одним из основных методов лечения фебрильных приступов служит аминазинотерапия. Высокая эффективность аминазина при лечении этих приступов позволила практически полностью отказаться от термина «смертельная шизофрения». Аминазинотерапия не только уменьшает интенсивность кататонических расстройств и других видов возбуждения (аментивноподобного, гиперкинетического), наблюдаемых при фебрильных приступах, но и в достаточно сжатые сроки устраняет лихорадку, улучшает соматическое состояние больных, нормализует показатели крови, что подтверждает точку зрения о присущем аминазину свойстве патогенетического воздействия на фебрильные приступы. Во всех случаях следует быстро наращивать дозы аминазина до 300-400 мг в сутки. Продолжительность курса должна составлять от 2 до 4 мес. Опыт показывает, что перерыв в лечении аминазином и переход на другие методы вызывают новый подъем температуры и ухудшение соматического состояния больных. Обязательным является сочетание аминазинотерапии с инъекциями кордиамина, витаминов группы В, С и антигистаминными препаратами.

Назначение других нейролептиков - галоперидола, стелазина, клозапина - нецелесообразно, так как они не оказывают свойственного аминазину патогенетического действия на приступ фебрильной шизофрении и, кроме того, усугубляют возможность развития нейролепсии. Аминазинотерапию можно сочетать лишь с внутримышечным или внутривенным введением диазепама (реланиум, седуксен) до 30 мг в день, особенно в дни гипертермии, рассчитывая на вегетостабилизирующее действие препаратов. При появлении признаков отека мозга применяют спазмолитические средства (но-шпа, эуфиллин), лазикс, литические смеси, содержащие натрия хлорид - 500 мл, 0,5 % раствор новокаина - 50 мл, 1 % раствор димедрола - 2 мл, 5 % раствор аскорбиновой кислоты-10 мл. Для устранения или уменьшения гипертермии наряду с аминазинотерапией рекомендуется назначение средств, устраняющих гипертермию: введение амидопирина, лед на область сонных артерий, в подмышечные и паховые области.

Аминазинотерапия иногда осложняется резким падением АД, развитием коллаптоидных состояний, тахикардией (нередко пароксизмального характер1) и оказывается неэффективной: температура тела остается высокой или имеет тенденцию к дальнейшему повышению, ухудшается соматическое состояние, наблюдается изменение клинической картины в целом, что проявляется резким падением мышечного тонуса, признаками сомнолентности и оглушения.

Развитие описанного состояния и неэффективность аминазинотерапии являются показаниями к проведению ЭСТ.

ЭСТ вначале проводят в очень интенсивном режиме - 1-2 сеанса в сутки. По истечении 2-3 сут ежедневной ЭСТ обычно температура тела нормализуется и при отсутствии тенденции к ее повышению, стабилизации соматического состояния или уменьшении тяжести соматических нарушений, а также улучшении психического состояния больных можно перейти на проведение сеансов ЭСТ через день. Общее число сеансов ЭСТ при фебрильной шизофрении может колебаться от 3 до 12. ЭСТ можно проводить на фоне продолжающейся аминазинотерапии. Доза аминазина в этих случаях не должна превышать 150-200 мг. После прекращения ЭСТ лечение аминазином при хорошей переносимости препарата должно быть продолжено, причем его суточная доза может быть вновь увеличена до 300-350 мг. 542

Помимо описанной основной терапии фебрильной шизофрении, должны быть предусмотрены и лечебные мероприятия, направленные на устранение соматовегетативных расстройств, возникающих в процессе развития фебрильного приступа, - гиповолемических состояний, нарушения кислотно-щелочного равновесия с метаболическим ацидозом, кардиоваскулярных расстройств и нарушений сосудистого тонуса, гемодинамического синдрома и др. Цель таких мероприятий - удержание жидкости в сосудистом русле, восстановление гемодинамики (путем введения полиглюкин1) и кровотока в малых капиллярах с одновременным уменьшением процессов агрегации форменных элементов крови (вводят реополиглюкин), дезинтоксикация организма с усилением почечного кровотока и диуреза (назначают гемодез).

**Основные принципы организации лечения больных шизофренией.** Успех терапии во многом зависит от возможности максимальной адаптации лечебных мероприятий к особенностям клинических проявлений болезни. Особое значение это положение приобретает при проведении медикаментозной, в частности психофармакологической, терапии. Ее дифференцировка, выбор соответствующих психотропных средств и способов их введения, изменение терапии в зависимости от динамики клинической картины позволяют создать благоприятные условия для редукции болезненных расстройств.

Терапевтическая тактика в каждом случае должна быть клинически обоснованной, т.е. соответствовать характеру и выраженности психопатологических проявлений и учитывать как индивидуальные особенности больного, так и общие закономерности течения болезни. Продолжительность терапии должна быть достаточно длительной и «перекрывать» период клинически выраженной психопатологической симптоматики.

Способ введения препаратов и темп наращивания доз определяются в основном состоянием больного. Психотропные средства обычно назначают внутрь (в таблетках, драже, каплях, сиропах, суспензии) и внутримышечно. Для более мощного психофармакологического воздействия прибегают к внутривенному введению лекарств. В резистентных к терапии случаях особенно эффективным оказывается внутривенное капельное введение последних.

Суточную дозу препаратов увеличивают постепенно, с осторожностью. Быстрое повышение доз до максимальных, вызывающих выраженные побочные явления, чаще всего не оправдано, за исключением случаев тяжелого психомоторного, бредового и других видов возбуждения. Лечение высокими дозами может вызвать серьезные осложнения и привести (особенно при относительно скудных позитивных расстройствах) к ухудшению состояния больного. Увеличение суточных доз препарата показано при снижении чувствительности к лекарственным средствам, обычно на более поздних этапах ранее успешного лечения. Кроме повышения доз, в таких случаях целесообразен переход на препараты с другими механизмами действия или на комбинированную терапию.

В острый период болезни лечение проводится непрерывно, так как только постоянное лекарственное воздействие на ЦНС обеспечивает успех терапии.

При затяжном течении болезни, длительном и безрезультатном введении психотропных средств, сопровождающимся усилением вялости, апатии и заторможенности, иногда эффективна одномоментная отмена лекарств, применявшихся до этого в высоких дозах. После перерыва можно возобновить терапию с быстрым наращиванием доз — метод «зигзага», или «зубца».

В связи с особенностями психических заболеваний большое значение имеют преемственность и координация стационарной и внебольничной терапии и помощи в целом. Современные методы лечения обычно позволяют относительно быстро купировать острые проявления психических расстройств, благодаря чему период пребывания больного в стационаре может существенно сокращаться. В связи с этим особенное значение приобретает организация лечения во внебольничных условиях — в ПНД, полустационарах, специализированных кабинетах территориальных поликлиник. Нужно лишь иметь в виду, что недостаточно интенсивная амбулаторная терапия может приводить к формированию синдрома «вращающихся дверей», когда ранняя выписка из стационара без регулярного внебольничного лечения приводит к повторной госпитализации.

Во внебольничных условиях обычно проводят *поддерживающую терапию.* Ее задачи — стабилизация состояния больного, дальнейшая редукция остаточной психопатологической симптоматики, углубление ремиссии и, что не менее важно, адаптация больного к изменившимся в связи с болезнью условиям жизни. Часто поддерживающая терапия на всем протяжении заболевания позволяет удерживать больного в привычных условиях и избежать психотравмы, связанной с помещением его в психиатрический стационар. Во внебольничных условиях может проводиться *первичная терапия,* которая также позволяет сохранить социальный статус больного (иногда больные могут продолжать обычную деятельность, т.е. работать, учиться и т.п.). Возможность первичной амбулаторной терапии определяется индивидуальными особенностями заболевания и психическим состоянием пациента. В этих случаях проводят в первую очередь медикаментозную терапию, но она осуществляется более щадящими методами в связи с отсутствием ежедневного контроля за состоянием больных и их активным образом жизни.

По клиническому назначению и терапевтическим подходам внебольничную терапию можно разделить на купирующую, корригирующую и стабилизирующую.

*Купирующая терапия* применяется при психических расстройствах, «чувствительных» к психотропным средствам. Лечение таких больных должно быть направлено на полное устранение болезненных явлений и формирование стойких ремиссий. Суточные дозы лекарственных средств могут значительно превышать обычные поддерживающие дозы и приближаться к применяемым в условиях стационара. К нозологическим формам психических заболеваний, кроме шизофрении, при которых может быть использована купирующая амбулаторная терапия, относятся реактивные психозы (когда госпитализации не требуется в связи с умеренной выраженностью дезадаптации), аффективные фазы в рамках личностных расстройств, тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, соматоформные расстройства при пограничных состояниях, нетяжелые эндогенные аффективные расстройства и некоторые формы приступообразно-прогредиентной шизофрении. Купирующая терапия с использованием повышенных доз применяется и при явлениях «привязанности» к психотропным средствам. Чаще всего они бывают у больных с так называемым условно-ремиттирующим течением шизофрении. В этих случаях психические расстройства (синдром психического автоматизма, галлюциноз, парафренные и некоторые аффективно-бредовые состояния) полностью купируются в процессе терапии. Однако у этих пациентов в отличие от большинства больных с приступообразно-прогредиентным течением болезни всякая попытка прекратить лечение приводит к экзацербации болезненного процесса.

*Корригирующая терапия* применяется в основном при затяжных неврастенических состояниях, расстройствах личности астенического круга с тенденцией к частым декомпенсациям (зависимое расстройство личности, истерическое расстройство с преобладанием ипохондрических и конверсионных нарушений, тревожно-уклоняющееся расстройство личности — сенситивная психастения, сенситивный вариант шизоидной психопатии и др.). Она показана также при ремиссиях со стойкими психопатоподобными изменениями преимущественно астенического типа у больных шизофренией, когда наряду с астенией нередко отмечаются отчетливые черты ригидности психических процессов, проявляющиеся, в частности, в чрезмерном стремлении сохранять привычный уклад жизни. Последнее для организации терапии во внебольничных условиях имеет особое значение, так как стереотипная схема приема лекарств становится частью привычного распорядка дня — больные стремятся принимать одни и те же препараты в неизменной дозе. Более того, они отказываются прекращать терапию даже тогда, когда необходимость в ней отпала. В этих случаях показано плавное уменьшение доз лекарств в сочетании с массивным психотерапевтическим воздействием.

*Стабилизирующая терапия* направлена не на полную редукцию психических расстройств, а лишь на стабилизацию состояния больного на ранее достигнутом уровне. Лечение в этом случае проводится средними и низкими дозами психотропных средств. Такая методика целесообразна при затяжных невротических и паранойяльных расстройствах пограничного уровня, мало-прогредиентной шизофрении, а также в периоды стабилизации неблагоприятно протекающего болезненного процесса.

Терапевтическая тактика в каждом случае должна быть клинически обоснованной, т.е. соответствовать характеру и выраженности психопатологических проявлений и учитывать как индивидуальные особенности больного, так и общие закономерности течения болезни

Эффективность лекарственной терапии психотропными средствами определяется соответствием выбора препарата клинической картине болезни, правильностью режима его дозирования, способом введения и длительностью терапевтического курса.

Наиболее приемлемой является клиническая классификация, предложенная Delay. Согласно этой классификации, все психотропные препараты делятся на три группы:

1) психолептики (нейролептики/антипсихотические средства, гипнотические вещества, транквилизаторы);

2) психоаналептики, или психостимуляторы (антигипнотические вещества – «пробуждающие амины», антидепрессанты и прочие стимуляторы);

3) психодизлептики, или психотомиметические вещества – галлюциногены.

Последние десятилетия ознаменовались значительным ростом новых психотропных средств, соединяющих различные психотропные эффекты с избирательностью действия на психопатологическую симптоматику. Большинство клиницистов продолжают пользоваться классификацией, предложенной в 1969 г. научной группой ВОЗ. В соответствии с этой классификацией все психотропные средства подразделяются на семь классов:

1)нейролептики/антипсихотические средства;

2)транквилизаторы/анксиолитики;

3)антидепрессанты;

4)нормотимики;

5)ноотропы/ноэтики;

6)психостимуляторы;

7)психодизлептики.

Собственно психотропным терапевтическим действием обладают препараты первых четырех классов. Ноотропы/ноэтики можно определить как группу «нейрофармакотерапии». В класс ноэтиков по современным представлениям входят ноотропы, психоэнергизаторы, психостимуляторы, нейропептиды и адаптогены. Психодизлептики не используются в клинической практике.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

1. Назовите методы лечения шизофрении.

2. Дайте характеристику основным принципам лечения фебрильного приступа при шизофрении.

3. Опишите основные принципы психофармакотерапии.

4.  Перечислите основные этапы организации лечения шизофрении.

5. Что такое «антипсихотические препараты»?

6. Перечислите типичные нейролептики различных химических классов, определите их относительную эффективность в аминазиновом эквиваленте и укажите обычный диапазон суточных доз для перорального приема.

**7.** Когда назначают ЭСТ?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

1. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ, КАК ПРАВИЛО, ПЕРВЫМИ КУПИРУЮТСЯ

1. нарушения мышления
2. бредовые идеи
3. обманы восприятия
4. аутизм
5. эмоциональные нарушения

2. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ ПОЧТИ НЕ ПОДДАЮТСЯ ОБРАТНОМУ РАЗВИТИЮ

1. бредовые симптомы
2. эмоциональное снижение
3. кататонические симптомы
4. обманы восприятия
5. тревожные расстройства

3. ЛЕЧЕНИЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ

1. психотерапии
2. психофармакотерапии
3. инсулинотерапии
4. условно-рефлекторной терапии
5. электросудорожной терапии

4. ПСИХОТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ КУПИРУЕТСЯ

1. пароксетином
2. галоперидолом
3. фенибутом
4. атараксом
5. пирацетамом

5. НЕГАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО КУПИРУЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ

1. аминазин
2. галоперидол
3. рисполепт
4. сонапакс
5. азалептин

6. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ФЕБРИЛЬНОГО ПРИСТУПА

1. аминазин
2. галоперидол
3. рисполепт
4. мажептил
5. азалептин

7. К АТИПИЧНЫМ НЕЙРОЛЕПТИКАМ ОТНОСИТСЯ

1. аминазин
2. галоперидол
3. рисполепт
4. тиоридазин
5. фенибут

8. К ТИПИЧНЫМ НЕЙРОЛЕПТИКАМ ОТНОСИТСЯ

1. оланзапин
2. хлорпромазин
3. абилифай
4. кветиапин
5. азалептин

9. В ЧЕМ ОТЛИЧИЕ АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ ОТ ТИПИЧНЫХ

1. выраженный антидепрессивный эффект
2. меньше побочных эффектов
3. действуют в основном на позитивную симптоматику
4. дешевле
5. наиболее популярны

10. В ЧЕМ ОТЛИЧИЕ АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ ОТ ТИПИЧНЫХ

1. выраженное действие на негативную симптоматику
2. являются доступными по цене
3. переносимость хуже
4. эффективны во всех клинических ситуациях
5. провоцируют развитие психоорганического синдрома

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

**Задача№1**

Больной 22 года. Психическое состояние изменилось впервые: трудно доступна контакту, отрешена от окружающего, застывает в однообразных позах, взгляд устремлен в пространство. Негативистична, при попытке осмотреть ее оказывает сопротивление. Временами стереотипно повторяет одно и то же слово или фразу. Тяжелое соматическое состояние: температура 39,8; тахикардия до 140 в минуту, симптомы обезвоживания, петехии и кровоподтеки на коже.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите тактику лечения.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Нарушение сознания, каталепсия, активный негативизм, стереотипии, симптомы интоксикации.

2. Кататонический синдром.

3. Фебрильная шизофрения.

4. Фармакотерапия – атипичные антипсихотики, аминазин в/в в капельнице, массивная инфузионная терапия, антигистаминные препараты, антибиотики; возможна ЭСТ.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможна ремиссия высокого качества.

**Задача№2**

Пациенту 30 лет. При осмотре рассказывает, что существует «особая группа людей», которые «с помощью антенн спутникового телевидения» осуществляют за ним «слежку». Говорит что эти «преследователи» могут «дистанционно читать» его мысли, вызывать «жжение и зуд кожи» и даже «говорить его языком непристойные слова». Периодически «слышит» у себя в голове, как эти лица «переговариваются между собой». Внешний вид неряшливый, небрит, одежда неопрятная. В отделении ничем не занимается, день проводит в кровати, встает преимущественно для еды и курения, с соседями по палате общается мало.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Вербальные псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия, психические автоматизмы (идеаторные, сенсорные, моторные), апатия, абулия.

2. Синдром Кандинского-Клерамбо, апато-абулический синдром.

3. Шизофрения.

4. Параноидная форма.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики.

**Задача №3**

У пациента на фоне приема галоперидола стали проявляется болезненные непроизвольные сокращения различных групп мышц (наиболее часто – мышцы шеи и лица, мышцы грудной клетки).

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите состояние.
3. Обоснуйте ответ на 2 вопрос.
4. Какие меры неотложной помощи необходимо осуществить?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Спазм и непроизвольное сокращение отдельных групп мышц.
2. Острая дистония.
3. Изменение состояния на фоне приема нейролептиков, характерные спазмы различных групп мышц.
4. Показано введение диазепама 0.5% - 2.0 в\м или феназепама 0.1% - 2.0 мл в\м или димедрола 1% - 2.0 в\м.
5. Прогноз благоприятный, острые дистонии купируются полностью.

**Задача №4**

Девочке 14 лет. С детства выделялась среди сверстников, была замкнута, не любила играть с другими детьми, не находила с ними общего языка. Слабо успевала в школе. Психическое состояние изменилось без видимых причин – возбуждена, дурашлива, негативистична, кривляется, плюется, нелепо смеется. Попытки успокоить ее приводят к еще более выраженному возбуждению и нелепому поведению.

1. Назовите синдром.

2. Установите диагноз заболевания.

3. Определите форму заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гебефренический синдром.

2. Шизофрения.

3. Гебефреническая форма.

4. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет злокачественно, быстро приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**Задача №5**

Молодая пациентка доставлена бригадой скорой помощи в соматический стационар с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние. При осмотре речевому контакту недоступна, лежит на боку прижав руки к груди, ноги притянуты к животу. При обследовании выявляется выраженное диффузное повышение мышечного тонуса, застывает в неестественных позах, оказывает сопротивление при попытке разогнуть руки и ноги. Глаза закрыты, зубы плотно сжаты. На болевые раздражители не реагирует. Двигательной активности не проявляет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Мутизм, эмбриональная поза, симптом восковой гибкости, активный негативизм.

2. Кататонический синдром (люцидная кататония).

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

1). Уметь выявить показания для назначения лекарственных препаратов при шизофрении.

2). Уметь обосновать назначение конкретного препарата.

3). Уметь определить эффективность лечения.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Фебрильная шизофрения.

2. Поздняя шизофрения.

3. Современные стандарты лечения шизофрении.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.58. **Тема:** «Расстройства шизофренического спектра».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям шизофреноформных и хронических бредовых расстройств является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики основных вариантов расстройств шизофренического спектра.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные группы расстройств шизофренического спектра.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы шизофреноформных расстройств.

Владеть: методами выявления и оценки клинических особенностей нарушений шизофренического спектра.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления расстройств шизофренического спектра |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике клинических вариантов шизофреноформных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза расстройств шизофренического спектра».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Хронические бредовые расстройства (F22).**

Это довольно гетерогенная группа. Хронический бред — единственный устойчивый признак, галлюцинации и аффективные реакции являются лишь включениями.

**Бредовое расстройство (F22.0)**

Причина хронического бреда может быть объяснена из особой структуры личности, психоаналитически, и исходя из ситуации бредового окружения. Параноидная структура личности с подозрительностью, недоверчивостью и враждебностью, вероятно, обусловлена генетическими механизмами, но она находит свое воплощение в поведении и психозе в конкретных ситуациях в результате воспитания или попадания в особую среду. Развитию бреда способствует подозрительность матери или отца, тоталитарное общество или закрытая община с системами слежки и контроля поведения, тугоухость и ситуация эммиграции, особенно при отсутствии знаний языка.

Большая часть случаев отмечается в амбулаторных условиях, и некоторые из них находят свои социальные ниши, например, ими являются судебные инстанции, политические партии, секты. Часто отмечается индукция родственников.

***Клиника.*** К этой группе относится фактически как классическая паранойя, так и систематизированная парафрения. В строгом смысле это монотематический бред, который вторично может приводить к депрессии, если пациент не может реализовать своей моноидеи или агрессии против предполагаемых врагов. Идеи преследования, величия, отношения, изобретательства или реформаторства, ревности и влюбленности или убежденность в наличии некоего заболевания, религиозные идеи аффективно заряжены. Ремиссий не наблюдается, но нет и эмоционально-волевого дефекта. Стеничность пациентов часто заставляет окружающих им верить, и они включаются в плоскость борьбы. При идеях преследования пациент может не только осознавать себя объектом слежки, что приводит его к постоянной смене мест жительства, но и преследовать одного человека или группу людей по мотивам «моральной чистоты». Идеи величия и религиозные идеи приводят пациентов к руководству еретическими сектами и новыми мессианскими течениями. Идеи ревности и влюбленности (синдром Клерамбо) нелепы, при этом объект любви, который может быть известной личностью (актер, певец), может долгое время не подозревать о том, что является объектом интереса. Убежденность пациента в наличии у него конкретного заболевания часто убеждает врачей, манипуляции которых (например, диагностическая лапаратомия) в свою очередь, приводят к негативным последствиям (синдром Мюнхгаузен1) и инвалидизации. В связи с этим пациент начинает преследовать врачей уже по другим причинам. Изобретатели с моноидеями преследуют представителей академических научных учреждений, требуя признаний, и угрожают им. Аналогичные действия проявляют реформаторы-параноики по отношению к государственным властям и политическим партиям.

**Острые и транзиторные психотические расстройства (F23).**

Острые преходящие психотические расстройства могут быть связаны со стрессом, например утратой, ситуацией насилия, тюремного заключения, психической болью, перенапряжением, например, при длительном ожидании, изнуряющем путешествии. В этом смысле к данной группе относятся острые и, отчасти, затяжные реактивные психозы. Однако они могут начинаться и эндогенно, определяясь внутренними переживаниями. В этом случае данный диагноз является «косметическим» для манифестных проявлений шизофрении или первого приступа шизоаффективных расстройств. Уместно ставить такой диагноз лишь при продолжительности нарушений не более 3 месяцев.

В настоящее время этот диагноз является наиболее распространенным при первой госпитализации пациента в приемно-диагностическое отделение. Частота диагностики колеблется от 4 до 6 случаев на 1000 населения в год.

***Клиника.*** После короткого инициального периода с явлениями тревоги, беспокойства, бессонницы и растерянности возникает острый чувственный бред с быстрыми изменениями структуры бреда. Острый психоз продолжается от одной до двух недель. Идеи отношения, значения, преследования, инсценировки, ложные узнавания и бред двойника (Капгр1) возникают на фоне мифологического, символического истолкования окружающего, в центре событий оказывается сам пациент. Часты переживания одухотворения животных, растений, неодушевленных предметов, отдельные включения идей воздействия. Галлюцинаторные переживания, слуховые истинные и псевдогаллюцинации не стойкие и быстро сменяют друг друга. Амнезия отсутствует, хотя пациент не сразу рассказывает о пережитом, как-бы постепенно вспоминая о нем. Аффект счастья, страха, удивления, растерянности и недоумения. Ощущение «сноподобности» переживаний.

Психозы этой группы часто связаны со стрессом, поэтому при диагностике указывают, ассоциирован психоз со стрессом или нет. Острые транзиторные психозы, ассоциированные со стрессом, обозначались ранее как реактивные. Условно считается, что стрессором считается фактор, который предшествует психозу менее чем за 2 недели. Тем не менее важны также и клинические критерии связи со стрессором, к которым относится: звучание в клинической картине стрессорной ситуации, например, преследование после реального преследования, и постепенное угасание данного звучания после прекращения действия стрессора. В роли стрессора могут выступать ситуации разлуки и развода, экономический крах и утрата социального престижа, известие о катастрофе или наблюдаемая катастрофа.

***Дифференциальная диагностика.*** Следует дифференцировать с манифестацией шизофрении, шизоаффективного расстройства, психотическими расстройствами при зависимости от психоактивных веществ, органическими шизофреноподобными расстройствами. От клиники *шизофрении и шизоаффективного расстройства* данный психоз могут дифференцировать лишь последующие динамические наблюдения, поскольку транзиторный психоз является лишь эпизодом. *Психозы при зависимости от психоактивных веществ* обычно протекают с измененным сознанием, то есть клиникой делирия, в психозе преобладают зрительные галлюцинации. Психоз отмечается после отмены психоактивного вещества, при злоупотреблении алкоголя он чаще приурочен к вечернему времени. Удается выявить интоксикационный анамнез. *Органические шизофреноподобные расстройства* включают также симптомы экзогенного круга (амнестический, количественных расстройств сознания, астенический), органика уточняется в результате дополнительных методов исследования. Логически, вся диагностика этой группы выглядит таким образом: 1 месяц — уверенная диагностика, до 3 месяцев — спорная диагностика, более 3 до 6 месяцев — пересмотр диагноза, обычно на шизофрению, органическое расстройство или шизоаффективное расстройство.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте определение хронического бредового расстройства.
2. Перечислите основные факторы, способствующие развитию хронического бредового расстройства.
3. Что характерно для клинической картины хронического бредового расстройства?
4. Какие особенности отмечаются у бредовых идей при хронических бредовых расстройствах?
5. Какие характерные особенности личности отмечаются у лиц с хроническими бредовыми расстройствами?
6. Какие социальные ниши соответствуют большинству случаев хронических бредовых расстройств?
7. Какие факторы способствуют развитию острых и транзиторных психотических расстройств?
8. Что характерно для клинической картины острых и транзиторных психотических расстройств?
9. Опишите последовательность изменения структуры бреда при острых преходящих психотических расстройствах.
10. Перечислите психические нарушения, с которыми необходимо дифференцировать острые преходящие психотические расстройства.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКИХ БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ ОТНОСЯТ

1. хронические аффективные расстройства
2. признаки психоорганического синдрома
3. хронические галлюцинозы с псевдогаллюцинациями
4. хронические амнестические расстройства
5. паранойяльные расстройства

2. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКИХ БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ ОТНОСЯТ

1. аутистические расстройства
2. утрату способности к абстрагированию
3. проявления галлюцинаторно-параноидного синдрома
4. систематизированную парафрению
5. расстройства личности

3. К РАССТРОЙСТВАМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ОТНОСЯТ

1. хронические бредовые расстройства
2. инволюционную меланхолию
3. проявления галлюцинаторно-параноидного синдрома
4. синдром Кандинского-Клерамбо
5. Корсаковский психоз

4. К РАССТРОЙСТВАМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ОТНОСЯТ

1. острые психотические расстройства
2. легкие когнитивные расстройства
3. псевдопаралитическое слабоумие
4. люцидную кататонию
5. биполярное аффективное расстройство

5. К ОСТРЫМ И ТРАНЗИТОРНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТ

1. органические галлюцинозы
2. манифестные проявления шизофрении
3. затяжные делирии
4. расстройства личности
5. признаки дефекта личности при шизофрении

6. ДЛЯ ОСТРОГО И ТРАНЗИТОРНОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРНО

1. появление в начальной стадии психических автоматизмов
2. появление в начальной стадии амнестических расстройств
3. появление в начальной стадии негативной симптоматики
4. появление в начальной стадии острого чувственного бреда
5. раннее появление признаков дефекта личности при шизофрении

7. В СТРУКТУРЕ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ И ТРАНЗИТОРНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ВЫДЕЛЯЮТ

1. элементы дисфории
2. признаки истерических расстройств
3. признаки растерянности и недоумения
4. элементы патологического аффекта
5. признаки апатии

8. ОСТРЫЕ ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА МОГУТ БЫТЬ

1. вариантами психических эквивалентов при эпилепсии
2. вариантом синдрома Марфана
3. вариантом опьянения психостимуляторами
4. следствием передозировки алкоголя
5. связаны со стрессом

9. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРЫХ ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1. не более месяца
2. до 3-х месяцев
3. более 3-х месяцев
4. до 6-ти месяцев
5. не имеет ограничения

10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРЫХ ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

1. с болезнью Альцгеймера
2. с органическими шизофреноподобными расстройствами
3. с простой формой шизофрении
4. с метафизической интоксикацией при шизофрении
5. с алкоголизмом

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациент А. 28 лет, месяц назад впервые поехал за границу, в Таиланд вместе с друзьями. Всю поездку, с его слов, присутствовало состояние тревоги, настороженности, был напуган новой страной, контрастом жизни богатых и бедных. Затем его друзья уехали в Россию, а он проделывал остаток путешествия в одиночестве, не зная иностранных языков, пытался общаться с местным населением, был напряжен, тревожен из-за того что его никто не понимает, возникло ощущение преследования, появилась уверенность, что эго хотят ограбить. Очень быстро собрался и покинул гест-хаус. Находясь в автобусе, обнаружил, что потерял паспорт и деньги, после чего возник дикий страх, что он пропадет в незнакомой стране. Прибыв в Бангкок, обратился в полицию, в течение нескольких дней ночевал на улице, при этом с его слов ни на минуту не сомкнул глаз, опасаясь за свою жизнь. Дождавшись документов из России и денег на обратную дорогу, вернулся в свой родной город, но и находясь дома, оставался настороженным, напряженным, утверждал, что все еще кто-то хочет его ограбить. Обратился за помощью к врачам. Направлен на стационарное лечение.

1. Перечислите симптомы;

2. Определите значение аффективных расстройств в клинической картине заболевания;

3. Определите предположительный диагноз;

4. Присутствуют ли показания для недобровольной госпитализации?;

5. Определите лечебную тактику.

**Эталон ответа**

1. Страх, тревога, острое чувство угрозы физическому и материальному благополучию, отсутствие сна, сужение сознания на определенных переживаниях, защита от мнимых преследователей со сменой места нахождения по бредовым мотивам.

2. Эмоциональное напряжение в ситуации языковой и социальной депривации спровоцировало развитие реактивного психотического состояния.

3. Острое транзиторное психотическое расстройство, параноидный синдром (реактивный паранои5).

4. Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для себя и окружающих, ухудшение состояния, если пациент окажется без психиатрической помощи (ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи…»).

5. Показано применение транквилизаторов и восстановление сна. Рекомендуется психотерапия для устранения остаточных симптомов страха, тревожности и формирования поведения, способствующего адаптации в кризисных ситуациях. Не рекомендуется назначение антипсихотиков и нейролептиков.

**Задача №2**

Пациент С. 32-х лет, последнее время находится в трудной жизненной ситуации. Психическое состояние изменилось на фоне конфликта с партнером и закрытием собственного предприятия.

На фоне бессонницы, связанной с постоянным обдумыванием и поисками выхода из сложившейся ситуации, появились непонятная мучительная тревога, явления дереализации и ложного узнавания. Актуализировались воспоминания давно забытых эпизодов, помимо воли, думал о пустяках. Наряду с наплывом мыслей появлялись ощущения «вытягивания», «чтения мыслей», чувство «внутренней раскрытости». Слышал голоса многих людей, преследовавших его, обвинявших в сложившейся ситуации. Считал, что окружающие изменили к нему отношение, предавал особое осуждающее значение их словам. Был госпитализирован в психиатрический стационар по направлению участкового психиатра.

1. Перечислите симптомы.

2. Определите значение аффективных расстройств в клинической картине заболевания.

3. Определите предположительный диагноз.

4. Присутствуют ли показания для недобровольной госпитализации?

5. Определите лечебную тактику.

**Эталон ответа**

1. Бессонница, тревога, психосенсорные расстройства, истинные слуховые галлюцинации, явления идеаторного психического автоматизма, идеи преследования, отношения, осуждения, суженность сознания на травмирующей ситуации;

2. Эмоциональное напряжение в ситуации конфликта, смены материального и социального положения, спровоцировало развитие реактивного психотического состояния;

3. Острое транзиторное психотическое расстройство. Галлюцинаторно-параноидный синдром (реактивный паранои5);

4. Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для себя и окружающих, ухудшение состояния, если пациент окажется без психиатрической помощи (ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи…»);

5. Показано применение транквилизаторов и восстановление сна. Рекомендуется психотерапия для устранения остаточных симптомов страха, тревожности и формирования поведения, способствующего адаптации в кризисных ситуациях. Не рекомендуется назначение антипсихотиков и нейролептиков.

**Задача №3**

Пациент С. 46-и лет, обратился к психиатру на значительное снижение настроения. Состояние изменилось поле смерти матери от тяжелого онкологического заболевания.

Беспокоят постоянные, навязчивые мысли о якобы имеющемся у него неизлечимого заболевания, что приводит к снижению настроения, подавленности. Пациент постоянно угрюмый, печальный, движения и речь его замедлены. Отмечаются повышенная утомляемость, нарушается сон, снизился аппетит. Больной чувствует себя опустошенным, его преследует чувство вины, что не помог матери. Данным об удовлетворительном соматическом состоянии не доверяет, считает обследование недостаточно тщательным. Испытывает тягостные ощущения передавливания, распирания внутри, слышит звучание своих мыслей в голове.

1. Перечислите симптомы.

2. Определите значение аффективных расстройств в клинической картине заболевания.

3. Определите предположительный диагноз.

4. Присутствуют ли показания для недобровольной госпитализации?

5. Определите лечебную тактику.

**Эталон ответа**

1. Выраженное снижение настроения, замедление речевой и двигательной активности, уверенность в наличии заболевания, идеи самообвинения, сенестопатии и элементы идеаторного психического автоматизма.

2. Эмоциональное напряжение в ситуации болезни и смерти матери спровоцировало развитие реактивного психотического состояния;

3. Острое транзиторное психотическое расстройство, депрессивно-параноидный синдром (реактивная депрессия);

4. Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для себя и окружающих, ухудшение состояния, если пациент окажется без психиатрической помощи (ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи…»);

5) Учитывая, что тяжесть депрессивного состояния значительно выражена, и психотерапия не поможет, показано применение антидепрессантов. Рекомендуются анксиолитики и транквилизаторы, коротким курсом, для купирования тревоги, для нормализации сна – снотворные.

**Задача №4**

Пациент М. 28 лет: при поступлении дезориентирован во времени в пределах нескольких дней, многоречив, подвижен, держится без дистанции, легко раздражается, грубит матери и персоналу. Рассказывает, что «работает на ФСБ», выполняет их задания, перегоняет машины с деньгами для ФСБ, за что получает свою долю. Информацию ему передают разными способами, через компьютер, телефон, вчера его показывали по телевизору. Влечения расторможены, говорит, что хочет «идти гулять с девочками», настроение повышенное. Мышление ускоренное, часто перескакивает с темы на тему. На отделении первое время сохранялись симптомы психомоторного возбуждения, повышенный фон настроения, был подвижен, раздражителен, дурашлив, режиму подчинялся с трудом. На фоне лечения психомоторное возбуждение было купировано, настроение выровнялось. При этом на первый план вышли галлюцинаторно-бредовые расстройства, расстройства мышления в виде резонерства, символизма. В беседах строил иерархическую цепочку «от Бога до бомжа», себя считал находящимся на уровне министра, своей функцией называл «присмотр» за людьми, рисовал какие-то графики, символы. Говорил, что способен общаться с Богом, слышит его «головой и сердцем». Считал, что в ПБ он находится со специальной целью, за ним постоянно наблюдают, проверяют, казалось, что в лампах установлены камеры слежения, за ним наблюдают с образа, висящего в палате, следят другие больные. Цель испытаний не называл, говорил, что следят «спецслужбы, а может что-то и выше», его руководители связываются с ним, общаются «через стены».

1. Перечислите симптомы;

2. Определите значение аффективных расстройств в клинической картине заболевания;

3. Перечислите признаки эндогенных расстройств;

4. Определите предположительный диагноз;

5 Присутствуют ли показания для недобровольной госпитализации?;

**Эталон ответа**

1. Нарушение ориентировки во времени, речевое и двигательное возбуждение, ускорение мышления до «скачки идей», идеи величия и особого значения, приподнятое настроение с элементами дурашливости, сексуальной расторможенности и дисфоричности, резонерство, символизм, слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи преследования и воздействия;

2. Маниакальный синдром с приподнятым настроением, ускоренным мышлением, идеями величия, с сексуальной и двигательной расторможенностью входит в структуру аффективно-бредового синдрома;

3. Резонерство, символизм, слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи преследования и воздействия;

4. Параноидная шизофрения. Аффективно-бредовый синдром;

5. Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для окружающих и ухудшение состояния, если пациент окажется без психиатрической помощи (ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача №5**

Пациент Т. при поступлении: продуктивному контакту недоступен. Напряжен, тревожен, на месте не удерживается, подвижен. Погружен в переживания, негативистичен, беседовать с врачом отказывается. Мышление разорванное. Постоянно разговаривает без собеседника. Создается впечатление о галлюцинаторной загруженности. Понятно лишь, что говорит что-то об американцах. Истощен, астенизирован, санитарно запущен. В отделении: первое время оставался подвижным, раздражительным, практически недоступным контакту из-за негативизма и выраженных расстройств мышления, разговаривал без собеседника, говорил о том, что его «давно уже должны были отправить в Америку… Кемпт-Дэвид над вами смеется…», говорил, о том, что американцы нуждаются в его помощи «с политической жизнью», рассказывал, что в слышит «голоса» членов политбюро, ЦК КПСС, американского правительства, которые ждут его помощи. Через форточку разговаривал с членом политбюро Медведевым, который просил его «помочь по политическим вопросам», считал, что тот с его помощью станет генеральным секретарем. Среди больных узнавал генералов КГБ, политиков. Считал, что в ПБ его «проверяют спецслужбы». В дальнейшем эти переживания отошли на второй план, галлюцинаторные расстройства не выявлялись, стал проявлять повышенный интерес к лицам противоположного пола, заявлял, что хочет жениться, но «три бабы» сговорились и поспорили между собой кто раньше с ним «переспит» и «теперь не подпускают» к нему других женщин. Обещал увести свою избранницу в Лондон, где у него миллионы фунтов на счету. Врачам обещал подарить по мерседесу, говорил, что получил 3 Нобелевские премии. При этом оставался неопрятным, безразличным к бытовым условиям, продуктивных занятий на отделении не имел, ни с кем не общался. Регулярно навещался матерью. Перед выпиской состояние оставалось стабильным. Галлюцинаторных расстройств не выявлялось. Бредовые идеи парафренного круга носили малосистематизированный характер и не отражались на поведении больного. Проявления дефицитарной симптоматики занимали основное место в клинической картине. Депрессии, тревоги нет. Суицидных, агрессивных тенденций не выявлялось. Сон и аппетит в норме. В удовлетворительном состоянии выписался домой на амбулаторное поддерживающее лечение.

1. Перечислите симптомы.

2. Определите значение аффективных нарушений в клинической картине заболевания.

3. Перечислите признаки эндогенных расстройств.

4. Определите предположительный диагноз.

5. Присутствуют ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Тревога, негативизм, разорванность мышления, речь по типу монолога, повышенная подвижность, раздражительность, слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи величия парафренного содержания, расторможенность влечений, отсутствие интереса к себе и сложившейся ситуации, непродуктивность деятельности, отсутствие связи между психотическими переживаниями и поведением;

2. Элементы маниакального синдрома со спонтанной речевой активностью по типу монолога, идеями величия, с сексуальной и двигательной расторможенностью входит в структуру парафренного бредового синдрома;

3. Резонерство, символизм, слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи преследования и воздействия, признаки эмоционально-волевого снижения по апато-абулическому типу;

4. Шизофрения, параноидная форма. Парафренный синдром. Апато-абулическое состояние;

5. Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для окружающих и ухудшение состояния, если пациент окажется без психиатрической помощи (ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи…»)

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при обследовании пациента основные симптомы шизофреноформных нарушений.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить регистр и основные клинические отличия выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Современные принципы классификации расстройств шизофренического спектра.
2. Этиология и патогенез реактивных состояний.
3. Клинические варианты и этапы развития реактивной депрессии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.59. **Тема:** «Шизотипическое расстройство».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям шизофреноформных и шизотипических личностных расстройств является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики шизотипических личностных расстройств.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и проявления шизотипических расстройств.

Уметь: выявлять основные симптомы и клинические особенности шизотипического расстройства.

Владеть: методами выявления и оценки клинических особенностей, характерных для шизотипического расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления шизотипического расстройства |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с современными подходами к диагностике шизотипического расстройства.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 30 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Эпидемиология шизотипического расстройства».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 90 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Шизотипическое расстройство — хроническое, медленно развивающееся заболевание шизофренического спектра, основными проявлениями которого являются невротические, ипохондрические, психопатоподобные, аффективные и невыраженные параноидные симптомы.

Расстройство встречается примерно у 3% популяции, немного чаще у мужчин. Среди пациентов психиатрических стационаров — примерно 4,1%. Больные шизотипическим расстройством часто встречаются среди близких родственников больных [шизофренией](https://wiki2.org/ru/%D0%A8%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D1%84%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F).

В России шизотипическое расстройство некоторые учёные рассматривают как «вялотекущую шизофрению» — термин, никогда не использовавшийся в западной психиатрии и отсутствующий в международной версииМКБ-10 (он упоминается только в русскоязычной, адаптированной её версии) и в DSM-5. Психиатры очень часто включают в рамки шизотипического расстройства пограничную симптоматику: к примеру, в книге А.Б. Смулевича «Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния» к малопрогредиентной шизофрении (синоним вялотекущей шизофрении) отнесён ряд [невротических](https://psyweb.global/database/knowledge/article-383-nevroz), астенических и [психопатических](https://psyweb.global/database/knowledge/article-526-rasstroystvo-lichnosti) состояний.

В отечественной версии МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, в пределах шизотипического расстройства выделяются:

- латентная шизофрения (F21.1),

- шизофренические реакции (F21.2),

- псевдоневротическая (неврозоподобная) (F21.3),

- псевдопсихопатическая (психопатоподобная) (F21.4)

- «бедная симптомами» шизофрения (F21.5).

Клинические проявления.

Шизотипическое расстройство проявляется исключительно симптомами невротического уровня. Расстройства мышления ограничиваются навязчивостями и сверхценными идеями и никогда не перерастают в бред. Иногда возникают сенестопатии (крайне необычные ощущения в теле, например - ощущение ползания под кожей червей), но отчетливых галлюцинаций выявить не удается. Колебания настроения также невыражены (субдепрессия, циклотимия). Обычно сохраняется понимание болезни (критик1), это становится причиной тягостных переживаний по поводу собственной неполноценности. Возникает чувство утраты своего прежнего Я (деперсонализация). Общение с окружающими (и близкими) часто не приносит облегчения, поскольку остается чувство взаимного непонимания. Нарастание негативных симптомов приводит к потере прежних связей, снижению продуктивности на работе. Со временем больные становятся спокойнее, равнодушны к своей болезни, свыкаются с ней, спокойно относятся к оформлению инвалидности. Полной апатии и бездеятельности не отмечается никогда, на фоне общей низкой продуктивности многие больные сохраняют несколько увлечений, которым уделяют все свое время (чтение, коллекционирование, изучение религиозной литературы, способы оздоровления, употребление алкоголя). В МКБ-10 шизотипическое расстройство рассматривается как диагноз, не рекомендуемый для частого использования; если прогрессировать болезни приводит к появлению отчетливых признаков психоза, диагноз следует поменять на одну из типичных форм шизофрении.

Принято выделять неврозоподобный и психопатоподобный варианты данного заболевания.

Неврозоподобный вариант проявляется симптомами, напоминающими невроз (обсессии, фобии, ипохондрия, субдепрессия, деперсонализация). В отличие от неврозов проявления болезни никак не связаны ни с психотравмирующей ситуацией, ни с преморбидными личностными особенностями. Они возникают спонтанно и нарастают со временем (прогредиентное течение). Внутренний конфликт носит философский (метафизический) характер, навязчивости отличаются алогичностью, часто пациенты боятся того, что никак не может случиться («кровь свернется в сосудах», «зубы провалятся в десну»). Характерны пассивная жизненная позиция, отказ от борьбы с болезнью, со временем все более очевидными становятся изменения личности, проявляющиеся аутизацией и равнодушием. Хотя негативные симптомы никогда не достигают степени слабоумия, большинство пациентов в конце концов нуждаются в оформлении инвалидности из-за отсутствия желания противостоять жизненным невзгодам.

Психопатоподобный вариант проявляется асоциальным поведением, расторможенностью влечений, нелепыми уходами из дома, странными увлечениями, немотивированной жестокостью и беспринципностью. В отличие от психопатии такое поведение никак не связано с воспитанием и отношениями в семье. Оно появляется после периода относительно благополучного развития в детстве. Больной начинает с ненавистью относиться к родителям. Порывает со всеми прежними друзьями, присоединяется к асоциальной компании, начинает употреблять наркотики и алкоголь. Лечение у нарколога не дает никаких результатов. Некоторые больные высказывают шокирующие человеконенавистнические, националистические, религиозные и философские идеи. По мере прогрессирования болезни их неуправляемость сменяется пассивностью, ленью, безразличием. У некоторых пациентов отмечаются короткие эпизоды психоза, которые трудно отличить от алкогольных и спровоцированных наркотиками.

Диагностические критерии.

Согласно МКБ-10 диагностика проводится на основании характерных признаков шизотипического расстройства:

1) неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;

2) поведение или внешний вид - чудаковатые, эксцентричные или странные;

3) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;

4) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;

5) подозрительность или параноидные идеи;

е) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

ж) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;

з) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;

и) эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Иногда оно выливается в четкую шизофрению. Точное начало трудно определить, а течение носит характер личностных расстройств. Чаще эти расстройства встречаются у лиц, генетически связанных с больными шизофренией и относятся, как считают, к части генетического «спектра» шизофрении.

Диагностические указания: диагностические рубрики (F21.1. и F21.2.) не рекомендуются для широкого использования, потому что их трудно отграничить от расстройств, наблюдаемых при простой форме шизофрении (F20.6хх), или от шизоидной или параноидной личностной патологии. Если же этот термин используется, то 3 или 4 из описанных типичных черт должны присутствовать постоянно или эпизодически по крайней мере в течение 2-х лет. У больного никогда в прошлом не должны быть признаки шизофрении. Наличие шизофрении у родственника первой степени родства говорит больше в пользу данного диагноза, но не является необходимой предпосылкой.

Включаются:

- латентная шизофрения;

- латентная шизофреническая реакция;

- неврозоподобная (псевдоневротическая) шизофрения;

- психопатоподобная (псевдопсихопатическая) шизофрения;

- «бедная симптомами» шизофрения;

- предпсихотическая шизофрения;

- продромальная шизофрения;

- пограничная шизофрения;

- шизотипическое личностное расстройство.

Исключаются:

- ипохондрическая шизофрения (F20.8хх1);

- сенестопатическая шизофрения (F20.8хх2);

- шизоидное личностное расстройство (F60.1);

- паранойяльная шизофрения с сенситивным бредом отношений (F22.03).

- паранойяльная шизофрения (F22.82);

- синдром Аспергера (F84.5).

F21.1 Латентная шизофрения

Включаются:

- предпсихотическая шизофрения;

- продромальная шизофрения.

F21.2 Шизофреническая реакция

F21.3 Псевдоневротическая

(неврозоподобная) шизофрения

F21.4 Псевдопсихопатическая

(психопатоподобная) шизофрения

Включаются:

- пограничная шизофрения.

F21.5 «Бедная симптомами» шизофрения

Следует отметить: данная форма проявляется преимущественно негативными симптомами. Психическая дефицитарность выражается на личностном уровне признаками нарастающего аутизма, сужением диапазона эмоциональных реакций, нюансировки межличностных отношений, снижением продуктивности деятельности, обеднением влечений и сопровождается явлениями так называемого «астенического дефекта» с вялостью, пассивностью, безынициативностью. Возможности социальной адаптации ограничиваются элементарным самообслуживанием, выполнением несложных профессиональных обязанностей, симбиотическим сосуществованием с родителями или опекунами.

F21.8 Шизотипическое личностное расстройство

F21.9 Неуточненное шизотипическое расстройство

Включается:

- шизотипическое расстройство БДУ.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Что такое – шизотипическое расстройство?
2. Какие психические нарушения относят к шизотипическому расстройству?
3. Перечислите основные клинические признаки шизотипического расстройства?
4. Какие клинические варианты данного заболевания выделяют?
5. Перечислите основные признаки неврозоподобного варианта.
6. Перечислите основные признаки психопатоподобного варианта.
7. Перечислите диагностические критерии шизотипического личностного расстройства.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. чудаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций
2. синдром Кандинского- Клерамбо
3. чередованием маниакальных и депрессивных фаз
4. приступами сумеречных нарушений сознания
5. выраженным дефектом личности по шизофреническому типу

2. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. невротические и психопатоподобные синдромы
2. признаки снижения энергетического потенциала
3. элементыутраты единства психических процессов
4. явления тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
5. нарушения мышления в форме разорванности

3. ДЛЯ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ХАРАКТЕРНО

1. навязчивости и сверхценные идеи, которые и никогда не перерастают в бред
2. навязчивости и сверхценные идеи, которые потом перерастают в бред
3. феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
4. обстоятельность
5. ускорение ассоциативного процесса

4. ДЛЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ХАРАКТЕРНО

1. невыраженные колебания настроения (субдепрессия, циклотимия)
2. неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций
3. раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
4. приступы дисфории
5. усиление апато-абулической симптоматики

5. ВНЕШНЕМУ ВИДУ БОЛЬНЫХ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ СВОЙСТВЕННЫ

1. чудаковатость и эксцентричность
2. замедленность или ускоренность пантомимики
3. «стальной» блеск глаз
4. активность вазомоторных реакций
5. неадекватная мимика

6. ОСНОВНЫМИ ВАРИАНТАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЮТСЯ

1. неврозоподобный и психопатоподобный
2. параноидный и ипохондрический
3. ктатонический и гебефренический
4. приступообразно-прогредиентный и рекуррентный
5. острый полиморфный и вялотекущий

7. ДЛЯ НЕВРОЗОПОДОБНОГО ВАРИАНТА ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРНО

1. наличие симптомов, напоминающих невроз (обсессии, фобии, ипохондрия, субдепрессия, деперсонализация)
2. развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики
3. развитие выраженных аффективных фаз
4. наличие онейроидных приступов
5. острое, внезапное начало

8. ДЛЯ НЕВРОЗОПОДОБНОГО ВАРИАНТА ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРНО

1. проявления болезни никак не связаны ни с психотравмирующей ситуацией, ни с преморбидными личностными особенностями
2. проявления болезни ассоциированы со стрессом
3. проявления болезни связаны с развитием аффективных фаз
4. проявления болезни сочетаются с галлюцинаторными расстройствами
5. отсутствие психотравмирующих ситуаций

9. ДЛЯ ДИНАМИКИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА СВОЙСТВЕННО

1. медленное течение с постепенным развитием изменений личности
2. глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
3. развитие галлюцинаторно-параноидной симптоматики
4. значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании)
5. присоединение амнестических расстройств

10. ПСИХОПАТОПОДОБНЫЙ ВАРИАНТ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. расторможенностью влечений, странными увлечениями, немотивированной жестокостью
2. приступообразным течением
3. ограничением позитивных расстройств, свойственными реактивным состояниям
4. явлениями реактивной лабильности
5. апато-абулическим состоянием

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Врач-психиатр призывной комиссии выявил у призывника 17-ти лет признаки субдепрессии с элементами деперсонализации, идеи философского и метафизического характера. Подросток ранее у психиатра не наблюдался. Дал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар.

1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар?

2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос.

3. Определите вид госпитализации.

4. Определите порядок госпитализации.

5. Как должна быть оформлена добровольная госпитализация?

**Эталон ответа**

1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются.

2. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар является необходимость проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы и согласие призывника на стационарное обследование.

3. Госпитализация добровольная.

4. Проводится по направлению врача-психиатра призывной комиссии.

5. Письменным согласием.

**Задача №2**

Молодой человек 30 лет, инженер. С раннего детства упорный, настойчивый. Высокого мнения о себе. Вместе с тем – подозрительный, считает, что окружающие завидуют ему, строят ему всевозможные козни. Уверен, что его проект забраковали из зависти. В случайно сказанных словах, вскользь брошенных взглядах усматривает подтверждение своих предположений. На «мнимое доброжелательство» коллег отвечает яркой враждебностью. Семьи и друзей не имеет. Увлечен идеями здорового образа жизни, предает им чрезмерное значение, оправдывает ими навязчивое соблюдение правил и ритуалов.

1. Перечислите признаки расстройства личности и эмоциональных нарушений;

2. Поставьте предположительный диагноз;

3. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства;

4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Упорство и настойчивость сочетающиеся с излишней самоуверенностью, подозрительность, недоверчивость, признаки дезадаптации в виде конфликтности, враждебности, сверхценных идей, навязчивостей и ритуалов;

2. Шизотипическое расстройство;

3. Психическое расстройство эндогенного уровня;

4. Не показано;

5. Возможно проведение психотерапии, при усилении психопатоподобных расстройств, рекомендовано назначение нейролептиков-корректоров поведения (тиоридазин, неулептил).

**Задача №3**

Больному 20 лет. Очень необщительный, замкнутый. Друзей не имеет. С детства склонен к уединенным мечтам и к занятиям отвлеченными вопросами, далекими от реальной жизни. Очень плохо сходится с людьми. Не может понять их настроения, затрудняется завязать простой непринужденный разговор. Много строит планов, но никак не может привести их в исполнение. Живет мечтами, грезами, беспомощен в реальной жизни.

1. Перечислите признаки расстройства личности и эмоциональных нарушений;

2. Поставьте предположительный диагноз;

3. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства;

4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Необщительность, замкнутость, трудности в общении с окружающими, элементы аутистичности, признаки дезадаптации в виде беспомощности и несостоятельности в реальной жизни, а так же непродуктивная мечтательность.

2. Шизотипическое расстройство.

3. Психическое расстройство эндогенного уровня.

4. Не показано.

5. Возможно проведение психотерапии, при ухудшении психического состояния, рекомендовано назначение антипсихотических препаратов и смена диагноза в зависимости от клинической картины расстройств.

**Задача №4**

Девушка 19 лет, воспитывалась мамой и бабушкой в условиях гиперопеки и повышенной требовательности, неуверенная в себе, склонная к сомнениям и осторожности. Стремится все делать «по правилам», «как положено». Чрезмерно добросовестная, педантичная, скрупулезная. Любит, чтобы ее похвалили за успешную работу, даже выполненную, в ущерб собственным интересам. Хочет, чтобы и другие делали все так, как считает правильным она. Испытывает значительные трудности в общении со сверстниками, выглядит странной, чудаковатой.

1. Перечислите признаки расстройства личности и эмоциональных нарушений;

2. Поставьте предположительный диагноз;

3. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства;

4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Воспитание в неблагоприятных условиях гиперопеки и повышенной требовательности, неуверенность в себе, склонность к сомнениям и осторожности, сочетающиеся с чрезмерной скрупулезностью, педантичностью, признаки дезадаптации в виде стремления делать всё по правилам и как положено, ведущее в обычной жизни к резкому ограничению спонтанности, непосредственности и эмоциональной позитивности, социальная отгороженность, странность, чудаковатость.

2. Шизотипическое расстройство, требующее дифференциальной диагностики с ананкастным расстройством личности.

3. Возможно, это вариант краевой психопатии (патохарактерологическое развитие из-за неблагоприятных условий воспитания).

4. Не показано.

5. Возможно проведение психотерапии.

**Задача №5**

На судебно-психиатрическую экспертизу поступил испытуемый 22 лет, обвиняемый в краже. Воспитывался в неблагополучной семье, рос в условиях безнадзорности и материального недостатка. С детства отличался непоседливостью, в школе постоянно нарушал дисциплину. На уроках все время отвлекался, на замечания учителей не реагировал. Был постоянно в движении, в приподнятом настроении. Закончил только 6 классов, хотя по умственному развитию от сверстников не отставал. Часто меняет место работы. Увольняется либо сам, либо его увольняют за небрежность в работе. В последнее время попал под влияние асоциальной компании, высказывает симпатии к скинхедам и нацистам, демонстративно одобряет их идеи и жестокость.

1. Перечислите признаки расстройства личности и эмоциональных нарушений.

2. Поставьте предположительный диагноз.

3. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.

4. Является ли данный пациент невменяемым?

5. Будет ли освобожден от уголовной ответственности?

**Эталон ответа**

1. Воспитание в неблагоприятных условиях безнадзорности и материальных лишений, гиперподвижность, невнимательность, недисциплинированность, небрежность, аутохтонно приподнятый фон настроения, признаки дезадаптации в виде выраженного нарушения трудоспособности и склонности к асоциальному образу жизни, демонстративной жестокости.

2. Диссоциальное (антисоциальное) расстройство личности, требующее дифференциальной диагностики с шизотипическим расстройством.

3. Краевая психопатия.

4. Данный пациент является вменяемым.

5. Подлежит уголовной ответственности.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при обследовании пациента основные симптомы шизотипического расстройства.
2. Уметь описать выявленные нарушения.
3. Уметь определить регистр выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Шизотипическое расстройство. Особенности клинической диагностики.
2. Судебно-психиатрическая экспертиза шизотипического расстройства.
3. История развития учения о расстройствах личности. Значение трудов Ганушкина П.Б.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.60. **Тема:** «Шизоаффективный психоз».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Умение грамотно и точно давать дифференцированную оценку основным проявлениям шизоаффективного психоза является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с шизоаффективными расстройствами.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и клинических проявлений шизоаффективного психоза.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы шизоаффективного психоза.

Владеть: методами выявления и оценки клинических особенностей, характерных для шизоаффективных расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основных признаков и клинических особенностей шизоаффективного психоза |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с современными подходами к диагностике клинических вариантов шизоаффективных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Генетика шизоаффективных расстройств».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Шизоаффективный психоз — это непрогредиентное эндогенное психическое заболевание с относительно благоприятным прогнозом, периодически возникающими приступами, в картине и динамике которых одновременно сосуществуют или последовательно развиваются циркулярные аффективные расстройства (депрессивные, маниакальные, смешанные) эндогенного характера и не выводимые из аффекта свойственные шизофрении психотические симптомы (бредовые, галлюцинаторные).

На современном уровне психиатрических знаний содержание любого определения шизоаффективного психоза как самостоятельного эндогенного психоза является условным и дискуссионным. До настоящего времени нет общепринятых дефиниций, характеризующих клиническую сущность этого заболевания. Ссылка на то, что шизоаффективные психозы объединяют признаки двух болезней — шизофрении и аффективных психозов, определяет лишь их отнесение к группе эндогенных психозов, но не их положение в систематике эндогенных психических заболеваний.

**Этиология и патогенез**

Этиологически шизоаффективные расстройства могут рассматриваться как результат взаимодействия двусторонней генетической отягощенности по шизофрении и аффективным расстройствам. Существуют, однако, указания на генетическую самостоятельность этих расстройств, их тяготение к пикническому конституциональному полюсу. Фактор периодичности сближает данные расстройства с эпилепсией, это подтверждается и данными ЭЭГ: у некоторых больных отмечается пароксизмальная активность в правой (недоминантной) височной области и диэнцефальной области.

Распространенность

Заболеваемость варьирует в зависимости от нозологической ориентации, но меньше, чем при шизофрении и аффективных расстройствах.

**Диагностические критерии**

Критерии, на которых основывается выделение шизоаффективного психоза, наиболее полно сформулированы в МКБ-10. Согласно последней, шизоаффективный психоз рассматривается не как «заболевание», а как «эпизодические (приступообразные) расстройства» (т.е. состояния), при которых представлены и аффективные, и шизофренические симптомы, перечисленные в диагностических указаниях к F20 (шизофрения), наблюдающиеся одновременно или последовательно в течение нескольких дней, во время одного и того же приступа, когда картина приступа не отвечает ни критериям шизофрении, ни критериям маниакально-депрессивного эпизода.

В одном из авторитетных исследований последнего десятилетия, проведенном A.Marneros, понятие шизоаффективного психоза также приравнивается к понятию шизоаффективных расстройств и определяется как психопатологический синдром, в констелляции симптомов которого одновременно или последовательно наблюдаются как шизофренические, так и меланхолические или маниакальные признаки.

В DSM-IV-TR для диагностики шизоаффективного расстройства введены дополнительные уточняющие параметры, позволяющие относить к шизоаффективным психозам лишь те проявления, при которых:

1) в течение длительного периода заболевания должны одновременно наблюдаться отчётливые аффективные расстройства (депрессивные, маниакальные, смешанные) и психопатологические симптомы, обязательные для диагноза шизофрении;

2) типичные для шизофрении бред или галлюцинации в чистом виде (т.е. без наличия выраженных аффективных расстройст3), продолжающиеся не менее 2 нед, должны определять состояние больного;

3) симптомы аффективных расстройств должны занимать значительный период времени в общей длительности шизоаффективного психоза, в его активной и резидуальной стадиях;

4) указанные психопатологические явления не должны быть следствием воздействия каких-либо токсических веществ и лекарств или соматоорганических заболеваний.

Несмотря на такую относительную детализацию критериев диагностики шизоаффективных психозов, их нозологическое выделение в учебных руководствах многих стран остается неопределенным и диагностика традиционно проводится в рамках или аффективных, или шизофренических заболеваний. Тем не менее на сегодняшний день очевидно, что среди эндогенных психозов существует группа заболеваний, психопатологические проявления, течение и исходы которых отличаются клиническим своеобразием и не позволяют диагностировать их в рамках традиционного дихотомического деления эндогенных психозов E.Kraepelin на шизофрению и маниакально-депрессивный психоз. Существующая неоднозначная нозологическая, синдромологическая и феноменологическая трактовка шизоаффективного психоза позволила P.J.Clauton и B.Petho оценить его как «нозологический парадокс» и называть «крестом исследователей функциональных психозов».

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РАЗНОВИДНОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Шизоаффективный психоз является длительно текущим заболеванием. Он развивается в виде приступов, для клинической картины которых характерно сочетание свойственных аффективному психозу циркулярных аффективных расстройств и характерных для шизофрении бредовых симптомов. В клинической картине и динамике приступа отмечается несколько этапов, отражающих чередование расстройств разного психопатологического уровня: этап циркулярных аффективных расстройств сменяется периодом формирования аффективного бреда, а на следующей стадии происходит видоизменение циркулярного аффекта в бредовой с развитием неаффективных бредовых синдромов, которые на одном из этапов вытесняют аффективные. Реже аффективные и бредовые расстройства сосуществуют в картине заболевания.

На этапе развернутых бредовых расстройств состояние больных обычно отличается остротой и их, как правило, госпитализируют, тогда как остальные стадии болезни могут протекать амбулаторно. Манифестация психоза возможна как в подростково-юношеском (до 18 лет), так и в зрелом возрасте, в том числе и в период инволюции. Манифестные шизоаффективные приступы в течение заболевания могут рецидивировать или сменяться приступами аффективной структуры и перемежаться ремиссиями с остаточной аффективной и бредовой симптоматикой (или без нее) и относительно сохранной социально-трудовой адаптацией. В целом характерно благоприятное течение заболевания без заметной прогредиентности, при котором не обнаруживаются личностные сдвиги с формированием грубых негативных изменений, а тем более шизофренического дефекта. Чаще отмечается лишь заострение преморбидных личностных особенностей.

В динамике шизоаффективного психоза как заболевания можно выделить доманифестный этап, манифестные приступы и перемежающие их ремиссии. Характеристика неаффективных бредовых расстройств в приступе и особенности бредообразования в наибольшей степени отражают клинический прогноз болезни и определяют ее форму. Каждому из бредовых синдромов в приступе соответствуют предпочтительные полюс и тип аффективных расстройств.

Депрессивно-параноидные приступы обыкновенно манифестируют сниженным настроением, к которому присоединяются бредовые идеи самообвинения, идеи отравления, заражения СПИДом, раком или иным неизлечимым заболеванием. На высоте приступа возможен депрессивный ступор или депрессивный онейроид с погружением в глубины ада. Вероятны включения симптомов первого ранга, свойственных для шизофрении, например симптома открытости мыслей, слуховых императивных галлюцинаций. Идеи всеобщего разрушения и разложения (бред Котара, нигилистический бре5), вечной греховности (синдром Агасфер1) и ипохондрический бред могут завершаться депрессией.

Экспансивно- (маниакально-) параноидные приступы могут манифестировать с экспансивного или маниакального аффекта, уменьшения продолжительности сна и безудержного веселья и сопровождаются идеями величия (экспансивной парафренией), идеями гипнотического, психоэнергетического или аппаратного воздействия на мысли, поведение, чувства и побуждения. На высоте психоза возможны онейроидные включения космического содержания, магический бред и изменение темпа течения времени. Выход из психоза может сопровождаться гипоманией.

При смешанных состояниях отмечаются колебания аффекта от гипоманиакального и маниакального до депрессивного с амбивалентным (манихейским) бредом, в содержание которого вплетены борьба сил добра и зла с соответствующими позитивными и негативными слуховыми галлюцинациями, которые носят противоречивый и взаимоисключающий характер. Смешанные состояния также могут характеризоваться чередованием депрессивно-параноидных и экспансивно-параноидных расстройств по типу психозов счастья - страха.

Продолжительность психоза - не менее 2 недель. В интермиссии признаки эмоционально-волевого дефекта обычно отсутствуют, но после острого психоза некоторое время могут сохраняться либо шизофренические, либо аффективные симптомы.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение шизоаффективного психоза.

2). Назовите современные подходы к оценке этиологии и механизмов развития шизоаффективных расстройств.

3). Какие основные группы шизоаффективных расстроиств Вам известны?

4). Каковы критерии диагностики шизоаффективного психоза?

5). Назовите особенности течения шизоаффективных расстройств.

6). Чем характеризуется маниакальный тип шизоаффективного психоза?

7). Чем характеризуется депрессивный тип шизоаффективного психоза?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ШИЗОАФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. периодически возникающими приступами аффективных расстройств с психотическими симптомами
2. синдром Кандинского – Клерамбо
3. чередованием маниакальных и депрессивных фаз
4. приступами сумеречных нарушений сознания
5. выраженным дефектом личности по шизофреническому типу

2. ЦИРКУЛЯРНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ДЕПРЕССИВНЫЕ, МАНИАКАЛЬНЫЕ, СМЕШАННЫЕ) ЭНДОГЕННОГО ХАРАКТЕРА И НЕ ВЫВОДИМЫЕ ИЗ АФФЕКТА СВОЙСТВЕННЫЕ ШИЗОФРЕНИИ ПСИХОТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (БРЕДОВЫЕ, ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЕ) РАЗВИВАЮТСЯ

1. в рамках шизоаффективного психоза
2. в рамках биполярного аффективного расстройства
3. раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
4. при утяжелении течения реактивных сотояний
5. в рамках циклотимии

3. НА ЭТИОЛОГИЧЕСКУЮ БЛИЗОСТЬ ШИЗОАФФКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ К ЭПИЛЕПСИИ УКАЗЫВАЮТ

1. пароксизмальная активность в правой (недоминантной) височной области и диэнцефальной области на ЭЭГ
2. выраженность дисфорических расстройств в структуре смешанных аффективных фаз
3. наличие генерализованной пароксизмальной активности на ЭЭГ
4. заострение черт личности по эпилептоидному типу в динамике заболевания
5. генетическая предрасположенность

4. ТИП ТЕЧЕНИЯ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА:

1. эпизодический (приступообразный)
2. приступообразно-прогредиентный
3. злокачественный
4. острый полиморфный
5. вялотекущий

5. ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ БРЕД ИЛИ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ В РАМКАХ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

1. на высоте приступа выявляются без аффективных расстройств
2. на высоте приступа сочетаются с аффективной симптоматикой
3. на высоте приступа сочетаются с расстройствами сознания
4. на высоте приступа сочетаются с неврозоподобными нарушениями
5. на высоте приступа сочетаются с психопатоподобной симптоматикой

6. ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ БРЕД ИЛИ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ В РАМКАХ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

1. продолжаются не менее 2 нед. и определяют состояние больного
2. наблюдаются в продолжении всего приступа
3. возникают эпизодически и не влияют на состояние больного
4. развиваются в начале и в конце каждой аффективной фазы
5. продолжаются менее 1 недели

7. ДЛЯ ИСХОДА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ХАРАКТЕРНО

1. сохранность социально-трудовой адаптации
2. значительное снижение социально-трудовой адаптации
3. личностные сдвиги с формированием грубых негативных изменений
4. отсутствие отчетливых ремиссий
5. редукция аффективных фаз

8. ДЛЯ ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНЫХ ПРИСТУПОВ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ХАРАКТЕРНО

1. манифестация сниженным настроением, к которому присоединяются бредовые идеи самообвинения, идеи отравления, заражения СПИДом, раком или иным неизлечимым заболеванием
2. полное отсутствие симптомов первого ранга, свойственных для шизофрении, например симптома открытости мыслей
3. позднее развитие психоорганических расстройств
4. присоединение бредовых идей малого размаха (материального или морального ущерб1)
5. кратковременные эпизоды нарушения сознания в форме делирия

9. НА ВЫСОТЕ ЭКСПАНСИВНО- (МАНИАКАЛЬНО-) ПАРАНОИДНОГО ПРИСТУПА ПРИ ШИЗОАФФЕКТИВНОМ ПСИХОЗЕ

1. возможны онейроидные включения космического содержания, магический бред и изменение темпа течения времени
2. характерно полное отсутствие идей гипнотического, психоэнергетического или аппаратного воздействия на мысли, поведение, чувства и побуждения
3. отмечается позднее развитие психоорганических расстройств
4. отмечается присоединение бредовых идей малого размаха (материального или морального ущерб1)
5. возможны кратковременные эпизоды нарушения сознания в форме делирия

10. СМЕШАННЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ШИЗОАФФКТИВНОМ ПСИХОЗЕ МОГУТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ

1. чередованием депрессивно-параноидных и экспансивно-параноидных расстройств по типу психозов счастья - страха
2. отсутствием бредовых расстройств
3. отсутствием симптомов первого ранга
4. развитием выраженного дефекта личности
5. развитием парциального слабоумия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Мать больной покончила самоубийством. В настоящее время у больной хорошее настроение, сексуально расторможена, говорит только о мужчинах, гулянках, двусмысленно острит. Ранее, отмечался достаточно длительный эпизод с идеями величия фантастического содержания и уверенностью, что может передавать мысли и управлять людьми на расстоянии.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите основные синдромы.
3. Установите диагноз заболевания
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Аутохтонное повышение настроения, ускорение двигательной и речевой активности, расторможенность влечений, экспансивные бредовые идеи фантастического содержания, психические автоматизмы (идеаторные).

2. Маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип.

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. Отмечается характерная аффективная симптоматика до и после эпизода параноидных расстройств с элементами психического автоматизма.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**Задача №2**

У больной в течение месяца отмечалось плохое настроение; не хотелось ничего делать, выходить из дома. Последнее время присутствует уверенность в наличии неизлечимого заболевания, возникшего по причине воздействия на организм со стороны разрушающих лучей, ощущает их воздействие на себе, считает, что окружающие слышат ее мысли.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите основные синдромы.
3. Установите диагноз заболевания
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Эпизод патологического снижения настроения, симптом открытости мыслей, элементы психического автоматизма (сенестопатический и идеаторный), ипохондрические расстройства с идеями воздействия.

2. Депрессивный синдром с эпизодом развернутого параноидного синдрома ипохондрического содержания.

3. Вероятно развитие депрессивного типа шизоаффективного психоза.

4. Одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. В клинической картине отмечается характерная смена аффективной симптоматики на параноидную. Подтвердят диагноз – отсутствие признаков дефекта личности по шизофреническому типу.

5. Психофармакотерапия –атипичные антипсихотики, антидепрессанты, нормотимики.

**Задача №3**

Пациентка М., 27 лет. Впервые заболела после родов. Снизилось настроение, тревожилась, что ее не заберут из роддома, что нечто страшное случилось с ребенком. Возникали мысли о смерти, не могла спать и отказывалась от еды. Испытывала чувство вины. После выписки из роддома внезапно настроение изменилось, решила, что является следующим воплощением царицы Зои.

Требовала по отношению к себе исключительных почестей. Рисовала генеалогию, доказывающую подобную генетическую связь. Считала, что ее ребенок фактически является наследником Императора, не подпускала к нему никого. Фон настроения был гипоманиакальным с экспансивным оттенком. Бралась за множество дел, но быстро истощалась. После терапии нейролептиками в сочетании с литием состояние полностью нормализовалось.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите основные синдромы.
3. Установите диагноз заболевания
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Послеродовый период, тревога, гипотимия, суицидальные тенденции, идей виновности, анорексия, смена аффективного состояния с аутохтонным повышением настроения, ускорением двигательной и речевой активности, экспансивными бредовыми идеями фантастического содержания.

2. Манифестация приступа проходит с тревожно-депрессивной симптоматикой и последующей инверсией аффекта на маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип. Требуется дифференциальная диагностика с послеродовым психозом (Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках, F53.1).

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. Заболевание начинается с измененного аффекта, который сопровождает продуктивные симптомы шизофрении и завершается вместе с ними.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**Задача №4**

Пациентка А. была госпитализирована в психиатрический стационар со снижением настроения. Плакала и жаловалась на неудачную жизнь, испытывала чувство вины за то, что плохо смотрит за сыном. Тоска иногда внезапно сопровождалась тревогой с моторным беспокойством. Это состояние внезапно перешло в противоположное. После чтения книги из истории Франции решила, что она на самом деле Жозефина и возлюбленная Наполеона. Разрезав занавески, сшила себе хитон, в котором выходила на прогулку. Речь была ускоренной, с тематическими соскальзываниями. После купирования состояния периодические гипомании следуют весной и осенью.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите основные синдромы.
3. Установите диагноз заболевания
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, тоска, тревога с моторным беспокойством, идеи виновности, смоуничижения, смена аффективного состояния с аутохтонным повышением настроения, ускорением двигательной и речевой активности, экспансивными бредовыми идеями фантастического содержания.

2. Манифестация приступа проходит с тревожно-депрессивной симптоматикой и последующей инверсией аффекта на маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип.

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. заболевание начинается с измененного аффекта, сопровождающего продуктивные симптомы шизофрении, после завершения которых продолжает фиксироваться измененный аффект.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**Задача №5**

Пациент К., 29 лет. Характерологические особенности до начала заболевания отсутствуют. Работал рабочим на мебельной фирме. Психическое состояние стало меняться с повышения настроения. Стал ходить в секту самаджи, часами медитировал, ощущал открытие третьего глаза. Был госпитализирован из сарая, где жил в спартанских условиях рядом со своим домом. Уверял, что нужно пить воду только из реки, но не пользоваться водопроводом, в рацион включал исключительно яблоки и капусту, от остальной еды отказывался. Стал ощущать на себе воздействие космической энергии. Надевая одежду, требовал окуривать ее сандалом для защиты энергии. Утверждал, что жениться ему рано, так как он должен достичь просветления и объединения с высшей силой. В отделении заметил, что может лечить людей наложением рук, что вылечил пациента, якобы страдающего раком, который подарил ему Библию.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите основные синдромы.
3. Установите диагноз заболевания
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Аутохтонное повышение настроения, экспансивные бредовые идеи фантастического и религиозного содержания, психические автоматизмы.

2. Маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип.

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. Подтвердит диагноз – отсутствие признаков дефекта личности по шизофреническому типу.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения аффективные нарушения и расстройства, характерные для шизофрении.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить регистр и основные клинические отличия выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Генетика и ее значение в развитии шизоаффективных расстройств.
2. Особенности ЭЭГ у пациентов с шизоаффективным психозом.
3. Современные подходы к диагностике шизоаффективного психоза.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.61. **Тема:** «Клинические проявления и разновидности течения шизоаффективного психоза».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Умение грамотно и точно давать дифференцированную оценку основным проявлениям различных клинических вариантов шизоаффективного психоза, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с различными клиническими вариантами шизоаффективного психоза.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и проявлений различных клинических вариантов шизоаффективных расстройств.

Уметь: выявлять основные синдромы и клинические варианты шизоаффективных расстройств.

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств, характерных для разных клинических вариантов шизоаффективного психоза.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических вариантов шизоаффективных расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление этиологическими и патогенетическими подходами к диагностике шизоаффективных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза шизоаффективных расстройств».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме. |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

При оценке клинической картины шизоаффективного психоза необходимо учитывать то, что обе части симптомов при этой болезни возникают одновременно.

По тому, какой аффект преобладает во время приступов, выделяют:

1) маниакальный тип;

2) депрессивный тип;

Смешанный тип (один приступ с маниакальным аффектом, другой с депрессивным или более сложное чередование, либо когда сам аффект носит характер смешанного, как описывалось в разделе общей психопатологии).

Есть также варианты приступов, в зависимости от характера второй составляющей.

1. Аффективно-бредовые приступы. При сочетании с депрессивным аффектом бред чаще представлен идеями осуждения («Это все мне неспроста, ох, грехи мои тяжкие, ох, шакал я, шакал…»), преследования («Вот, все и так погано, так еще и контрразведка подключилась, двое рядом в автобусе и еще четверо на служебных „окушках“«), отношения («Все на меня глядят, как Ленин на буржуазию, скоро начнут апрельские тезисы выдвигать»). Маниакальный аффект обычно сочетается с идеями другого рода: реформаторства (нужна очень тонкая грань с особенностями думского законотворчеств1), изобретательства (очередной ремейк вечного двигателя либо летающей тарелки), любовным бредом («Узнайте же благую весть — я вас люблю, и мы будем категорически счастливы, и пофигу, что у вас любящий муж и двое детей, — вы еще не познали взрыв сверхновой в моих чувствах!»). На высоте приступа идеи редко, но могут носить совершенно фантастический характер с космическим масштабом, в этом случае можно говорить о парафренном синдроме.

2. Аффективно-галлюцинаторные приступы. Это чаще всего сочетание депрессивного аффекта и слуховых галлюцинаций угрожающего характера, под стать настроению. Галлюцинации могут быть как комментирующими, так и императивными (то есть теми, которые приказывают, что уже совсем нехорошо и является абсолютным показанием к неотложной госпитализации). Плюс бред — здесь он, в отличие от такового при аффективно-бредовом приступе, вторичный, чувственный, навеянный депрессивным аффектом и галлюцинациями. Нередок вариант антагонистического бреда (наслушавшись голосов, пациент решает, что он находится в центре борьбы двух противоположных сил: добра и зла, эльфов и гоблинов, народа и правящей верхушки).

3. Аффективные приступы с синдромом Кандинского-Клерамбо. Здесь с аффектом сочетается триада симптомов: псевдогаллюцинации (те, что звучат в голове), бред (преследования, воздействия) и явления психического автоматизма: идеаторного (когда управляют мыслями и эмоциями, вплоть до вкладывания нужных и отъятия неугодных), моторного (управляют движениями) и сенсорного (управляют органами чувст3). Причем, если аффект маниакальный, то управляющие силы мнятся добрыми, божественными (ну или, как вариант, — добрые самаритяне-инопланетяне), а если депрессивный — то злыми и варьируют от демонов ада до соседей сверху с особым прибором.

В клинической картине каждого приступа сочетание аффективных и параноидных симптомов может отличаться и по продолжительности, и по степени выраженности. В зависимости от этого различают аффектдоминантную и шизодоминантную формы.

**Аффектдоминантная форма**

Варианты заболевания, отнесенные к аффектдоминантной форме, в основном соответствуют понятию шизоаффективного психоза как нозологически самостоятельного заболевания. Картина типичных вариантов шизоаффективного приступа при аффектдоминантной форме характеризуется наряду с аффективными расстройствами развитием неаффективного бреда по типу острого чувственного бреда в его психопатологически различных вариантах — от бреда восприятия до бреда воображения. При этом картина бредовых расстройств соответствует хотя бы одному диагностическому критерию шизофрении в МКБ-10. Конкретные их проявления имеют разную клиническую значимость для оценки дальнейшего течения и прогноза болезни. Соотношение собственно бредовых и аффективных расстройств (по длительности) в картине одного шизоаффективного эпизода при аффектдоминантной форме составляет в среднем 1:20.

Заболевание развивается чаще у лиц с шизоидными чертами, степень выраженности которых носит характер акцентуации, реже — достигает психопатического уровня. Доманифестные (продромальные) проявления обнаруживаются за много лет до манифестации заболевания шизоаффективным приступом. На продромальных этапах заболевания, обычно в возрасте 10—12 лет, отмечаются проявления реактивной лабильности в виде депрессивных реакций в ответ на эмоционально значимые психогении. У некоторых больных на доманифестном этапе, продолжающемся несколько лет, с годами формируются депрессии эндореактивной структуры. За 2—3 года до манифестации шизоаффективного психоза тяжесть аффективной симптоматики начинает нарастать вследствие углубления, эндогенизации и витализации депрессий. Появляются преимущественно биполярные аффективные фазы, иногда сдвоенные. При этом первой в их серии и более глубокой, как правило, бывает депрессия, но иногда возможно преобладание и маниакальных расстройств. Нарушений социально-трудовой адаптации на доманифестном этапе не отмечается.

Манифестный шизоаффективный приступ при аффектдоминантной форме развивается в большинстве случаев после экзогенной провокации (психогенной, соматогенной), реже — аутохтонно. В его динамике наиболее отчетливо представлены характерные этапы, сменяющие друг друга и составляющие особенности присущего ему стереотипа развития расстройств — аффективных, аффективного бреда, бредовых неаффективных и вновь аффективных на этапе обратного развития расстройств в приступе. Длительность аффективных расстройств в манифестных состояниях варьирует от 1,5 мес до 3 лет (в среднем — более 6 мес), а бредовых расстройств — от 2 дней до 3 нед (в среднем 2 не5).

Картина аффектдоминантного шизоаффективного приступа может проявляться в разных вариантах и определяется особенностями острого чувственного бреда: острым бредом восприятия, наглядно-образным или интеллектуальным бредом воображения.

**Шизодоминантная форма**

По клиническим особенностям шизодоминантная форма шизоаффективного психоза наименее соответствует строгим рамкам его определения как нозологически самостоятельного заболевания. Клинико-психопатологические проявления ее также зависят от особенностей бредовых синдромов в структуре шизоаффективного приступа. Но их клинико-психопатологическая структура определяется смешанными механизмами бредообразования.

Общей особенностью формирования бредовых расстройств при шизодоминантной форме является представленное в разных соотношениях участие проявлений острого чувственного бреда и тенденций к идеаторной разработке бредовых построений. В этих случаях преобладает более глубокий, параноидный, регистр психопатологических симптомов с развитием на высоте психотического состояния признаков острого синдрома Кандинского —Клерамбо, описанных В.И.Дикой и И.Ю.Никифоровой. В динамике приступов при шизодоминантной форме не обнаруживается столь четкого чередования этапов аффективных расстройств, аффективного бреда и собственно бредовых синдромов, нередко они как бы наслаиваются друг на друга и сосуществуют одновременно, определяя полиморфизм психопатологических проявлений.

В отличие от аффектдоминантной формы собственно аффективные расстройства в картине манифестного шизодоминантного состояния обычно менее продолжительны (не более 1—3 не5). Но период собственно бредовых расстройств здесь более длительный, превышает 3—4 нед. Шизофренические симптомы представлены при шизодоминантной форме в большем объеме и не менее чем двумя признаками из обязательных диагностических критериев шизофрении (по МКБ-10). Общая длительность шизодоминантного шизоаффективного приступа 4—6 мес. Соотношение аффективных и шизофренических (бредовых) расстройств в картине такого шизоаффективного состояния в среднем 1,5:1.

Заболевание в рамках шизодоминантной формы развивается также у лиц шизоидного склада. Последний расценивается чаще как психопатический или псевдопсихопатический и отличается мозаичностью структуры и наличием черт образцовости и эмоциональной дефицитарности.

В доманифестном периоде уже с пубертатного возраста обнаруживается заострение преморбидных свойств на фоне биполярных аффективных расстройств с затяжным (до 6 мес) течением фаз и атипией их проявлений: депрессии протекают с утратой побуждений, нарастанием заторможенности, а мании — лишь с повышением общей активности без компонента веселья и радости. За 1,5—2 года до манифестации болезни усиливается тяжесть проявлений аффективных расстройств. В картине депрессий наряду с их витализацией возникают преходящие идеи малоценности, сверхценные ипохондрические расстройства, склонность к алкоголизации. В маниях преобладают психопатоподобное поведение с расторможением влечений, элементы дурашливости, эйфории.

Незадолго до манифестации психоза глубина и выраженность аффективных расстройств заметно нарастают. В депрессиях иногда усиливается заторможенность, в маниях — психопатоподобные нарушения. Иногда на высоте мании возникают сверхценные образования, неразвернутые и кратковременные аффективно-бредовые расстройства, эпизоды деперсонализации, отдельные ассоциативные автоматизмы. В картине аффективных расстройств можно обнаружить отдельные параноидные включения, единичные идеи отношения, оклики, эпизоды тревоги. Характерны сдвоенные, строенные фазы или наблюдается континуальная смена фаз.

Манифестный шизодоминантный шизоаффективный приступ развивается, как правило, аутохтонно, реже — после соматогений. Его клинические проявления и прогноз определяются бредовыми расстройствами. В этих случаях приступ протекает по типу параноидного психоза (острого синдрома Кандинского — Клерамбо). Разные синдромальные картины таких расстройств определяют клинические варианты шизодоминантной формы. Они различаются механизмами бредообразования и развиваются в картине острого параноида с элементами интерпретативного бреда или в структуре наглядно-образного бреда с элементами интерпретации, или с участием острого (несистематизированного) интерпретативного бреда с элементами чувственного бреда.

**Лечение**

Основной вид терапии шизоаффективного психоза — применение нейролептических средств с выраженным антипсихотическим эффектом действия в комбинации с [антидепрессантами](http://www.psyportal.net/420/antidepressantyi/) (при депрессии) или нормотимиками (при преобладании маниакального аффект1). Наиболее часто используемыми нейролептиками являются аминазин (до 300 мг/сут), трифтазин или этаперазин (до 25-35 мг/сут), галоперидол (до 15-20 мг/сут) при одновременном назначении корректоров (циклодол — 12-20 мг/сут), лепонекс (до 300 мг/сут), клопиксол-акуфаз (50 мг внутримышечно через день в течение двух-трех недель), клопиксол-депо (100- 200 мг внутримышечно один раз в три-четыре недели). К этим препаратам при наличии депрессивного аффекта в структуре приступа присоединяют противотревожные [антидепрессанты](http://www.psyportal.net/420/antidepressantyi/), такие как [амитриптилин](http://www.psyportal.net/4466/amitriptilin/) (до 200-300 мг/сут), [анафранил](http://www.psyportal.net/4470/anafranil/) (до 150-200 мг/сут), [антидепрессант](http://www.psyportal.net/420/antidepressantyi/)ы «сбалансированного действия». При развитии шизоаффективных приступов с маниакальным аффектом к указанным нейролептикам добавляется финлепсин в дозировке до 300-400 мг/сут.

После разрешения приступа рекомендуется поддерживающая терапия небольшими дозами нейролептических препаратов. Показаны трудовая реабилитация, психотерапия, периодическое наблюдение в амбулаторных условиях.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Чем характеризуются особенности клинической картины шизоаффективного психоза?
2. Перечислите основные варианты клинических синдромов, характерных для шизоаффективного психоза.
3. Чем характеризуются аффектдоминантная форма?
4. Перечислите доманифестные (продромальные) проявления аффектдоминантной формы.
5. Перечислите основные этапы диамики шизоаффективного приступа при аффектдоминантной форме
6. Чем характеризуются шизодоминантная форма?
7. Перечислите доманифестные (продромальные) проявления аффектдоминантной формы.
8. Перечислите основные этапы диамики шизоаффективного приступа при аффектдоминантной форме

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ШИЗОАФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) периодически возникающими приступами аффективных расстройств с психотическими симптомами

2) синдром Кандинского – Клерамбо

3) чередованием маниакальных и депрессивных фаз

4) приступами сумеречных нарушений сознания

5) выраженным дефектом личности по шизофреническому типу

2. ЦИРКУЛЯРНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ДЕПРЕССИВНЫЕ, МАНИАКАЛЬНЫЕ, СМЕШАННЫЕ) ЭНДОГЕННОГО ХАРАКТЕРА И НЕ ВЫВОДИМЫЕ ИЗ АФФЕКТА СВОЙСТВЕННЫЕ ШИЗОФРЕНИИ ПСИХОТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (БРЕДОВЫЕ, ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЕ) РАЗВИВАЮТСЯ

1) в рамках шизоаффективного психоза

2) в рамках биполярного аффективного расстройства

3) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие

4) при утяжелении течения реактивных сотояний

5) в рамках циклотимии

3. НА ЭТИОЛОГИЧЕСКУЮ БЛИЗОСТЬ ШИЗОАФФКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ К ЭПИЛЕПСИИ УКАЗЫВАЮТ

1) пароксизмальная активность в правой (недоминантной) височной области и диэнцефальной области на ЭЭГ

2) выраженность дисфорических расстройств в структуре смешанных аффективных фаз

3) наличие генерализованной пароксизмальной активности на ЭЭГ

4) заострение черт личности по эпилептоидному типу в динамике заболевания

5) генетическая предрасположенность

4. ТИП ТЕЧЕНИЯ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

1) эпизодический (приступообразный)

2) приступообразно-прогредиентный

3) злокачественный

4) острый полиморфный

5) вялотекущий

5. ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ БРЕД ИЛИ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ В РАМКАХ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

1) на высоте приступа выявляются без аффективных расстройств

2) на высоте приступа сочетаются с аффективной симптоматикой

3) на высоте приступа сочетаются с расстройствами сознания

4) на высоте приступа сочетаются с неврозоподобными нарушениями

5) на высоте приступа сочетаются с психопатоподобной симптоматикой

6. ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ШИЗОФРЕНИИ БРЕД ИЛИ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ В РАМКАХ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

1) продолжаются не менее 2 нед. и определяют состояние больного

2) наблюдаются в продолжении всего приступа

3) возникают эпизодически и не влияют на состояние больного

4) развиваются в начале и в конце каждой аффективной фазы

5) продолжаются менее 1 недели

7. ДЛЯ ИСХОДА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ХАРАКТЕРНО

1) сохранность социально-трудовой адаптации

2) значительное снижение социально-трудовой адаптации

3) личностные сдвиги с формированием грубых негативных изменений

4) отсутствие отчетливых ремиссий

5) редукция аффективных фаз

8. ДЛЯ ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНЫХ ПРИСТУПОВ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ХАРАКТЕРНО

1) манифестация сниженным настроением, к которому присоединяются бредовые идеи самообвинения, идеи отравления, заражения СПИДом, раком или иным неизлечимым заболеванием

2) полное отсутствие симптомов первого ранга, свойственных для шизофрении, например симптома открытости мыслей

3) позднее развитие психоорганических расстройств

4) присоединение бредовых идей малого размаха (материального или морального ущерб1)

5) кратковременные эпизоды нарушения сознания в форме делирия

9. НА ВЫСОТЕ ЭКСПАНСИВНО- (МАНИАКАЛЬНО-) ПАРАНОИДНОГО ПРИСТУПА ПРИ ШИЗОАФФЕКТИВНОМ ПСИХОЗЕ

1) возможны онейроидные включения космического содержания, магический бред и изменение темпа течения времени

2) характерно полное отсутствие идей гипнотического, психоэнергетического или аппаратного воздействия на мысли, поведение, чувства и побуждения

3) отмечается позднее развитие психоорганических расстройств

4) отмечается присоединение бредовых идей малого размаха (материального или морального ущерб1)

5) возможны кратковременные эпизоды нарушения сознания в форме делирия

10. СМЕШАННЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ШИЗОАФФКТИВНОМ ПСИХОЗЕ МОГУТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ

1) чередованием депрессивно-параноидных и экспансивно-параноидных расстройств по типу психозов счастья - страха

2) отсутствием бредовых расстройств

3) отсутствием симптомов первого ранга

4) развитием выраженного дефекта личности

5) развитием парциального слабоумия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Мать больной покончила самоубийством. В настоящее время у больной хорошее настроение, сексуально расторможена, говорит только о мужчинах, гулянках, двусмысленно острит. Ранее, отмечался достаточно длительный эпизод с идеями величия фантастического содержания и уверенностью, что может передавать мысли и управлять людьми на расстоянии.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите основные синдромы.
3. Установите диагноз заболевания
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Аутохтонное повышение настроения, ускорение двигательной и речевой активности, расторможенность влечений, экспансивные бредовые идеи фантастического содержания, психические автоматизмы (идеаторные).

2. Маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип.

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. Отмечается характерная аффективная симптоматика до и после эпизода параноидных расстройств с элементами психического автоматизма.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**Задача №2**

У больной в течение месяца отмечалось плохое настроение; не хотелось ничего делать, выходить из дома. Последнее время присутствует уверенность в наличии неизлечимого заболевания, возникшего по причине воздействия на организм со стороны разрушающих лучей, ощущает их воздействие на себе, считает, что окружающие слышат ее мысли.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Определите основные синдромы.

3. Установите диагноз заболевания

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5.Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Эпизод патологического снижения настроения, симптом открытости мыслей, элементы психического автоматизма (сенестопатический и идеаторный), ипохондрические расстройства с идеями воздействия.

2. Депрессивный синдром с эпизодом развернутого параноидного синдрома ипохондрического содержания.

3. Вероятно развитие депрессивного типа шизоаффективного психоза.

4. Одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. В клинической картине отмечается характерная смена аффективной симптоматики на параноидную. Подтвердят диагноз – отсутствие признаков дефекта личности по шизофреническому типу.

5. Психофармакотерапия –атипичные антипсихотики, антидепрессанты, нормотимики.

**Задача №3**

Пациентка М., 27 лет. Впервые заболела после родов. Снизилось настроение, тревожилась, что ее не заберут из роддома, что нечто страшное случилось с ребенком. Возникали мысли о смерти, не могла спать и отказывалась от еды. Испытывала чувство вины. После выписки из роддома внезапно настроение изменилось, решила, что является следующим воплощением царицы Зои.

Требовала по отношению к себе исключительных почестей. Рисовала генеалогию, доказывающую подобную генетическую связь. Считала, что ее ребенок фактически является наследником Императора, не подпускала к нему никого. Фон настроения был гипоманиакальным с экспансивным оттенком. Бралась за множество дел, но быстро истощалась. После терапии нейролептиками в сочетании с литием состояние полностью нормализовалось.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите основные синдромы.
3. Установите диагноз заболевания
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Послеродовый период, тревога, гипотимия, суицидальные тенденции, идей виновности, анорексия, смена аффективного состояния с аутохтонным повышением настроения, ускорением двигательной и речевой активности, экспансивными бредовыми идеями фантастического содержания.

2. Манифестация приступа проходит с тревожно-депрессивной симптоматикой и последующей инверсией аффекта на маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип. Требуется дифференциальная диагностика с послеродовым психозом (Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках, F53.1).

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. Заболевание начинается с измененного аффекта, который сопровождает продуктивные симптомы шизофрении и завершается вместе с ними.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**Задача №4**

Пациентка А. была госпитализирована в психиатрический стационар со снижением настроения. Плакала и жаловалась на неудачную жизнь, испытывала чувство вины за то, что плохо смотрит за сыном. Тоска иногда внезапно сопровождалась тревогой с моторным беспокойством. Это состояние внезапно перешло в противоположное. После чтения книги из истории Франции решила, что она на самом деле Жозефина и возлюбленная Наполеона. Разрезав занавески, сшила себе хитон, в котором выходила на прогулку. Речь была ускоренной, с тематическими соскальзываниями. После купирования состояния периодические гипомании следуют весной и осенью.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Определите основные синдромы.

3. Установите диагноз заболевания

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, тоска, тревога с моторным беспокойством, идеи виновности, смоуничижения, смена аффективного состояния с аутохтонным повышением настроения, ускорением двигательной и речевой активности, экспансивными бредовыми идеями фантастического содержания.

2. Манифестация приступа проходит с тревожно-депрессивной симптоматикой и последующей инверсией аффекта на маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип.

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. заболевание начинается с измененного аффекта, сопровождающего продуктивные симптомы шизофрении, после завершения которых продолжает фиксироваться измененный аффект.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**Задача №5**

Пациент К., 29 лет. Характерологические особенности до начала заболевания отсутствуют. Работал рабочим на мебельной фирме. Психическое состояние стало меняться с повышения настроения. Стал ходить в секту самаджи, часами медитировал, ощущал открытие третьего глаза. Был госпитализирован из сарая, где жил в спартанских условиях рядом со своим домом. Уверял, что нужно пить воду только из реки, но не пользоваться водопроводом, в рацион включал исключительно яблоки и капусту, от остальной еды отказывался. Стал ощущать на себе воздействие космической энергии. Надевая одежду, требовал окуривать ее сандалом для защиты энергии. Утверждал, что жениться ему рано, так как он должен достичь просветления и объединения с высшей силой. В отделении заметил, что может лечить людей наложением рук, что вылечил пациента, якобы страдающего раком, который подарил ему Библию.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Определите основные синдромы.

3. Установите диагноз заболевания

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Аутохтонное повышение настроения, экспансивные бредовые идеи фантастического и религиозного содержания, психические автоматизмы.

2. Маниакальный синдром с эпизодом экспансивной парафрении.

3. Шизоаффективный психоз, маниакальный тип.

4. В клинической картине одновременно выявляются симптомы шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственно шизофрении. Подтвердит диагноз – отсутствие признаков дефекта личности по шизофреническому типу.

5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики, нормотимики.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения негативные и продуктивные симптомы заболевания.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Современные гипотезы этиопатогенеза шизоаффективных расстройств.

2. Современные методы изучения распространённости шизоаффективных расстройств.

3. Особенности психогигиены и психопрофилактики шизоаффективных расстройств и близким к ним состояний.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.62. **Тема:** «Аффективные психозы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Биполярное аффективное расстройство (прежнее название — маниакально-депрессивный психоз) является распространенным и тяжелым, но курабельным расстройством настроения. Умение врачей психиатров точно и своевременно определить признаки этого заболевания значительно влияет на назначение соответствующего лечения, а следовательно, на длительность и стойкость ремиссий.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам клинической диагностики и лечения аффективных расстройств.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития, распространенности и клинической картины аффективных расстройств.

Уметь: выявлять основные синдромы и клинические варианты аффективных расстройств.

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств, характерных для разных этапов развития аффективных расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения аффективных расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике аффективных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза аффективныхрасстройств».  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Аффекти́вные расстро́йства (расстро́йства настрое́ния) — общее название группы [психических расстройств](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE), связанных с нарушениями [аффекта](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82_(%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F)). Присутствует в [МКБ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D0%B9). В классификации [DSM](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D0%B8_%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BF%D0%BE_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC) объединяет несколько диагнозов, когда основным признаком предполагается нарушение эмоционального состояния.

Наиболее широко признаются два типа расстройств, различие между которыми основано на том, имел ли человек когда-либо маниакальный либо гипоманиакальный эпизод. Таким образом, существуют [депрессивные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F) расстройства, среди которых наиболее известным и изученным является [большое депрессивное расстройство](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%88%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE), которое ещё называют «клинической депрессией», и [биполярное аффективное расстройство](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B0%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE), ранее известное как «маниакально-депрессивный психоз» и описываемое перемежающимися периодами (гипо-)маниакальных, длящихся от 2-х недель до 4—5 месяцев, и депрессивных (средняя продолжительность 6 месяце3) эпизодов.

В некоторых случаях аффективными расстройствами называют интенсивные проявления неуместных эмоций (в рамках бредового расстройств1), например, [страха](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85), [тревоги](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B0), злобы, [ярости](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C_(%D0%B0%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82)), [восторженности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%B9%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F) или [экстаза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BA%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B7)

В Международной классификации болезней десятого пересмотра расстройства настроения выделены в отдельную категорию и кодируются от F30 до F39. Все их виды можно разделить на следующие основные группы:

1. Маниакальные эпизоды. Сюда относится гипомания (легкие маниакальные проявления без психотических симптомо3), мании без психозов и мании с разными их вариантами (в том числе и маниакально-бредовые состояния при приступообразной шизофрении).
2. Биполярное аффективное расстройство. Может протекать как с психозами, так и с их отсутствием. Перепады между маниакальными и депрессивными состояниями могут быть разной степени выраженности. Текущие эпизоды различаются по тяжести.
3. Депрессивные состояния. Сюда относятся единичные эпизоды разной степени тяжести, от легкого, до тяжелого с психозами. Включены реактивные, психогенные, психотические, атипичные, маскированные депрессии и тревожно-депрессивные эпизоды.
4. Рекуррентное депрессивное расстройство. Протекает с повторяющимися эпизодами депрессии разной степени тяжести без проявлений мании. Рекуррентное расстройство может быть, как эндогенным, так и психогенным, может протекать с психозами и без. Сезонное аффективное расстройство также позиционируется как рекуррентное.
5. Хронические аффективные синдромы. К этой группе относится циклотимия (многочисленные перепады настроения от легкой эйфории до легкого депрессивного состояния), дистимия (хроническое сниженное настроение, которое не относится к рекуррентному расстройству) и другие устойчивые формы.
6. Все остальные типы заболеваний, включая смешанное и кратковременное рекуррентное расстройство, выделены в отдельную категорию.

**Расстройства депрессивного спектра**

[Большое депрессивное расстройство](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%88%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE), часто называемое клинической депрессией, когда человек пережил один «клинический» ([F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10:_%D0%9A%D0%BE%D0%B4_F)[32.](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F32.1)) депрессивный эпизод. Депрессия без периодов мании часто называется униполярной депрессией, поскольку настроение остаётся в одном эмоциональном состоянии или «полюсе». При оценке клинической картины выделяют несколько вариантов:

1. [*Атипичная депрессия*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F) — характеризуется реактивностью и позитивностью настроения (парадоксальная ангедония [paradoxical anhedonia]), значительным увеличением веса или повышенным аппетитом («поесть, чтобы снять беспокойство»), избыточным количеством сна или сонливостью (гиперсомния), ощущением тяжести в конечностях и значительной нехваткой социализации, как следствия гиперчувствительности к кажущемуся социальному отвержению. Сложности в оценке этого подтипа привели к тому, что ставится под вопрос его обоснованность и его распространение.
2. [*Меланхолическая депрессия*](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) *(острая депрессия)* — характеризуется [ангедонией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F) (потерей удовольствия от большинства или ото всех дел), неспособностью реагировать на доставляющие удовольствие стимулы. Чувство пониженного настроения выражено чётче, чем чувство сожаления или потери, характерно ухудшение симптомов в утренние часы, просыпание рано утром, психомоторная заторможенность, чрезмерная потеря веса (не путать с [нервной анорексией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F)), сильное [чувство вины](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D0%BD%D0%B0).
3. [*Психотическая депрессия*](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — термин для длительного депрессивного периода, в частности у меланхолической натуры, когда пациент испытывает такие психотические симптомы как бредовые идеи, или реже галлюцинации. Эти симптомы почти всегда соответствуют настроению (содержание совпадает с депрессивными темами).
4. [*Инволюционная депрессия*](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%98%D0%BD%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D1%8E%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) *(застывающая депрессия)* — редкая и тяжёлая форма клинической депрессии, включающая расстройство двигательных функций и другие симптомы. В этом случае человек молчит, почти находится в состоянии [ступора](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D1%80) и либо недвижим, либо совершает бесцельные или даже аномальные движения. Подобные [кататонические](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F) симптомы также развиваются при шизофрении, маниакальных эпизодах или являются следствием [злокачественного нейролептического синдрома](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BD%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC).
5. [*Послеродовая депрессия*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F) — она относится к чрезмерной, устойчивой и иногда приводящей к потере дееспособности депрессии, переживаемой женщинами после рождения ребёнка. Послеродовая депрессия, вероятность которой оценивается в 10-15 %, длительностью не более трех месяцев.

[Дистимия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%8F) — хроническое, умеренное нарушение настроения, когда человек жалуется на почти ежедневное плохое настроение на протяжении, по крайней мере, двух лет. Симптомы не такие тяжёлые, как при клинической депрессии, хотя люди с дистимией одновременно подвержены периодическим эпизодам клинической депрессии (иногда называемой «двойной депрессией»).

[Рекуррентное депрессивное расстройство](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A0%D0%B5%D0%BA%D1%83%D1%80%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — отличают от депрессивного эпизода преимущественно из-за различия в продолжительности. Пациенты, страдающие повторяющейся скоротечной депрессией, испытывают депрессивные эпизоды раз в месяц, с отдельными эпизодами, длящимися менее двух недель, а обычно менее 2-3 дней. Для диагностирования необходимо, чтобы эпизоды проявлялись на протяжении по крайней мере одного года.

Наиболее тяжелые формы рекуррентного депрессивного расстройства ([F33.2](http://mkb-10.com/index.php?pid=4218) и [F33.3](http://mkb-10.com/index.php?pid=4218)) имеют много общего с прежними понятиями, такими, как маниакально-депрессивная депрессия, меланхолия, витальная депрессия и эндогенная депрессия. Первый эпизод может возникнуть в любом возрасте, начиная с детства и до старости. Начало его может быть острым или незаметным, а продолжительность - от нескольких недель до многих месяцев. Никогда полностью не исчезает опасность того, что у больного рекуррентным депрессивным расстройством не возникнет маниакального эпизода. Если такое произойдет, диагноз должен быть изменен на биполярное аффективное расстройство ([F31.-](http://mkb-10.com/index.php?pid=4200)). Включены: повторные эпизоды: депрессивной реакции . психогенной депрессии . реактивной депрессии сезонное депрессивное расстройство Исключены: рекуррентные краткие депрессивные эпизоды ([F38.1](http://mkb-10.com/index.php?pid=4231)).

F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии. Текущий эпизод легко выражен (как описано в подрубрике [F32.0](http://mkb-10.com/index.php?pid=4211)) и без мании в анамнезе.

F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии. Текущий эпизод умеренно выражен (как описано в подрубрике [F32.1](http://mkb-10.com/index.php?pid=4211)) и без мании в анамнезе.

F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии. Текущий эпизод значительно выражен, без психотических симптомов (как описано в подрубрике [F32.2](http://mkb-10.com/index.php?pid=4211)) и без мании в анамнезе. Эндогенная депрессия без психотических симптомов Значительная депрессия, рекуррентная без психотических симптомов Маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип без психотических симптомов Витальная депрессия, рекуррентная без психотических симптомов

F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии. Текущий эпизод значительно выражен, сопровождается психотической симптоматикой, как описано в подрубрике [F32.3](http://mkb-10.com/index.php?pid=4211), но без указаний на предыдущие эпизоды мании. Эндогенная депрессия с психотическими симптомами Маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип с психотическими симптомами Повторные тяжелые эпизоды: . значительной депрессии с психотическими симптомами . психогенного депрессивного психоза . психотичсекой депрессии . реактивного депрессивного психоза.

F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии

У пациента в прошлом отмечались два или более депрессивных эпизода (как описано в подрубриках [F33.0](http://mkb-10.com/index.php?pid=4218)-[F33.3](http://mkb-10.com/index.php?pid=4218)), но уже в течение нескольких месяцев депрессивная симптоматика отсутствует.

**Расстройства биполярного спектра**

[Биполярное аффективное расстройство](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B0%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE), ранее известное как «маниакально-депрессивный психоз», описывается как перемежающиеся периоды маниакального и депрессивного состояний (иногда очень быстро сменяющих друг друга или смешивающихся в одно состояние, при котором у больного наблюдаются симптомы депрессии и мании одновременно). Подтипы включают:

1. [*Биполярное расстройство I*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_I) определяется, если наличествует или случался ранее один или более маниакальный либо смешанный эпизод, независимо от наличия эпизодов клинической депрессии. Для диагноза требуется не менее одного маниакального или «смешанного» эпизода. Для диагностики Биполярного расстройства I депрессивные эпизоды хоть и не обязательны, но в течение заболевания они проявляются часто.
2. [*Биполярное расстройство II*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_II) характеризуется *гипо*маниакальными и депрессивными эпизодами.

[Циклотимия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%8F) — это более мягкая форма биполярного расстройства, которая проявляется в проявляющихся время от времени дистимических и лёгких гипоманиакальных (либо [гипертимных](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%8F)) периодов, без каких-либо более тяжёлых форм мании или депрессии. Часто характеризуется «симметричным» течением, то есть, правильным либо непрерывным чередованием противоположных эпизодов, либо сдвоенными эпизодами.

В настоящее время наиболее приемлемым с клинической и прогностической точек зрения является деление аффективных нарушений на разновидности в зависимости от соотношения и преобладания в клинической картине заболевания разных полюсов аффективных расстройств — маниакальных или депрессивных фаз.

1. ***монополярный депрессивный***, когда в клинической картине болезни на всем ее протяжении периодически возникают исключительно депрессивные фазы;
2. ***монополярный маниакальный***, при котором отмечаются только маниакальные фазы;
3. ***биполярный с преобладанием депрессивных состояний***, при котором в картине биполярного аффективного психоза наряду с преобладающими по числу и степени выраженности депрессивными фазами наблюдаются кратковременные эпизоды стертых гипоманий (т. е. когда речь идет о потенциально биполярном, или условно биполярном аффективном психозе);
4. ***биполярный с преобладанием маниакальных состояний***, характеризующийся не только количественным преобладанием, но и большей интенсивностью маниакальных расстройств по сравнению с депрессивными в картине заболевания;
5. ***отчетливо биполярный тип*** — с регулярной сменой и примерно равным количеством депрессивных и маниакальных фаз.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Разновидности течения аффективного психоза в отечественной классификации | МКБ-10 | |
| диагностические рубрики | код |
| Монополярный депрессивный тип аффективного психоза | 1. Рекуррентное депрессивное расстройство | F33+ F33.9 |
| Монополярный маниакальный тип аффективного психоза | 2. Другие биполярные аффективные эпизоды (рекуррентные маниакальные эпизоды) | F31.8+ F39 |
| Биполярный тип аффективного психоза с преобладанием депрессивных расстройств | 3. Биполярное аффективное расстройство, другие биполярные аффективные расстройства (биполярное расстройство, тип II), депрессивный эпизод | F31+ F31.0+ F32.3 |
| Биполярный тип аффективного психоза с преобладанием маниакальных расстройств | 4. Биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод | F31+ F30 |
| Отчетливо биполярный тип аффективного психоза | 5. Биполярное аффективное расстройство, маниакальный и депрессивный эпизоды | F31+ F30+ F32 |

Расстройства настроения, особенно депрессии являются наиболее часто встречающимися психическими нарушениями у взрослых людей.

Начаться может депрессия в любом возрасте, однако у 50% больных она начинается в возрасте от 20 до 50 лет; средний возраст начала - около 40 лет. Преимущественная распространенность расстройств настроения не связана с расовой принадлежностью. Чаще депрессия возникает у лиц, не имеющих тесных межличностных связей, у разведенных или живущих отдельно супругов.

Вероятность развития депрессивного эпизода в течение жизни составляет 15%, у женщин - до 25%. 6% женщин и 3% мужчин при этом требуется проведение лечения в условиях стационара. Средняя продолжительность депрессии составляет 6-8 мес. Характерны рецидивы, в 10-20% случаев расстройство переходит в хроническую форму. У 2/3 пациентов с депрессивным эпизодом тяжелой степени отмечаются суицидальные мысли, 15% больных совершают суицид.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте понятие аффективных расстройств.
2. Перечислите основные клинические варианты аффективных расстройств.
3. Какие состояния относят к униполярной депрессии?
4. Дайте определение рекуррентного депрессивного расстройства
5. В каком возрасте может возникнуть первый эпизод рекуррентного депрессивного расстройства?
6. Перечислите основные формы рекуррентного депрессивного расстройства
7. В каком случае диагноз рекуррентного депрессивного расстройства должен быть изменён на диагноз биполярного аффективного расстройства?
8. Перечислите, какие варианты биполярного аффективного расстройства выделяют?
9. На основании чего выделяют варианты биполярного аффективного расстройства I и II типов?
10. Перечислите факторы, характеризующие особенности распространённости аффективных расстройств.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ КАК ВТОРИЧНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие психотравмирующей ситуации

2) наличие депрессии у кого-либо из родственников

3) наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния

4) появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием

5) наличие указаний в анамнезе на предшествующие маниакальные состояния

2. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АСТЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) чувство общей соматической слабости и необъяснимой усталости

2) нарушения со стороны двигательной сферы

3) измененность восприятия окружающего

4) чувство бессилия и безволия

5) утрата интересов и удовольствия

3. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) нарушения памяти и внимания

2) чувство повышенной утомляемости

3) наличие чувства необъяснимой тревоги

4) наличие чувства тревоги в связи с состоянием своего здоровья

5) сниженная способность к сосредоточению и вниманию

4. ОСНОВНУЮ УГРОЗУ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ ПРЕДСТАВЛЯЮТ

1) резкое снижение аппетита, приводящее к развитию кахексии

2) суицидальные мысли, тенденции, попытки

3) упорные нарушения сна

4) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе

5) для депрессии не характерно наличие симптомов, внушающих опасение за жизнь больного

5. БОЛЬНЫЕ В ДЕПРЕССИВНОМ СОСТОЯНИИ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ЧАЩЕ СОВЕРШАЮТ

1) вечером

2) ночью

3) в течение дня

4) в ранние утренние часы

5) для депрессии не характерен определенный суточный ритм в совершении суицидальных попыток

6. МАКСИМАЛЬНАЯ ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ

1) вечером

2) ночью

3) в ранние утренние часы

4) в течение дня

5) для депрессии не характерен определенный суточный ритм

7. ОЩУЩЕНИЕ ТОСКИ ДЕПРЕССИВНЫМИ БОЛЬНЫМИ КАК ФИЗИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ ЗА ГРУДИНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) ангедония

2) предсердная тоска

3) типичный депрессивный приступ

4) атипичная депрессия

5) маскированная депрессия

8. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТОЛЬКО ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) рекуррентного депрессивного расстройства

2) биполярного аффективного расстройства

3) истерического невроза

4) циклотимии;

5) дистимии

9. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТОЛЬКО ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) биполярного аффективного расстройства

2) истерического невроза

3) дистимии

4) рекуррентного депрессивного расстройства, текущего тяжёлого эпизода с психотическими симптомами

5) астении

10. ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ЧАСТОЙ СМЕНОЙ НЕГЛУБОКИХ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ ФАЗ НАЗЫВАЕТСЯ

1) гипотимия

2) дистимия

3) циклотимия

4) маниакально-депрессивный психоз

5) шизоаффективный психоз

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

В поликлинику обратилась больная 36 лет с жалобами на общее плохое состояние, похудание, отсутствие аппетита, запоры, сердцебиение. Отмечает стойкое снижение настроения, которое несколько смягчается к вечеру, кратковременный сон с ранними пробуждениями, отсутствие радости, мысли о своей бесперспективности, чувство тоски и тяжести в области груди. Периодически приходят мысли о нежелании жить. Ранее уже переносила подобные состояния дважды, за помощью не обращалась, состояние улучшалось спонтанно.

1. Перечислите психопатологические симптомы;
2. Назовите синдром;
3. Установите диагноз заболевания;
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?;
5. Определите тактику лечения;

**Эталон ответа**

1) Соматические проявления депрессии, инсомния, астения, адинамия, предсердная тоска;

2) Депрессивный синдром;

3) Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод тяжелой степени;

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли (опасность для себя – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»);

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов.

**Задача №2**

К хирургу обратилась больная 38 лет с жалобами на постоянные ноющие боли по всему животу, с зудом и раздражением на различных участках кожного покрова. При обследовании было выяснено, что больная похудела на 3 кг за 1.5 месяца, плохо спит, рано пробуждается, исчез аппетит и вкус пищи. В это же время нарушился менструальный цикл. Отмечает, что ничего не может делать, все валится из рук, на сердце тоска. Суицидных мыслей и тенденций не выявлено. При осмотре хирургической патологии не обнаружено. Ранее подобное состояние отмечалось 5 лет назад, после развода с мужем.

1. Перечислите основные симптомы;
2. Назовите синдром;
3. Установите диагноз;
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации;
5. Определите тактику лечения;

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, инсомния, ангедония, идеи самоуничижения, предсердная тоска, соматические проявления депрессии, суицидальные мысли.;

2) Астено-депрессивный синдром с ипохондрическими включениями;

3) Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются (ухудшение состояния – ст. 29, пункт 3 Закона «О психиатрической помощи…»);

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов.

**Задача №3.**

Мужчина 40 лет, проживающий в благоприятных неконфликтных условиях, во второй раз за 3 года поступает в дневной стационар психиатрической больницы. Больной тревожится о своем будущем, плохо спит, хуже себя чувствует утром. Сообщает, что после смерти матери от рака, не может избавиться от страха развития неизлечимого заболевания. Постоянно ходит по врачам, сдает различные анализы. Работа не приносит удовлетворения, к прежним увлечениям утратил всякий интерес. Суицидальные мысли отрицает. Самостоятельно справиться с этим состоянием не может.

1. Перечислите основные симптомы;
2. Назовите синдром;
3. Установите диагноз;
4. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;
5. Определите тактику лечения;

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, инсомния, обсессивно-фобические и ипохондрические расстройства, ангедония;

2) Депрессивно-ипохондрический синдром;

3) Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней степени;

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются (ухудшение состояния – ст. 29, пункт 3 Закона «О психиатрической помощи…»);

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов.

**Задача №4**

Пациентка 27 лет госпитализирована в психиатрический стационар впервые. В отделении одинока, сидит, ссутулившись, со скрещенными на коленях руками, опущенной головой. Плаксива, подавлена, внешне адинамична, вяла, внутренне напряжена. Выражение лица застывшее, страдальческое, мимика бедная. Тихим монотонным голосом рассказывает о том, как ей плохо, тяжело, тревожно, о том, что не может работать, так как окружающие люди раздражают, что вынуждена сдерживаться, хотя хочется скрыться ото всех. Не отрицает, что вновь появилось влечение к спиртному, так как на фоне алкогольного опьянения снижается чувство внутреннего напряжения, чувствует себя “такой как все нормальные люди, живой среди живых”. Испытывает чувство вины за это пристрастие. Рассказывает о мучительных навязчивых воспоминаниях о муже, о том, что ребенок вызывает раздражение, за то, что явилась причиной распада семьи. Постоянно повторяет: “Я здесь лишняя, ни к чему не приспособленная, никчемная”. Понимает необходимость лечения в психиатрической больнице.

1. Перечислите основные симптомы;
2. Назовите синдром;
3. Обоснуйте диагноз;
4. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;
5. Определите тактику лечения;

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, ангедония, идеи самоуничижения, моторная и идеаторная заторможенность;

2) Депрессивный синдром;

3) На рекуррентное депрессивное расстройство указывает наличие отчетливой депрессивной симптоматики, отсутствие указаний на маниакальные эпизоды;

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются (ухудшение состояния – ст. 29, пункт 3 Закона «О психиатрической помощи…»);

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов;

**Задача №5**

У больного немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Двигательно заторможен. Мышление замедлено, высказывает идеи самоуничижения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль.

1. Перечислите симптомы;
2. Назовите синдром;
3. Какое заболевание можно предположить;
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?;
5. Обоснуйте ответ на 4-й вопрос;

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, депрессивный бред (идеи самоуничижения), суицидальные мысли;

2) Депрессивный синдром;

3) Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, или рекуррентное депрессивное расстройство;

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются;

5) Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…»

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения признаки различных нозологических вариантов аффективных расстройств.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить регистр и основные клинические отличия выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Особенности коморбидной патологии при аффективных расстройствах
2. Патологический аффект в судебной психиатрии.
3. Особенности развития и клинических проявлений аффективно-шоковых состояний.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О. 01.1.4.63 **Тема:** «Манифестные аффективные фазы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Биполярное аффективное расстройство (прежнее название — маниакально-депрессивный психоз) является распространенным и тяжелым, но курабельным расстройством настроения. Умение врачей психиатров точно и своевременно определить признаки этого заболевания, оценить структуру и особенности манифестных фаз значительно влияет на назначение соответствующего лечения, а следовательно, на длительность и стойкость ремиссий.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки клинических проявлений и особенностей развития манифестных приступов в течении аффективных расстройств,

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные признаки манифестации и дальнейшего развития аффективных фаз.

Уметь: выявлять симптомы и синдромы расстройств психической деятельности на разных этапах развития аффективных психозов.

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств, характерных для аффективных приступов.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления аффективных расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике афективных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза аффективных расстройств».  - Беседа с больным, выявление маниакальной и депрессивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Аффективный психоз — психическое заболевание, характеризующееся периодичностью возникновения аутохтонных аффективных нарушений в виде маниакальных, депрессивных или смешанных состояний (приступов, фаз, эпизодо3), полной их обратимостью и развитием интермиссий с восстановлением психических функций и личностных свойств; не приводящее к слабоумию. Аффективные психозы среди населения наблюдаются преимущественно амбулаторно, их распространенность определяется показателем 0,32 на 1000 населения, тогда как психотические формы маниакально-депрессивного психоза составляют лишь 0,13 на 1000. Однако среди соматических и неврологических больных субдепрессивные и депрессивные расстройства встречаются значительно чаще – до 7%. По прогнозу ВОЗ, депрессии как причина инвалидности к 2020 году должна выйти на 2-ое место, уступая лишь сердечно-сосудистой патологии.  Это определяет важность и актуальность поисков новых и эффективных методов лечения данной патологии.

Основным признаком аффективного психоза является возникновение аффективных расстройств в виде депрессивных и маниакальных фаз (эпизодов, приступо3). Но только в 37,8 % наблюдений клинические проявления депрессий и маний соответствуют типичному, или классическому, аффективному синдрому. В большинстве же случаев — 64,2 % – по проявлениям основных симптомов триады и преобладанию соматовегетативных, навязчивых, тревожно-фобических, сенестоипохондрических нарушений они атипичны.

В зависимости от преобладание в структуре синдрома тех или иных психопатологических явлений манифестные депрессивные состояния по своей клинической картине приближаются в одних случаях к депрессиям с истерическими, тревожно-фобическими или сенестоипохондрическими расстройствами, в других — к астеноадинамическим, анестетическим депрессиям, в третьих — к «классическим» тоскливым депрессиям. В большинстве случаев (43,9 %) картина депрессивного состояния включает полиморфную неврозоподобную симптоматику с преобладанием тревожно-фобических или сенестоипохондрических проявлений.

Атипичность депрессивных синдромов при аффективном психозе проявляется также и в том, что они, будучи признаком эндогенного заболевания, по своей структуре не полностью соответствуют понятию типичной эндогенной депрессии, приближаясь к структуре реактивной или эндореактивной депрессии.

Реактивные по структуре депрессии возникают в основном в связи с тяжелыми психотравмирующими ситуациями. Это часто приводит к постановке первоначального диагноза «реактивный депрессивный психоз». Клиническая картина такой реактивной депрессии характеризуется быстрым нарастанием аффективных расстройств, сохранением на всем протяжении болезненного состояния психологически понятной связи клинических проявлений депрессии с содержанием психотравмы. Преобладающим здесь бывает не витализированный аффект уныния, подавленности, а чувство безразличия, безысходности. Больные в этих случаях обычно сосредоточены на обстоятельствах психической травмы, не в состоянии отвлечься от тягостных переживаний, постигшего их несчастья. В поведении преобладают пассивность, в высказываниях — претензии к окружающим. Идеи самообвинения также связаны с психотравмирующими переживаниями. Суточный ритм изменений настроения не только не выражен, но часто извращен. Отмечаются значительные вегетативные нарушения в виде приступов учащенного сердцебиения, потливости, колебаний АД. Частыми являются жалобы на поверхностный сон с кошмарными сновидениями. Длительность такого реактивного по структуре депрессивного состояния около 3 мес.

Описанные реактивные депрессии при аффективном психозе могут возникать при комбинации психогенных и соматогенных факторов, когда психотравма действует на фоне соматических заболеваний, беременности, родов и т. п.

Манифестные эндореактивные депрессии, так же как и реактивные, развиваются после воздействия экзогенной вредности, но при этом четкой корреляции с остротой и силой психогении здесь не наблюдается. Начальные проявления эндореактивной депрессии характеризуются развитием депрессивного состояния, основное содержание которого определяется психотравмирующей ситуацией. Больные обвиняют в случившемся стечение обстоятельств, свою судьбу, стремятся их излишне драматизировать. На первый план в этих случаях выступает озабоченность своим плохим самочувствием. В дальнейшем усиливается витализация аффективных расстройств и в депрессии все более обнаруживаются эндогенные черты с физическим ощущением «душевной боли», появляются элементы двигательной и идеаторной заторможенности. Больные отмечают у себя исчезновение легкости, пластичности в движениях, затруднения в выполнении счетных операций (хотя пациенты иногда стараются объяснить это забывчивостью). Через некоторое время окончательно утрачивает свою актуальность тема психотравмирующих переживаний. В высказываниях больных начинают преобладать депрессивные идеи самообвинения и греховности, более очерченными становятся типичные для эндогенной депрессии суточные изменения самочувствия с улучшением настроения в вечерние часы и отчетливые соматовегетативные признаки депрессии. Эндореактивная депрессия обычно бывает более длительной по сравнению с реактивной, продолжаясь в среднем около 6 мес.

Приблизительно в 1/3 случаев манифестные депрессии возникают аутохтонно, т. е. без каких-либо внешних воздействий. По структуре такие депрессии с самого начала являются эндогенными.

Клиническая картина типично эндогенных депрессий характеризуется наличием витального аффекта тоски с соответствующими ему изменениями в идеаторной и двигательной сферах. Больные отмечают затруднения в усвоении новой информации, трудности сосредоточения, ощущение «пустоты» в голове. Их движения отличаются медлительностью. Высказываемые ими идеи самоуничижения и самообвинения носят сверхценный характер. Имеются и соматические проявления депрессии в виде ухудшения аппетита, снижения массы тела, запоров. Характерным для таких депрессий является наличие типичного для эндогенной депрессии суточного ритма с заметным улучшением психического состояния во второй половине дня. Длительность эндогенных депрессий в среднем около 5 мес.

Среди реактивных по структуре депрессий примерно с равной частотой встречаются тревожно-фобические, астеноадинамические и истеродепрессивные. В 50 % случаев эндореактивных депрессий в клинической картине преобладают тревожно-фобические расстройства. При эндогенных депрессиях чаще всего наблюдалась «классическая» меланхолическая депрессия.

Депрессивные фазы в динамике аффективного психоза в целом встречаются чаще, составляя 80 % всех аффективных фаз. Кроме того, аффективный психоз манифестирует чаще (90 %) депрессивной фазой, в остальных случаях — маниакальной. У 30 % пациентов в течении болезни отмечаются смешанные состояния.

Большинство маниакальных состояний при аффективных психозах, как и депрессии, атипичны. Одним из вариантов атипичных маний являются маниакальные состояния, обозначаемые как «мания без мании». Ведущим симптомом в психическом состоянии больных в этих случаях является двигательное возбуждение, которое не сопровождается повышением скорости идеаторных реакций. При сохранной способности к концентрации внимания продуктивность мышления, напротив, снижается. Больные при наличии такой мании подвижны, разговорчивы, много жестикулируют, легко устанавливают контакты. Характерная для маниакальных больных повышенная деятельность отличается однообразием и малой продуктивностью, но со сверхценным отношением к деятельности. Атипичным в этих случаях является собственно маниакальный аффект. Он отличается блеклостью. Свойственное мании ощущение полноты физического благополучия и комфортности не сочетается с чувством радости и веселья, а, напротив, сопровождается раздражительностью или гневливостью. Склонность к переоценке возможностей собственной личности в этих случаях не выходит за рамки преувеличения действительных событий. Нарушения соматовегетативных функций незначительны и выражаются в основном в нарушении сна и аппетита. Длительность такого маниакального состояния может достигать 1 года.

Наиболее часто при аффективных психозах развиваются манифестные фазы с картиной психопатоподобной мании. Их развитие происходит быстро, в течение 4-5 дней. Средняя продолжительность такой манифестной мании 4-5 мес.

Манифестные маниакальные состояния по типу классической веселой мании отмечаются у 20 % больных. Они развиваются также быстро — в течение 1 нед и длятся в среднем 3-4 мес. В некоторых случаях маниакальные состояния развиваются с особой остротой в течение 1-2 дней, на высоте аффекта появляются маниакальный бред и (или) идеаторная спутанность.

***Смешанные состояния***. При биполярных разновидностях аффективного психоза могут развиваться смешанные состояния. Одни из них могут считаться типичными и смешанными состояниями, формирующимися по типу замещения отдельных компонентов аффективной триады одного полюса психопатологическими расстройствами, относящимися к аффективной триаде противоположного аффективного полюса, — заторможенная и ассоциативно-замедленная мании, гиперактивная и ассоциативно-ускоренная депрессии; другие относятся к атипичным смешанным состояниям, формирующимся в результате присоединения к типичной аффективной триаде одного полюса отдельных расстройств, феноменологически родственных отдельным компонентам аффективной триады противоположного полюса — дисфориеподобная, ипохондрическая и астеническая мании.

Наиболее часто атипичные аффективные синдромы развиваются при монополярном течении аффективного психоза, они бывают также значительны и в случаях биполярного течения заболевания с преобладанием какого-либо одного из полюсов аффективных расстройств (депрессивного или маниакального).

***Особенности депрессивных и маниакальных манифестных состояний при разных типах аффективного психоза***. *Монополярный депрессивный аффективный психоз* в большинстве случаев начинается реактивными и эндореактивными депрессиями, в клинической картине которых преобладают атипичные синдромы депрессии с тревожно-фобическими, астеноадинамическими и сенестоипохондрическими проявлениями. В тех случаях, когда психоз развивается по типу *монополярной мании*, заболевание манифестирует клинической картиной атипичного маниакального состояния, обозначенного как «мания без мании». Для *биполярного аффективного психоза* с преобладанием депрессивных расстройств характерна манифестация заболевания эндореактивными фазами с клинической картиной тревожно-фобической депрессии или депрессии, приближающейся к классическому варианту эндогенной депрессии. В этих случаях возрастает удельный вес эндогенных расстройств.

*Биполярному типу аффективного психоза с преобладанием маниакальных расстройств* более всего свойственны манифестные маниакальные фазы, в клинической картине которых доминируют аффективные расстройства по типу психопатоподобной мании. В случаях с *отчетливо биполярным типом течени*я эндогенного аффективного психоза депрессивные состояния, которыми манифестирует заболевание, по своей структуре относятся к классической эндогенной депрессии с картиной типичной тоскливой меланхолии или классической веселой мании.

У больных с монополярным эндогенным аффективным психозом независимо от полюса фазно-аффективных расстройств (депрессивных или маниакальных) развитие манифестного аффективного синдрома чаще бывает постепенным, в течение нескольких недель, причем если депрессивные расстройства независимо от структуры депрессии (реактивной, эндореактив-ной, эндогенной) нарастают литически в течение 2-5 нед, то развитие маниакальной манифестной фазы бывает еще более медленным, порой затягивается до 3-4 мес. Обратная динамика аффективного синдрома при монополярных разновидностях аффективного психоза также постепенная. Выход из аффективной фазы продолжается в течение 3-4 нед. В этот период, как правило, длительно сохраняются астеновегетативные расстройства в виде повышенной утомляемости, слезливости, раздражительности или преходящие тревожные опасения, связанные с предстоящей выпиской из стационара.

При всех разновидностях биполярного эндогенного аффективного психоза, независимо от соотношения разных полюсов аффекта в картине заболевания, манифестная фаза характеризуется острым развитием аффективного синдрома с быстрым, в течение 3-4 дней, нарастанием депрессивной или маниакальной симптоматики и таким же критическим, в течение нескольких дней, завершением аффективных расстройств с полным выходом из состояния и восстановлением прежней трудоспособности (больные «словно просыпаются от болезни»).

Манифестные аффективные фазы при отдельных разновидностях течения аффективного психоза различаются также по длительности. Наиболее затяжными (4-12 мес) являются аффективные состояния, которыми манифестирует монополярный аффективный психоз. Напротив, наименьшая продолжительность фазно-аффективных расстройств при манифестации заболевания (до 3 мес.) наблюдается при биполярных разновидностях течения, особенно при отчетливо биполярной.

Наиболее распространенным является периодический (или интермиттирующий) тип течения аффективного психоза, когда аффективные фазы носят возвратный характер и перемежаются светлыми промежутками. Относительно регулярное чередование периодов болезни (аффективных фаз) и интермиссий представляет собой характерную особенность данного вида течения аффективного психоза — его циркулярность.

Разновидностью течения аффективного психоза может быть течение «умноженными» фазами (сдвоенными, строенными и т. д.), когда в одном цикле аффективного психоза отмечается не одна, а большее число аффективных фаз (до 4 и более) с последующим развитием интермиссии.

Близко к течению сдвоенными фазами стоит «альтернирующий тип течения» аффективного психоза — psychosis circularis continua С. С. Корсакова, называемый также континуальным типом течения, когда смена аффективных фаз разной полярности происходит непрерывно, без светлых промежутков. Описано одноприступное течение аффективного психоза, когда больной в течение жизни переносит только одну аффективную фазу, маниакальную или депрессивную. Данный тип течения выделяется чаще всего на основании отдельных наблюдений врача, а при длительных катамнестических исследованиях не всегда подтверждается. Нередко первую аффективную фазу больной переносит в юности, а следующую — только в период инволюции.

Отдельным типам аффективного психоза свойственны клинические закономерности, определяющиеся преобладанием депрессивных или маниакальных фаз и их соотношением, продолжительностью, частотой и клинико-психопатологическими особенностями отдельных фаз, длительностью ремиссий, а также динамикой личностных свойств и показателями социально-трудовой адаптации больных.

**Монополярный депрессивный психоз**

В этих случаях заболевание, как правило, начинается в возрасте 30 лет или позже. Манифестация его в большинстве случаев характеризуется развитием реактивных по структуре депрессий; лишь на отдаленных этапах болезни депрессивные фазы становятся аутохтонными. Средняя продолжительность депрессивных фаз при этом типе психоза около 6 мес., причем продолжительность повторных фаз практически не меняется, т. е. сохраняется их относительно затяжной характер.

Синдромальная картина депрессивных фаз на всем протяжении заболевания отличается разнообразием клинических проявлений. В картине депрессивного состояния большое место занимает невротическая симптоматика — сомато-вегетативная, сенестоипохондрическая, тревожно-фобическая. При этом какая-либо закономерность в возникновении той или иной конкретной картины отсутствует. У одного и того же больного она может меняться от приступа к приступу. Более того, по мере развития заболевания в клинической картине монополярного депрессивного психоза происходит изменение соотношения различных по своей структуре депрессивных фаз. Так, на отдаленных этапах болезни реактивных по структуре депрессий, которыми обычно манифестирует заболевание, уже не обнаруживается, а преобладают эндореактивные депрессии. При этом, однако, сохраняется реактивный механизм их развития. В клинической же картине интермиссий сохраняется свойственная им реактивная и аутохтонная аффективная лабильность, а через 10-15 лет болезни происходит заострение свойственных больным в доманифестном периоде шизоидных черт с углублением имевшейся до болезни повышенной чувствительности к изменениям жизненного стереотипа. В соответствии с общими особенностями аффективных психозов монополярному депрессивному психозу свойственна сохранность на всем протяжении болезни преморбидного профессионального и образовательного уровня.

**Маниакальный психоз.**Этот психоз обычно начинается после 35 лет. При монополярном маниакальном психозе, в отличие от монополярного депрессивного психоза, манифестное аффективное состояние развивается аутохтонно, т. е. без каких бы то ни было внешних воздействий. Картина манифестного маниакального синдрома атипична и чаще всего исчерпывается «манией без мании». Последующее развитие заболевания характеризуется затяжным течением фаз, длительность которых достигает 7-12 мес. и со временем существенно не меняется. Характерными являются постепенное начало и литическое окончание фаз на протяжении 2-3 мес., что типично для всего течения заболевания. Если в первые годы заболевания отмечается сезонность в возникновении фаз (преимущественно летом или в начале осени), то затем эта особенность становится менее отчетливой. Длительность ремиссий колеблется в пределах 4-6 лет. Сохраняется аутохтонность в возникновении маниакальных фаз.

Клиническая картина фазно-маниакальных состояний со временем становится все более атипичной. В их картине усиливаются признаки психомоторного возбуждения, и на высоте развития фазы появляются такие гетерономные по отношению к маниакальному аффекту элементы, как кратковременные эпизоды ониризма и отрывочные идеи отношения. Первоначальная маниакальная переоценка собственной личности приобретает явный бредовой оттенок, не доходя, однако, до уровня маниакального бреда. На отдаленных этапах болезни в субъективном переживании аффекта исчезает чувство физического благополучия, становится более выраженной раздражительность, иногда сменяющаяся дисфорией или благодушием. Монотонная активность, обусловленная маниакальным аффектом, становится все менее продуктивной. С течением болезни в маниакальных фазах появляются черты атипичных смешанных состояний. Характерное для маний сокращение сна достигает 3-4 ч. ночного сна.

В ремиссиях эмоциональный фон больных отличается особенной устойчивостью и не обнаруживаются признаки аффективной лабильности. На отдаленных этапах болезни сохраняется ранее свойственная больным стеничность, хотя одновременно выявляются сужение круга их деятельности, заострение таких свойств, как психическая ригидность. Сохраняется изначально свойственный больным высокий образовательный и профессиональный уровень.

В преобладающем большинстве случаев заболевание при этом типе психоза манифестирует до 25 лет. Клиническая картина манифестных фаз характеризуется доминированием эндореактивных и эндогенных депрессий. Причем, по сравнению с монополярным депрессивным психозом, значительно возрастает число классических депрессий. Встречающиеся кратковременные гипоманиакальные эпизоды в виде подъема настроения с ощущением прилива сил, бодрости, оптимизма и жизнерадостности, как правило, связаны с приемом трициклических антидепрессантов и возникают на выходе из депрессивной фазы. При дальнейшем течении заболевания быстро утрачивается связь начала последующих депрессивных фаз с психогениями. Поэтому реактивные по структуре депрессии уступают место эндореактивным и эндогенным, которые очень быстро становятся доминирующими в картине аффективных фаз. Среди депрессивных синдромов в последующих фазах чаще всего преобладают простые депрессии с картиной тоскливо-заторможенной, деперсонализационно-дереализационной или анестетической депрессии. Обнаруживается выраженная тенденция к клишеобразному развитию аффективных фаз с отчетливой сезонностью их возникновения (преимущественно весной и осенью). Со временем наблюдается выраженная тенденция к укорочению фаз (от 4 до 3 мес.) и ремиссий (от 3 до 2 лет). Одновременно отмечается учащение фаз в ходе заболевания.

Свойственные больным изначально гипертимные свойства в промежутках между фазами бывают трудноотличимы от хронических гипоманиакальных проявлений. Признаки аутохтонной аффективной лабильности постепенно становятся преобладающими. На отдаленных этапах болезни, кроме того, все более заметны признаки астенизации личности, у больных отмечаются некоторое снижение их профессионального уровня и даже инвалидизация.

У этих больных маниакальные фазы возникают вдвое чаще, чем депрессивные. Болезнь манифестирует обычно в возрасте около 20 лет с маниакальной фазы, в клинической картине которой доминируют аффективные расстройства по типу психопатоподобной мании. Особенность манифестных аффективных фаз состоит в их сдвоенности, когда за манией сразу следует депрессия (чаще заторможенная). Последующее же течение болезни характеризуется возникновением как сдвоенных (маниакальных и депрессивных), так и одиночных маниакальных фаз, но могут появляться и строенные фазы, а также периоды по 4 фазы и более в одном цикле, но первой всегда развивается маниакальная фаза. В этих циклах продолжительность каждой из фаз существенно не меняется, оставаясь в пределах 4-5 мес. для маниакальных состояний и 2 мес. — для депрессивных. Поскольку циклы болезни постепенно увеличиваются и аффективные расстройства иногда начинают непрерывно сменять друг друга, то течение заболевания в целом может принимать континуальный характер. Но на отдаленных этапах развития психоза частота фаз становится более постоянной. В развитии психоза в этих случаях удается уловить сезонность возникновения аффективных фаз: конец лета — начало осени для маниакальных фаз и конец зимы — начало весны для депрессивных фаз, хотя по мере его течения эта особенность становится все менее отчетливой. Продолжительность ремиссий тем не менее сохраняется стабильной.

Клиническая картина маниакальных состояний от фазы к фазе остается одинаковой и характеризуется в основном чертами психопатоподобной мании на всем протяжении; отмечаются лишь некоторое сглаживание интенсивности психомоторного и идеаторного возбуждения, снижение ранее выраженной конфликтное™, сглаживание психопатологических особенностей маниакальных фаз. На отдаленных этапах данной разновидности аффективного психоза все маниакальные состояния уже более определенно квалифицируются как психопатоподобная мания. В клинической картине депрессий изменения не столь выражены, в единичных случаях в их динамике можно наблюдать присоединение раздражительности и дисфоричности.

В промежутках между приступами отмечаются аутохтонная аффективная лабильность, заострение имевшихся до болезни личностных свойств, таких, как эмоциональная ограниченность и формализм в общении с близкими людьми. На отдаленных этапах болезни пациенты чаще заняты неквалифицированным трудом и имеют группу инвалидности, что свидетельствует о снижении их социально-трудовой адаптации.

Начало заболевания в этих случаях относится к концу третьего десятилетия жизни. Депрессивные состояния, которыми манифестирует данная разновидность аффективного психоза, по своей структуре относятся, как правило, к классической эндогенной депрессии с картиной типичной тоскливой меланхолии, а маниакальные фазы соответствуют картине классической веселой мании.

Динамика заболевания в этих случаях отличается увеличением продолжительности депрессивных и маниакальных состояний. Таким образом, аффективные фазы той и другой полярности постепенно принимают все более затяжной характер, но частота фаз остается относительно стабильной (1—2 фазы в го5) на всех этапах болезни. Сезонность возникновения фаз, отчетливо обнаруживаемая на начальных этапах психоза, со временем стирается.

Особенности динамики фаз, как депрессивных, так и маниакальных, при рассматриваемой разновидности аффективного психоза определяются полюсом аффективных состояний. При манифестации аффективного психоза депрессией возникновение и завершение последующих депрессивных фаз носят все более литический характер, а сами фазы постепенно с годами затягиваются. Как правило, последующие депрессивные фазы носят характер «клише». В клинической структуре маниакальных состояний с картиной классической веселой мании на отдаленных этапах течения болезни усиливаются психопатоподобные расстройства, т. е. происходит трансформация в сторону психопатоподобной мании со свойственными ей раздражительностью, конфликтностью, психомоторным возбуждением и отвлекаемостью. В структуре депрессивных состояний имеется аналогичная трансформация, с появлением раздражительности с дисфорической окраской.

В ремиссиях при отчетливо биполярном аффективном психозе сохраняются явления аутохтонной аффективной лабильности. После депрессивной манифестной фазы в ремиссиях, кроме того, иногда отмечается и соматореактивная лабильность. Она бывает особенно выраженной у женщин в предменструальном периоде, проявляясь иногда в форме «предменструального синдрома».

На отдаленных этапах заболевания в ремиссиях обнаруживается лишь некоторое заострение личностных особенностей. В целом болезнь мало сказывается на образе жизни и трудоспособности. Лишь у тех пациентов, заболевание которых манифестирует депрессивной фазой, отмечаются признаки легкой астенизации (повышенная усталость после физической и психической нагрузки). При манифестации маниакальной фазой у пациентов с годами отмечается снижение профессионального уровня и возможна инвалидизация.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте определение аффективному психозу.

2. Опишите клиническую картину циклотимических депрессий.

3. Опишите клиническую картину меланхолической депрессии.

4. Какова клиническая картина психотической депрессии?

5. Опишите клинические особенности атипичных депрессий.

6. Какова клиническая картина маниакальных фаз?

7. Опишите особенности смешанных состояний.

8. Каковы особенности дифференциальной диагностики аффективных психозов?

9. Назовите принципы лечения депрессивных и маниакальных фаз.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1.АФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. состоянием  переживания тоски с последующей полной амнезией
2. концентрацией  сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на  фоне  аффектогенно суженного сознания; амнезией не сопровождается
3. спонтанным возникновением панических атак и ожиданием их возникновения
4. периодичностью возникновения аутохтонных аффективных нарушений в виде маниакальных, депрессивных или смешанных состояний
5. ощущением облегчения, иногда опустошенности, наступающим в результате вызванных аффектом действий

2. В ГЕНЕЗЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

1. черепно-мозговым травмам
2. злоупотреблению психоактивными веществами
3. генетическим факторам
4. вредностям внутриутробного периода
5. эмоциональным стрессам

3. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

1. подверженность биологическим ритмам
2. высокая метеозависимость
3. эгоцентризм и эмоциональная ригидность
4. рассеянность и снижение внимания
5. повышенный интерес к философии и религии

4. ТИПИЧНЫМ СОМАТИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ МАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. сердцебиение и непереносимость жары
2. повышение аппетита и нарушение сна
3. мышечная слабость
4. потливость
5. тремор

5. ВАЖНЕЙШИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИИ СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕ БАЛАНСА

1. ГАМК и глутамата
2. гистамина и пролактина
3. норадреналина и серотонина
4. гистамина и ацетилхолина
5. дофамина и ацетилхолина

6. НАЧАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНДОРЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИИ

1. по структуре соответствуют смешанным аффективным состояниям
2. возникают аутохтонно, то есть без каких бы то ни было внешних воздействий
3. характеризуются развитием депрессивного состояния, основное содержание которого определяется психотравмирующей ситуацией
4. характеризуются глубокой дезориентировкой в окружающем, сопровождаются галлюцинозом, острым образным  бредом, аффектом тоски, злобы и страха
5. характеризуются ощущением облегчения, иногда опустошенности, наступающим в результате вызванных аффектом действий

7. МОНОПОЛЯРНЫЙ МАНИАКАЛЬНЫЙ ТИП АФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. преобладанием смешанных аффективных состояний
2. регулярной сменой депрессивных и маниакальных фаз
3. преобладанием маниакальных фаз над депрессивными
4. сменой выраженных маниакальных и субдепрессивных фаз
5. развитием только маниакальных фаз

8. МОНОПОЛЯРНЫЙ ДЕПРЕССИВНЫЙ ТИП АФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. развитием смешанных аффективных состояний
2. регулярной сменой и примерно равным количеством депрессивных и маниакальных фаз
3. чередованием выраженных депрессивных  и гипоманиакальных состояний
4. преобладанием депрессивных фаз над маниакальными
5. периодическим возникновением только депрессивных фаз

9. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. одноприступный тип
2. прогредиентный тип
3. течение «умноженными» фазами
4. «альтернирующий тип»
5. периодический (или интермиттирующий) тип

10. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ВИДЕ:

1. смешанного состояния
2. депрессивной фазы
3. маниакальной фазы
4. гневливой мании
5. гипомании

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

К невропатологу направлен больной по поводу нарушений сна. При осмотре сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но, несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на «ты» и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей. Подвижен, с трудом удерживается на одном месте, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Установите диагноз заболевания.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1) Инсомния, гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность, идеи величия, конфликтность, отсутствие критики.

2) Маниакальный синдром.

3) Биполярное аффективное расстройство.

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – конфликтность (опасность для окружающих – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»).;

5) Психофармакотерапия – назначение нормотимиков, для купирования возбуждения показано назначение нейролептиков.

**Задача №2**

Больную в диспансер привела мать. Сообщила, что дочь вновь в течение месяца почти не спит. Очень активна, старается всеми командовать и руководить, из-за чего постоянно конфликтует с окружающими. В течение последней недели стала приводить домой случайных знакомых и раздаривать им свои личные вещи, одежду. Постоянно весела, поет, дома не может усидеть на месте. Во время беседы громко говорит, легко рифмует слова, быстро переключается с одной темы на другую, в связи с чем речь непоследовательна. Считает себя самой умной и проницательной, грозит доктору, что разгадала его планы, и при этом заразительно смеется.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Установите диагноз заболевания.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?
5. Определите тактику лечения больной.

**Эталон ответа**

1) Инсомния, гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность, идеи величия, конфликтность, отсутствие критики.

2) Маниакальный синдром.

3) Биполярное аффективное расстройство.

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – конфликтность (опасность для окружающих – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»).

5) Психофармакотерапия – назначение нормотимиков, для купирования возбуждения показано назначение нейролептиков.

**Задача №3**

Пациент В., 32 года, по специальности стоматолог. Первый эпизод изменения настроения отмечался весной четыре года назад. Перестал ходить на работу, испытывал чувство тоски, возникали суицидальные мысли и идеи самообвинения, отказывался от еды. Взял отпуск за свой счет и через две недели вышел из состояния депрессии, на следующий год весной заметил противоположное состояние. Много и продуктивно работал, мало спал, повысилась энергия, и возникло множество планов, которые успешно реализовывал. На высоте этого состояния требовал у заведующего поликлиникой разрешить ему «ночную работу» для проведения специальных исследований, ссорился с сослуживцами, уже утром приходил на работу в нетрезвом состоянии. При амбулаторном посещении психиатра отказался от лечения и госпитализации. Маниакальный эпизод продолжался две недели и повторился ровно через год. На этот раз пациента уговорили принимать препараты лития, и состояние стабилизировалось на протяжении года. Последний - депрессивный - эпизод вновь происходит весной, но приобретает затяжной характер. Увольняется с работы, бездеятелен. Тяжело страдает от своей неполноценности. Считает, что все кончено. Жалуется на чувство «камня на груди», нехватку воздуха при вдохе, есть не хочется, «еда падает в пустоту». На этом фоне начинает употреблять алкоголь, но он только углубляет состояние тоски. Просит у приятеля дать ему ружье, «чтобы поохотиться», пытается совершить суицидальную попытку. При осмотре поза подчинения, складка Верагута, печально вздыхает, держась за грудь. Считает, что лечить его не нужно, лучше дать спокойно умереть. Рассказывает о снах, в которых видит в подземных коридорах мертвецов. Отмечает, что когда смотрит на окружающих, создается впечатление, что они уже умерли. Время течет медленно, как будто вечность. К вечеру состояние несколько улучшается.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Обоснуйте диагноз заболевания.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, ангедония, идеи самоуничижения, предсердная тоска, соматические проявления депрессии, суицидальные мысли и действия, моторная и идеаторная заторможенность, элементы дереализации.

2) Депрессивный синдром.

3) На биполярное аффективное расстройство указывает отчетливая смена маниакальных и деперессивных фаз, наличие интермиссий.

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли (опасность для себя – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»).

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов.

**Задача №4**

Пациент К. 1982 года рождения впервые госпитализирован в психиатрический стационар, доставлен скорой психиатрической помощью. Из направления врача СПП известно: «Скорую» вызвала милиция в связи с неадекватным поведением пациента. На улице приставал к прохожим, женщинам предлагал замужество, раздавал деньги, утверждал, что владеет огромным капиталом. При осмотре отмечаются приподнятое настроение, двигательная расторможенность, речь ускорена по темпу, в виде напряженного монолога, многократно обращается к врачу с предложениями реорганизовать работу отделения, утверждает, что готов «вложить миллионы в развитие больницы», для него «это копейки». Ночной сон не более 4 ч, с частыми пробуждениями. При расспросе отмечает у себя колебания настроения как в сторону повышения («бывали дни благополучия и невероятной бодрости…»), так и периоды «грусти, когда тоскливо, безрадостно на душе…». Со слов пациента, длились указанные эпизоды не более 2 нед, за помощью к врачам не обращался. Из анамнеза: в школу пошел своевременно, окончил с отличием 10 классов и СПбГУ. Владеет английским, испанским, французским языками. Около 5 лет работал преподавателем иностранных языков в гимназии. В последующем преподавательскую деятельность оставил, занялся малым бизнесом, весьма успешно. Женат, от брака двое детей.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Обоснуйте диагноз заболевания.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?.
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1) Инсомния, гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность, идеи величия, отсутствие критики.

2) Маниакальный синдром.

3) На биполярное аффективное расстройство указывает смена маниакальных и депрессивных эпизодов, наличие интермиссий, отсутствие признаков слабоумия по шизофреническому или органическому типу.

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются (ухудшение состояния – ст. 29, пункт 3 Закона «О психиатрической помощи…»).

5) Психофармакотерапия – назначение нормотимиков, для купирования возбуждения – применение нейролептиков.

**Задача №5**

В стационар госпитализирована больная 31 года после неудачной попытки самоповешения после незначительной автоаварии, задела впереди едущий автомобиль. Причиной суицидальной попытки называет чувство вины и стыда перед родными за «свою никчёмность». Отмечает стойкое снижение настроения, кратковременный сон с ранними пробуждениями, отсутствие радости, мысли о своей бесперспективности, чувство тоски и тяжести в области груди. Периодически приходят мысли о нежелании жить. Ранее уже переносила подобные состояния дважды, за помощью не обращалась, состояние улучшалось спонтанно. В студенческие годы, в течении 2-х месяцев, отмечался эпизод приподнятого настроения, повышенной активности и работоспособности.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Обоснуйте диагноз заболевания.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?
5. Определите тактику лечения больной.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, ангедония, идеи самоуничижения, суицидальные мысли и действия, моторная и идеаторная заторможенность;

2) Депрессивный синдром;

3) На биполярное аффективное расстройство указывает смена маниакального и деперессивных эпизодов, наличие интермиссий;

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли (опасность для себя – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»);

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов;

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения клинические особенности манифестных фаз.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Современные подходы к профилактике аффективных состояний.

2. Особенности организации помощи пациентам с аффективными психозами в современных условиях.

3. Роль нейробиологических исследований в изучении этиопатогенеза аффективных психозов.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О. 01.1.4.64. **Тема:** «Возрастные особенности аффективных психозов».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Аффективные расстройства не являются специфичным признаком маниакально-депрессивного психоза — они могут возникать при самых различных психических заболеваниях. Диагностические навыки и приемы, используемые при выявлении юношеских и возрастных депрессий, имеют важное значение для организации полноценного обследования и лечения пациента.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки возрастных особенностей аффективных расстройств.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные признаки и специфические особенности аффективных нарушений, характерных для определенных возрастных периодов.

Уметь: выявлять симптомы и синдромы аффективных расстройств на разных возрастных этапах.

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств и оценки анамнестических данных в разных возрастных группах пациентов с аффективными нарушениями.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения возрастной специфичности аффективных расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с возрастными особенностями аффективных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 30 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Нейропсихология аффективных нарушений».  - Беседа с больным, выявление негативной и продуктивной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 90 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Юношеские депрессии**

Аффективные нарушения являются одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии в подростковом и юношеском возрасте, хотя, вероятно, только небольшая часть больных попадает в поле зрения психиатров. Столь высокая частота манифестации аффективных расстройств во многом обусловлена особыми, свойственными только пубертатному периоду, психическими проявлениями, к которым относятся выраженная эмоциональная неустойчивость, повышенная реактивность с особой выраженностью и подвижностью эмоциональных реакций, так называемая пубертатная лабильность настроения и большая полюсность чувств. В связи с этим пубертатный период получил название «возраста настроений» или «периода юношеского смятения». Возникновению аффективных расстройств в этом возрастном периоде в значительной мере способствуют и некоторые социальные сдвиги (изменение учебного, семейного и трудового статуса, начало самостоятельной жизни). Это зачастую ведет к срыву адаптации и конфликтам со средой у недостаточно зрелой личности. Влияние возрастного фактора находит свое отражение как в особенностях клинической картины эндогенных депрессивных и маниакальных состояний, так и в формах течения аффективного психоза в целом.

Могут быть отмечены следующие клинические особенности:

1) атипичность тимического компонента аффективного синдрома. При депрессиях преобладают безразличие, апатия, скука или угрюмо-раздражительный фон настроения при отсутствии жалоб на чувство тоски, подавленности. При маниакальных состояниях отсутствует чувство радости, веселья при наличии взбудораженности и гневливости;

2) как при депрессивном, гак и при маниакальном синдроме в юношеском возрасте обращают на себя внимание невыраженность классического витального компонента, малая выраженность и частая инверсия суточных колебаний настроения;

3) атипичность идеаторных проявлений аффективных расстройств. При депрессиях вместо выраженной идеаторной заторможенности наблюдаются идеаторные расстройства особого рода, поражающие ценностно-смысловую сферу с доминированием рационалистических размышлений о неизбежности смерти, бесцельности существования, утрате смысла учебы, работы, проявлением особого депрессивного мировоззрения (экзистенциальная депрессия по H.Hafner), увлечением мистицизмом, «бегством в религию» или когнитивные нарушения с жалобами на снижение памяти, нарушение умственной работоспособности, наиболее отчетливо проявляющееся на фоне учебных нагрузок, — состояния «юношеской астенической несостоятельности», описанные J.Glatzel, J.Huber и подробно изученные И.В.Олейчиком. В маниакальных состояниях вместо ускорения течения ассоциативных процессов наблюдается снижение продуктивности и творческой активности в реальной деятельности при усиливающейся тенденции к формированию сверхценньгх интересов к политике, философии с попыткой реформаторства; 4) особая выраженность как при депрессиях, так и при маниях психопатоподобных проявлений с конфликтностью, грубостью, склонностью к противоправному делинквентному поведению и оппозиции к родным, злоупотреблению алкоголем и лекарственными препаратами.В формировании этих особенностей принимают участие наряду с аффективными нарушениями личностные сдвиги в виде стремления к самостоятельности, игнорирование авторитетов и т.п. Несмотря на внешне сходный характер психопатоподобных проявлений при депрессиях и маниях имеются и различия. Так, если при эндогенных депрессиях нарушение поведения связано в основном с недовольством собой и окружающими, чувством неприкаянности, обиды при наличии проекции чувства вины вовне (прежде всего на родителей), то при маниях отмечается истинное растормаживание влечений с чувством внутреннего дискомфорта и напряжения. Крайним выражением этих состояний являются ауто- и гетероагрессивные намерения и поступки. Здесь речь идет прежде всего о суицидах, высокая частота которых в рассматриваемом возрастном периоде обусловлена как легкостью возникновения чувства отчаяния, так и низким суицидальным порогом. Кроме того, при маниакальных и гипоманиакальных состояниях у детей чаще, чем у лиц зрелого возраста, наблюдается асоциальное и деликвентное поведение (кражи, драки, алкогольные эксцессы); 5) наличие особых аффективных синдромов, отражающих повышенный интерес и озабоченность подростков по поводу своего внешнего облика и физического развития тела. При депрессиях это дисморфофобические (дисморфоманические) синдромы с депрессивными идеями собственной малоценности и самоуничижения, при маниакальных состояниях — сверхценный интерес и внимание к своему физическому Я с утрированным стремлением к самоутверждению (в виде, например, упорных занятий спортом).

Как правило, началу эндогенных депрессий и маний в юношеском возрасте предшествует этап субклинических расстройств, выражающийся в усилении лабильности настроения вплоть до возникновения стертых гипоманиакальных и субдепрессивных фаз. Как показала Т.В.Владимирова, манифестация аффективной фазы в 77 % случаев бывает психогенно спровоцированной, причем у 36 % больных аффективные расстройства возникают в ответ на перегрузки в учебе, а в остальных случаях наблюдаются тяжелые психотравмирующие события (смерть одного из родителей и т.п.). Связанные с психотравмой переживания определяют клиническую картину манифестной фазы на первых этапах, но по мере развития психоза аффективные расстройства постепенно приобретают витальный характер с особой тоской и суточными колебаниями настроения. Приблизительно в одной трети случаев длительность аффективных фаз не превышает 3 мес, и практически в таком же числе наблюдений они длятся 4—6 и 7—12 мес.

**Особенности аффективных расстройств позднего возраста**

Процессы старения оказывают существенное влияние на психопатологические проявления аффективных фаз, частоту их и общее течение заболевания. Фактор возраста влияет и на частоту возникновения моно- и биполярных форм аффективного психоза. Монополярное течение аффективного психоза более часто наблюдается в возрастном периоде инволюции и старости. Синдромальная картина этих фаз характеризуется широким диапазоном клинических проявлений. В этих случаях встречаются практически все клинические разновидности аффективных фаз, наблюдающиеся в более ранние возрастные периоды. Это связано с тем, что отдельным клиническим разновидностям аффективных психозов свойственна высокая устойчивость клинических проявлений на протяжении всей жизни, особенно при наиболее типичных случаях маниакально-депрессивного психоза.

Однако более часто поздний и старческий возраст оказывает модифицирующее влияние на проявления аффективных психозов. В этих случаях в клинической картине депрессивных фаз наряду с такими типичными депрессивными симптомами, как общая подавленность, упадок побуждений и инициативы, мрачные размышления, чувство вины, расстройство сна, снижение массы тела и др., возникает характерный для позднего возраста комплекс симптомов: тревога, ипохондрия и бред. Доминирование перечисленных возрастных симптомов определяет появление особых разновидностей депрессивных фаз. Характерными для позднего возраста являются три основных типа депрессивных психозов. Наиболее простой синдромальный вариант — тревожно-ажитированная депрессия, в клинической картине которой симптомы подавленности сочетаются с переживанием страха и явлениями двигательного возбуждения. Другая разновидность депрессивного психоза — ипохондрическая депрессия, характеризующаяся тревожно-депрессивными расстройствами и ипохондрическими опасениями. Содержание ипохондрических переживаний бывает различным. Чаще всего внимание больных фиксировано на соматоформных проявлениях самого депрессивного синдрома, особенно на нарушениях функции кишечника, расстройствах аппетита, снижении массы тела. Эти симптомы обычно становятся содержанием канцерофобии. Ипохондрические опасения также могут быть связаны с симптомами реально существующих хронических соматических заболеваний, а также сочетаться с различными патологическими ощущениями и алгиями. Характерной особенностью этих клинических разновидностей депрессии является тенденция к быстрой трансформации сверхценных ипохондрических опасений в нигилистический бред.

Наконец, наиболее сложная психопатологическая структура депрессивного психоза наблюдается при развитии меланхолической парафрении. Депрессивные идеи (идеи виновности, осуждения) в этих случаях приобретают фантастический характер. Они сопровождаются яркими образными сценоподобными представлениями устрашающего характера. Развиваются зрительные и слуховые иллюзии. Двигательное беспокойство достигает степени выраженной ажитации, чередующейся с эпизодами двигательного оцепенения. Одной из важных особенностей депрессивных фаз, особенно в более позднем возрастном периоде, является наличие психоорганических симптомов в виде снижения памяти, обеднения речи, трудности ориентировки, эпизодических состояний спутанности в ночное время. В большинстве случаев эти расстройства обратимы, они редуцируются при снижении интенсивности депрессивной симптоматики. Маниакальные состояния в позднем возрасте изучены меньше, что связано с традиционными представлениями о том, что мании в позднем возрасте редки. Однако в ряде эпидемиологических исследований было показано, что с возрастом у некоторых больных частота маний может нарастать.

Целенаправленное изучение особенностей клинико-типологической структуры поздних маний было проведено М.П.Андрусенко и W.Zeh. При этом выделен ряд клинических типов маниакальных состояний, наиболее часто встречающихся в позднем возрасте. К их числу относятся веселая мания, при которой наряду с характерными для маниакального синдрома проявлениями наблюдаются атипические, связанные с возрастной модификацией признаки; отсутствие ускорения темпа речи даже при непрерывном речевом возбуждении, чрезмерная обстоятельность и персеверативность речевых оборотов, сочетание гиперамнезии на прошлое с мнестической слабостью на текущие события. Указанные признаки обычно резко усиливаются при возрастании маниакального возбуждения.

Другой клинический тип — гневливая мания, характеризуется сочетанием маниакального возбуждения со стойким раздражительно-гневливым фоном настроения. Особенностями таких маниакальных состояний являются выраженная аффективная лабильность, легкость присоединения тревожного аффекта, готовность к возникновению параноических идей с типичной для позднего возраста ущербной тематикой, а также появление психоорганических симптомов, степень выраженности которых зависит от интенсивности маниакального возбуждения.

В позднем возрасте наблюдается также особый тип мании, напоминающий по клиническим особенностям состояние деменции старческого возраста — сенильноподобная мания, которая отличается выраженными возрастными атипиями. При общей веселой возбужденности, говорливости и горделивости высказываний отчетливо выступают благодушно-эйфорический фон настроения, полная беспечность и некритичность к ситуации в целом. Поведение носит нелепо-дурашливые черты с эротичностью и грубой циничностью высказываний. Эти особенности придают статусу больного сходство с таковым при прогрессивном параличе. Аффективные психозы в позднем возрасте имеют менее благоприятный прогноз.

При монополярном развитии психоза наблюдается тенденция к учащению депрессивных фаз и сокращению продолжительности циклов вследствие укорочения длительности ремиссий. Наряду с этим происходит ухудшение качества ремиссий. Основная роль в этом принадлежит резидуальной депрессивной симптоматике, а также стойким соматовегетативным расстройствам. Анализ рекуррентно протекающего депрессивного психоза показал, что с возрастом частота таких неполных ремиссий возрастает.

Ухудшение прогноза в позднем возрасте наблюдается при биполярном аффективном психозе. Это связано прежде всего с тенденцией к безремиссионному чередованию депрессивных и маниакальных приступов, т.е. континуальному течению заболевания. При этом происходит утяжеление как депрессивных, так и маниакальных проявлений. Кроме того, наблюдается изменение ритма чередования аффективных фаз. Учащение фаз при уменьшении их продолжительности и сокращении межприступных интервалов приводит к формированию так называемого быстрого цикла с частой сменой противоположных аффективных расстройств.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте определение депрессии.

2. Перечислите признаки, характерные для юношеской депрессии.

3. Дайте характеристику аффективных нарушений подросткового возраста.

4. Опишите особенности психопатоподобных нарушений при юношеских депрессиях.

5. С какими психическими расстройствами необходимо дифференцировать юношеские депрессии.

6. Какие клинические особенности характерны для депрессий позднего возраста?

7. Перечислите клинические варианты депрессий позднего возраста.

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Девушке 15 лет. Физическое телосложение характеризовалось излишней полнотой, что, начиная с 14-летнего возраста, стало вызывать у девушки кратковременные депрессивные реакции. Часто смотрелась в зеркало, задавала вопросы матери о полноте, избавлении от нее. Затем мать заметила, что девушка не ест мучные и жирные блюда, думая, что ее не видят, выбрасывает их. Стала худеть, потеряла в весе 9 кг.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Какое заболевание можно предположить?
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?
5. Обоснуйте ответ на 4-й вопрос

**Эталон ответа**

1) Периоды сниженного настроения, уверенности во внешнем дефекте и непривлекательностичрезмерное ограничение в еде с нелепой попыткой скрыть это от окружающих, выраженная потеря веса;

2) Депрессивный синдром с нервной анорексией и диморфоманией;

3) Юношеская депрессия (расстройство адаптации. депрессивные эпизо5) с нервной анорексией и диморфоманией;

4) Имеются;

5) Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для себя (отказ от еды), ухудшение состояния без оказания помощи (ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи…»);

**Задача №2**

У подростка 17-ти лет немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Моторика заторможена. Мышление замедленно, высказывает идеи самоунижения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль и тоску.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Какое заболевание можно предположить?
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?
5. Обоснуйте ответ на 4-й вопрос.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, депрессивный бред (идеи самоуничижения), суицидальные мысли.

2) Депрессивный синдром.

3) Юношеская депрессия (расстройство адаптации, депрессивные эпизо5).

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются.

5) Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…».

**Задача №3**

У девочки 13 лет после конфликта с одноклассниками резко снизилось настроение, появилось настойчивое стремление к похуданию, связанное с необоснованной боязнью полноты. Она отказывается от большинства видов продуктов и от регулярного приема пищи. Обращает пристальное внимание на информацию о калорийности продуктов. Вес снизился до 37 кг.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Определите, на фоне какого критического периода они проявились.
4. Какие социально-психологические факторы этому могли способствовать.
5. Есть ли основания для недобровольной госпитализации?

1) Периоды сниженного настроения, уверенности во внешнем дефекте и непривлекательности, чрезмерное ограничение в еде, выраженная потеря веса;

2) Юношеская депрессия (расстройство адаптации, депрессивные эпизо5) с нервной анорексией и диморфоманией;

3) Аффективные нарушения проявились на фоне пубертатного криза;

4) Аффективные нарушения были спровоцированы психотравмирующей ситуацией в школе;

5) Основания для недобровольной госпитализации есть, опасность для себя и ухудшение состояния – ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи…»;

**Задача №4**

Родственники больной А., 53-х лет, стали слышать от нее жалобы на резкое снижение настроения, особенно в утренние часы. Пациентка жаловалась на гнетущую тоску, чувство безысходности, нежелание жить. Причиной возникновения подобного чувства считает то, что она «напрасно прожила свою жизнь, ничего стоящего не сделала», «всем всегда была в тягость». Считает себя никчемным, недостойным жизни человеком. Также отмечает, что все вокруг перестало радовать, пища стала безвкусной, краски тусклыми, «как будто все подернуто пеленой». Жаловалась на чувство тяжести за грудиной, «как будто положили камень». Во время беседы с врачом речь замедлена, отвечает после длительных пауз. Выражение лица скорбное. Движения также замедлены, дома большую часть времени проводит в постели. Призналась врачу, что восприняла бы смерть с облегчением.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Установите диагноз заболевания.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?
5. Определите тактику лечения больной.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, ангедония, идеи самоуничижения, предсердная тоска, соматические проявления депрессии, суицидальные мысли, моторная и идеаторная заторможенность.

2) Депрессивный синдром.

3) Инволюционная депрессия.

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли (опасность для себя – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»).

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов.

**Задача №5**

У больного 55 лет немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Отмечает у себя, кратковременный сон с ранними пробуждениями, отсутствие радости, мысли о своей бесперспективности, чувство тоски и тяжести в области груди. Периодически приходят мысли о нежелании жить. Лицо выражает глубокую печаль

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Какое заболевание можно предположить?
4. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?
5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, депрессивный бред (идеи самоуничижения), суицидальные мысли.

2) Депрессивный синдром.

3) Биполярное аффективное расстройство или инволюционная меланхолия (депрессия).

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются.

5) Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…».

**12. Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения специфические для определенного возраста психические симптомы аффективных расстройств.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Значение аффективных расстройств в развитии и клинической картине возрастных деменций.

2. Особенности реактивных депрессий в подростковом возрасте.

3. Инволюционная меланхолия. История вопроса.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.65. **Тема:** «Аффективные заболевания непсихотического уровня».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Аффективные нарушения непсихотического уровня среди населения наблюдаются преимущественно амбулаторно. Однако среди соматических и неврологических больных данные расстройства встречаются значительно чаще – до 7%. Это определяет важность и актуальность поисков новых и эффективных методов диагностики и лечения данной патологии.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки клинической картины и организации помощи пациентам с аффективными расстройствами непсихотического уровня.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные клинические признаки аффективных расстройств непсихотического уровня.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы аффективных расстройств непсихотического уровня.

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств, характерных для циклотимии и дистимии.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления непсихотических аффективных расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление этиологическими и патогенетическими подходами к диагностике непсихотических аффективных расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современные концепции патогенеза циклотимии».  - Беседа с больным, выявление аффективных расстройств непсихотического уровня с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Циклотимия** — аутохтонно возникающие персистирующие состояния патологически измененного аффекта с чередованием периодов гипомании и неглубокой депрессии в виде отдельных или сдвоенных эпизодов (фаз), разделенных интермиссиями или развивающихся континуально.

В традиционной нозологической классификации циклотимия рассматривается в единстве с маниакально-депрессивным психозом (циклофренией) как его легкий, абортивный вариант. Наряду с дискретными биполярными аффективными расстройствами (т. е. собственно циклотимическими фазами) к циклотимии относят и личностные девиации циклоидного круга.

**Дистимия** — хронические (длительностью не менее 2 лет) депрессии, развивающиеся (как и циклотимические) на непсихотическом уровне при минимальной выраженности аффективного расстройства.

При дистимии даже в периоды экзацербаций отсутствуют не только бредовые, галлюцинаторные и/или ступорозные проявления, но и такие свойственные тяжелой депрессии симптомы, как стойкие идеи виновности, суицидальные мысли и попытки, отчетливое психомоторное торможение или ажитация. Хотя дистимия во многом совпадает с невротической депрессией, эти понятия не синонимичны. Синдромальное понятие «дистимия» шире традиционной нозологической категории «невротическая депрессия» и включает группу затяжных непсихотических депрессий. В МКБ-10 эта группа аффективных расстройств непсихотического уровня входит в общий кластер «Хронические (аффективные) расстройства настроения» (F34), образованный рубриками «Циклотимия» (F34.0), «Дистимия» (F34.1) и такими «остаточными» (в терминологии МКБ-10) рубриками, как «Другие» и «Неуточненные» хронические аффективные расстройства (F34.8 и F34.9 соответственно). Основным аргументом при объединении указанных расстройств в единую категорию послужили данные генеалогических исследований, позволившие предположить наличие генетического сродства циклотимии и дистимии с наследственным кругом аффективных заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Клиническую картину циклотимии и дистимии определяют проявления депрессий и гипоманий, которые включают собственно аффективные расстройства (гипо- и гипертимию) и нарушения в аутопсихической и соматопсихической сферах. Как при циклотимии, так и при дистимии преобладают депрессии, интрапсихические и телесные симптомы которых характеризуются большим клиническим полиморфизмом и субъективной тягостностью.  
Депрессии  
В современной психиатрии существует множество классификаций депрессий, основанных на результатах мультидисциплинарных исследований (биологических, генетических, эпидемиологических, патопсихологических, клинических) и на различных принципах построения: концепция «депрессивного спектра».

Позитивная аффективность. патологически продуктивная, гиперестетическая аффективность представлена в структуре депрессии феноменами депрессивной гиперестезии, предельно выраженными при витальной (тоскливой) депрессии. Негативная аффективность проявляется в виде психического отчуждения, максимально выраженного при апатической депрессии. Феномены негативной аффективности. формирующиеся в структуре депрессии, не следует отождествлять с проявлениями шизофренического дефекта. Эти нарушения (к ним в первую очередь относятся изменения основного настроения, эмоциональной реактивности, снижение подвижности, активности, витальности, инициативы, а также когнитивные расстройств1) носят временный и принципиально обратимый характер. При анестетических депрессиях феномены позитивной и негативной аффективности представлены в относительно равной пропорции. Крайние секторы на приведенной схеме отражают дистимические депрессии, для которых характерно смещение составляющих в соматопсихическую либо личностную сферу.

Циклотимические депрессии. Витальная депрессия на циклотимическом уровне обычно определяется стертыми признаками меланхолии с беспричинным пессимизмом, унынием, подавленностью. При этом в клинической картине обнаруживается большинство подчиненных суточному ритму проявлений позитивной аффективности: тоска, тревога, чувство вины и пр. Явления депрессивной гиперестезии, имеющие особый — протопатический — характер, несмотря на телесную проекцию (область груди, эпигастрия — прекардиальная, надчревная тоск1), воспринимаются как тягостное психическое расстройство — «психическая гипералгезия». Однако в отличие от «большой депрессии» эти расстройства не очень стойки и непродолжительны. Так, чувство тоски может проявляться периодически на протяжении дня, но в виде кратковременных (от нескольких минут до получас1) эпизодов. Хотя в отдельных случаях в клинической картине формируются сверхценные образования, соответствующие аффекту, — идеи стыда, моральной ответственности, обычно заниженная самооценка с представлениями о собственной никчемности, непригодности к профессиональной деятельности или семейной жизни не достигает уровня овладевающих представлений и сосуществует с конкурирующими, отражающими реальное положение дел идеями. Признаки идеомоторного торможения могут достигать достаточной выраженности, однако максимум их проявлений приходится на утренние часы; вместе с тем на протяжении дня сохраняется известная активность, большинство больных продолжают работать, выполнять (хотя и с трудом) повседневные обязанности. В отличие от депрессий, наблюдающихся при аффективных психозах, циклотимические депрессии протекают без выраженных признаков остроты состояния (страх, растерянность, меланхолический раптус, аффективное оцепенение, депрессивный ступор).

Для апатической депрессии характерно преобладание явлений негативной аффективности. В этих случаях в клинической картине доминирует дефицит побуждений с падением жизненного тонуса. Сохраняющаяся активность отчасти маскирует наступивший изъян (внешне образ жизни и характер деятельности существенно не меняются), но все поступки как бы лишаются внутреннего смысла, совершаются в силу необходимости, «по привычке», «автоматически». Апатический аффект лишен выразительности и сопряжен с обеднением мимики, монотонностью речи, обычно малозаметной, но временами достигающей уровня отчетливой акинезии, замедленностью движений. Депрессия манифестирует внезапным чувством отрешенности от прежних желаний, безучастности ко всему окружающему и собственному положению, отсутствием заинтересованности в результатах своей деятельности, свойственной ранее вовлеченности в события жизни. Изменившееся самоощущение резко контрастирует с доболезненным. Однако неотступные мысли о самоубийстве, побуждающие больных к многократным, а подчас и брутальным суицидальным попыткам, наблюдаются редко. При апатической депрессии (в отличие от тоскливой) витальные расстройства, сопряженные с признаками отчуждения, не имеют гиперестетических проявлений. Доминирует не всегда четко определяемое субъективно ощущение внутреннего дискомфорта, безысходности, нарастающего беспокойства, напряжения, нередко сочетающегося с вялостью. На первый план (хотя и под маской безразличия или даже безучастности к событиям окружающей жизни) выдвигается мрачная угнетенность, связанная с осознанием происшедших изменений аффективной жизни («синдром потери»). В структуре циклотимической депрессии с картиной психической анестезии, при которой уровень болезненных расстройств относительно неглубок, признаки отчуждения и гиперестетические проявления патологически измененного аффекта не достигают полной психопатологической завершенности и носят парциальный характер. Отчуждение ограничивается явлениями «неистинности эмоций» — по P.Schilder (ощущение приглушенности чувст3) и анестезии соматических функций (отсутствие чувства сна, насыщения, жажды и др.). Представления о собственной личности, образующие эгопсихический комплекс, объединяясь с психической анестезией, исчерпываются переживанием утраты эмоционального резонанса. В отличие от анестетических меланхолий, наблюдающихся при маниакально-депрессивном психозе, феномены отчуждения сочетаются не с болезненным бесчувствием, а с аффектом иной структуры — ангедонией, проявляющейся сознанием внутренней неудовлетворенности, чувством неудовольствия. При этом речь идет о мягких вариантах депрессивного отчуждения, в том числе и о вариантах, при которых феномены отчуждения не носят генерализованного характера, наблюдаемого при anaesthesia psychica dolorosa, и ограничены какой-либо одной психической сферой — когнитивной, соматопсихической и др. Один из таких вариантов, с преимущественной заинтересованностью идеаторной сферы, развивается в виде моральной анестезии, которая позднее была обозначена как апперцептивная анестезия. Болезненное отчуждение манифестирует сознанием неудовлетворенности собственной психической деятельностью, «морального уродства» вследствие утраты способности к логическому мышлению, установлению последовательных связей между событиями, усвоению элементарного смысла вещей. Проявления моральной анестезии носят ограниченный характер, не распространяются на сферу чувств и, как правило, сочетаются со склонностью к драматизации и заинтересованностью в сострадании. Хотя уровень отчуждения относительно неглубок и выражается главным образом в снижении насыщенности восприятия и воображения, в субъективной оценке опасения необратимости наступивших изменений умственной деятельности, постоянные сопоставления с прежними, доболезненными психическими возможностями, возводимыми в ранг идеального совершенства, выдвигаются на первый план. Симптомокомплексы апперцептивной анестезии обычно нестойки и полностью редуцируются по мере обратного развития депрессии. При преобладании феноменов депрессивного отчуждения в соматопсихической сфере формируется «депрессия без грусти, чаще всего представляющая собой один из вариантов дебюта циклотимии, при котором явления негативной аффективности сменяются витальной депрессией. В клинической картине депрессии без грусти доминирует соматовегетативный симптомокомплекс с отчуждением витальных влечений (утрата потребности в сне с тотальной инсомнией, полная редукция чувства голода с дефицитом питания). Такие признаки дефицита влечений рассматриваются как нарушения самосознания витальности и определяются термином «витальная деперсонализация». В то же время гиперестетические проявления выражены минимально: при объективно регистрируемых признаках депрессии (патологический циркадианный ритм, депрессивное торможение и др.) в ее картине как бы отсутствует облигатный элемент — собственно депрессивный аффект.

Дистимические депрессии. Катестетическая (соматизированная) дистимия.

В клинической картине этих депрессий уже на инициальных этапах доминируют соматовегетативные и астенические симптомокомплексы. Наиболее типичны жалобы на общее плохое самочувствие, сердцебиение, одышку, запоры, слезливость, плохой сон с частыми пробуждениями. Собственно аффективные проявления не носят характера витальности («матовая тоска» без первичного чувства вины и идеаторного торможения) и развиваются с преобладанием тревоги и подавленности. Аффективные симптомокомплексы (угнетенное настроение, пониженная самооценка, пессимизм и др.) тесно связаны с соматоформными расстройствами, интегрированными в структуру депрессивного синдрома, и субъективно оцениваются как следствие постоянного физического недомогания. В ряде случаев «перекрывание» аффективных и соматоформных расстройств приводит к формированию общих симптомов. При этом подавленность, тоскливость приобретают физикальный оттенок (жжение в области гортани или кишечника, «леденящий холод» под ложечкой, «щемящий овал» в эпигастрии). На первых этапах интенсивность дистимического аффекта, а также тревожные опасения за свое здоровье, сопряженные с внутренним напряжением, бессилием, массивными вегетативными расстройствами (тахикардия, дисгидроз, головокружения, тремор, потливость, абдоминальный дискомфорт), колеблются в связи с меняющимися условиями жизни, возникновением либо разрешением конфликтов. В дальнейшем (по мере хронификации' состояния) снижается острота тревожных и аффективных расстройств, внешние события все меньше сказываются на динамике клинических проявлений. При этом определяется два основных направления развития болезненных проявлений. В одних случаях на первый план выступают признаки астении (тревога и беспокойство замещаются снижением активности с чувством физического бессилия, напряженность — вялостью). Усиливается склонность к самощажению, экономии сил, избеганию обязанностей, выходящих за пределы необходимого минимума. В других случаях доминирующими становятся явления невротической ипохондрии. Расширяется круг аномальных телесных ощущений (сенестезии, дизэстетические кризы). Персистирующие телесные сенсации поддерживают готовность к обостренному самонаблюдению и сопровождаются усилением фобий ипохондрического содержания (кардио-, канцеро-, нозофобии).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте определение дистимии.
2. Дайте определение циклотимии.
3. Перечислите признаки позитивной и негативной аффективности.
4. Перечислите признаки циклотимического снижения настроения.
5. С какими психическими расстройствами необходимо дифференцировать дистимию?
6. Перечислите признаки соматизированной дистимии.
7. Перечислите признаки дистимической депрессии.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. АУТОХТОННО ВОЗНИКАЮЩИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОГО АФФЕКТА С ЧЕРЕДОВАНИЕМ ПЕРИОДОВ ГИПОМАНИИ И НЕГЛУБОКОЙ ДЕПРЕССИИ В ВИДЕ ОТДЕЛЬНЫХ ИЛИ СДВОЕННЫХ ЭПИЗОДОВ (ФАЗ), РАЗДЕЛЕННЫХ ИНТЕРМИССИЯМИ НАЗЫВАЮТСЯ

1) апатией

2) фрустрацией

3) циклотимией

4) лабильностью

5) ригидностью

2. ХРОНИЧЕСКИЕ (ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ 2 ЛЕТ) ДЕПРЕССИИ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ (КАК И ЦИКЛОТИМИЧЕСКИЕ) НА НЕПСИХОТИЧЕСКОМ УРОВНЕ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА НАЗЫВАЮТСЯ ВЛЕЧЕНИЕМ

1) фрустрацией

2) гипотимией

3) лабильностью

4) дистимией

5) астенией

3. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С (СО)

1) циклотимией

2) дистимией

3) депрессивным бредом

4) сверхценными идеями

5) контрастными навязчивостями

4. СТОЙКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ПОНИЖЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) циклотимией

2) фрустрацией

3) гипотимией

4) лабильностью

5) дистимией

5. ПОЗИТИВНАЯ АФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЕНА В СТРУКТУРЕ ЦИКЛОТИМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

1. феноменами депрессивной гиперестезии
2. галлюцинозами
3. сенестопатиями
4. эмоциональной сенситивностью
5. элементами аутизма

6. НЕГАТИВНАЯ АФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. психическим отчуждением
2. социальной депривацией
3. нарушениями сознания
4. гипермнезиями
5. бредовами идеями

7. ЦИКЛОТИМИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1. стертыми признаками меланхолии с беспричинным пессимизмом
2. развитием онейроида
3. сочетанием с галлюцинациями
4. конверсионными расстройствами
5. фиксационной амнезией

8. В СТРУКТУРЕ ЦИКЛОТИМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

1. отсутствуют выраженные признаки остроты состояния
2. присутствуют выраженные признаки остроты состояния
3. характерны страх, растерянность
4. характерен меланхолический раптус
5. могут встречаться аффективное оцепенение, депрессивный ступор

9. ЯВЛЕНИЯ НЕГАТИВНОЙ АФФЕКТИВНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

1. для апатического варианта циклотимичесой депрессии
2. ля инволюционной депрессии
3. для нигилистического бреда Котара
4. для реактивной депрессии
5. для смешанного сотояния

10. К ДИСТИМИЧЕСКИМ ДЕПРЕССИЯМ ОТНОСЯТ

1. соматизированные дистимии
2. атипичные дистимии
3. дистимии со стертыми гипоманиакальными эпизодами
4. инволюционные дистимии
5. дистимии с дисфорическим оттенком

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Пациент В. 29 лет был направлен к врачу своей девушкой, сестрой в психиатрической больнице, которая заподозрила у него наличие аффективного расстройства, хотя сам больной не хотел этого признать. Он сообщил, что с 14 - летнего возраста у него появились чередующиеся постоянно циклы, которые он характеризует словами «хорошие и плохие времена». В течение «плохого» периода, обычно продолжающегося от 4 до 7 дней, он слишком много спал - по 10 - 14 ч в сутки, у него было мало энергии, уверенности в себе и побуждений к чему - либо – «просто растительная жизнь», как он назвал это состояние. Часто у него наблюдались резкие изменения, преимущественно когда он просыпался рано утром, на 3 или 4 дня в виде повышенной самоуверенности, осознания своей социальной значимости, неразборчивости в связях и обостренного мышления – «мысли вспыхивали в моем мозге». В такие времена он прибегал к алкоголю, чтобы усилить эти ощущения. Иногда «хорошие периоды» длились по 7 - 10 дней, но завершались вспышками раздражительности и враждебности, которые часто были предвестниками возвращения к «плохим временам». Хотя во многих кругах он считался очаровательным, но отдалялся от друзей, когда бывал раздражителен и враждебен, пренебрегал правилами общественной жизни в «плохие» дни и сразу же начинал выполнять их в «хорошие периоды».

1. Перечислите основные симптомы.
2. Установите предположительный диагноз.
3. Обоснуйте предположение.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации.
5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1) Эпизоды чрезмерной самоуверенности, повышенной самооценки, с неразборчивыми связями и обостренным мышлением чередующиеся с периодами чрезмерной сонливости и отсутствием энергии, уверенности в себе.

2) Циклотимическое расстройство.

3) Хотя симптоматика «хороших» периодов очень близка к той, которая отвечает критериям для маниакальных эпизодов, она недостаточно тяжела для того, чтобы был поставлен диагноз биполярного расстройства. Сходным образом, «плохие дни», недостаточно тяжелы и продолжительны для того, чтобы отвечать критериям тяжелого депрессивного приступа.

4) Показания для недобровольной госпитализации отсутствуют.

5) Психофармакотерапия – назначение нормотимиков.

**Задача №2**

Пациентка К. 39 лет обратилась за консультацией к психотерапевту в связи ухудшением самочувствия. Замужем 20 лет, брак единственный. Имеет двух детей 17-ти и 19-ти лет, отношения с ними теплые, доверительные. Рассказала, что с молодого возраста отмечает у себя сезонные колебания состояния. Обычно, лучше чувствует себя в весенне-летний период. Хорошая работоспособность, физическая активность, легкие, радостные отношения с близкими ухудшаются в осенне-зимний период. Отмечает, что зимой больше испытывает затруднений в работать, хуже сосредотачивается, допускает больше ошибок, появляются эпизоды напряжённых отношений с начальством. Дома все раздражает, перестаёт радовать, так как раньше. В результате, легко срывается на близких и друзей. Длительность таких эпизодов не превышает двух недель, к весне полностью проходят. Ежегодно проходит на работе мед. осмотр, соматически и неврологически без выраженной патологии.

1. Перечислите основные симптомы.
2. Установите предположительный диагноз.
3. Обоснуйте предположение.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации.
5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1) Эпизоды хорошего самочувствия и работоспособности, легких и теплых отношений с родными чередующиеся с периодами ухудшения состояния с падением трудоспособности, сосредоточенности, с возрастающим напряжением в отношениях с начальством и близкими людьми. Выраженная сезонность изменений состояния

2) Циклотимическое расстройство

3) Хотя симптоматика благополучных периодов очень близка к той, которая отвечает критериям для маниакальных эпизодов, она недостаточно тяжела для того, чтобы был поставлен диагноз биполярного расстройства. Сходным образом, эпизоды плохого самочувствия, недостаточно тяжелы и продолжительны для того, чтобы отвечать критериям тяжелого депрессивного приступа

4) Показания для недобровольной госпитализации отсутствуют

5) Психофармакотерапия – назначение нормотимиков при ухудшении состояния. Психотерапия

**Задача №3**

Мужчина 36 лет обратился к психиатру для профосмотра. Больным себя не считает. Настроение считает хорошим. Сменил государственную работу на свой бизнес грузоперевозок. Охотно рассказывает о планах на будущее, легко заводит новые знакомства и необходимые связи. Ранее трижды менял место работы, в связи с желанием развиваться дальше. Результаты оценивает оптимистично. В тоже время отмечает у себя 3-4 раза в год состояния, когда «все не ладится», раздражает, кажется однообразным, надоевшим, монотонным. В такие периоды уходит на охоту или рыбалку далеко в тайгу один или с отцом. Женат, двое детей, родные и друзья характеризуют его общительным, надежным, ответственным.

1. Перечислите основные симптомы.
2. Установите предположительный диагноз.
3. Обоснуйте предположение.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации.
5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1) Эпизоды успешности и оптимизма сменяются периодами раздражительности, упадка сил и монотонности.

2) Циклотимическое расстройств.

3) Клинические симптомы меньше по силе и длительности «классических» депрессий и маний.

4) Показания для недобровольной госпитализации отсутствуют.

5) Психофармакотерапия – назначение нормотимиков при ухудшении состояния. Психотерапия

**Задача №4**

Мужчина 40 лет обратился для профосмотра. Самочувствие оценивает удовлетворительным, жалоб на предъявляет. Рассказал о себе, что не очень общительный, поддерживает достаточно стабильно только прежние связи. К новым знакомствам относится скептически: «Старый друг – лучше новых двух». Родные и близкие называют его пессимистом, ценят в нем способность к «черному юмору». О своей жизни отзывается саркастически, так как ему всего приходится добиваться своими усилиями, даже там, где у других получается само собой. Работает много лет на одном месте, женат, детей нет.

1. Перечислите основные симптомы.
2. Установите предположительный диагноз.
3. Обоснуйте предположение.
4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации.
5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1) Пессимизм, склонность к сарказму и цинизму, замкнутость в определенном круге общения, ограничение новых знакомств, достаточно постоянный фон настроения с дистимическим оттенком.

2) Дистимия.

3) Клинические симптомы меньше по силе «классических» депрессий. Отсутствие эпизодов повышенного настроения. Сохранность трудовой и социальной адаптации.

4) Показания для недобровольной госпитализации отсутствуют.

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при ухудшении состояния. Психотерапия для поддержания адаптивных способностей.

**Задача №5**

Студент-медик длительное время сочетал учебу с работой, спал 5-6 часов в сутки, перенес «на ногах» легкую респираторную вирусную инфекцию, после чего одногруппники стали отмечать у него повышенную раздражительность, колебания настроения, стал невнимательным на занятиях. Продолжал сочетать работу и учебу, во время занятий возникали вспышки раздражительности, когда кричал на других студентов, в дальнейшем был слезливым, заметно снизилась успеваемость. Жаловался близким друзьям, что у него «совсем нет сил учиться», «все время хочется отдохнуть». После каникул состояние улучшилось. Приступил к обучению с хорошим настроением, с дополнительными нагрузками стал снова справляться.

1. Назовите все психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий синдром.
3. Поставьте диагноз.
4. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1) Гиперестезия, гипомнезия, нарушение сна, раздражительность, нарушение внимания.

2) Ведущий синдром – астенический.

3) Неврастения, требуется дифференциальный диагноз с циклотимией.

4) Лечение амбулаторное: режим труда и отдыха, общеукрепляющая терапия (витамины, ноотропы, нейрометаболические средств1), транквилизаторы.

5) Прогноз благоприятный – практическое выздоровление или стойкое улучшение состояния;

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения симптомы циклотимии и дистимии.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Вопросы организации помощи пациентам с непсихотическими аффективными расстройствами.

2. Генетика циклотимии.

3. Дистимии в судебной психиатрии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.66. **Тема:** «Функциональные психозы позднего возраста».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Распознавание психопатологических синдромов является важнейшим этапом психиатрической диагностики. Умение грамотно и точно давать дифференцированную оценку основным проявлениям различных клинических вариантов функциональных психозов позднего возраста, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с различными клиническими вариантами функциональных психозов позднего возраста.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и проявлений различных клинических вариантов функциональных психозов позднего возраста.

Уметь: выявлять основные синдромы и клинические варианты функциональных психозов позднего возраста.

Владеть: методами выявления психопатологических расстройств, характерных для разных клинических вариантов функциональных психозов позднего возраста.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психозоф позднего возраста |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике психических расстройств позднего возраста  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 30 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Оценка комплаетности в лечении функциональных психозов позднего возраста».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 90 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Психическое старение** – процесс возрастного изменения высших психических функций заключительного периода человеческой жизни. Психическое старение многообразно. В позднем возрасте можно видеть и высокую сохранность интеллектуальных способностей и психические нарушения. Психическое старение изучал Павлов. Процесс старения неравномерный, что находит выражение в **гетеротопности** (в разных органах процесс старения выражен не одинаково), **гетерохронности** (разные сроки наступления старения в разных органах и тканях), **гетерокинетичноси** (разная скорость старения). Например, слух начинает снижаться после 55 лет, вкус к 60 годам (заметно к 80 годам), кожная чувствительность начинает снижаться после 70 лет, мышечная сила к 40 годам, острота зрения – после 30 лет.

Психические заболевания позднего возраста могут быть разделены на две группы:

**Первую** составляют болезни **неспецифичные** для старости, которые могут наблюдаться в любом возрасте. К ним относятся – поздняя шизофрения, МДП, поздние соматогенные психозы, травматическая болезнь ГМ. Типичного времени начала возрастных изменений в психихической жизни нет, но чаще всего возрастные нарушения ВНД начинают появляться в возрасте близким к 75-80. **Вторая** группа **собственно-возрастные** психические расстройства. Эту группу делят на:

- функциональные

- органические

Соотношение функций: органических заболеваний – 60% : 40%. В последние годы отмечается рост органических поражений старческого возраста.

**Функциональные психозы позднего возраста**

Функциональные психозы позднего возраста – болезненная форма психического старения, с манифестацией в позднем возрасте и отсутствием тенденции к развитию деменции.

**Инволюционные психозы** – это психические заболевания, возникновению которых связанно с процессами старения и отсутствием тенденции к развитию органической деменции – так называемые адементные психозы.

**Этиопатогенез.**

В настоящее время считают, что возникновение психозов старческого возраста связано с кумулятивным действием разных факторов:

1)особая психологическая ситуация (проблема смерти, отсутствие перспективное напряженное отношения с молодежью, одиночество).

2)сосудистый фактор

3)наследственный фактор

В патогенезе роль играют конституциональные, ситуационные, соматогенные факторы. Возникновение психической патологии связанно с возрастной физиологической перестройкой гипоталамуса и эндокринных желез.

**Морфологически** изменения головного мозга обнаружены в виде дистрофических изменений и старческих бляшек в небольшом количестве в нейронах. Кроме того наблюдается неспецифические сосудистые изменения, дистрофия, энцефалопатия. КТ выявляет «немые» инсульты, в подкорке изменения ишемического характера.

**Инволюционные психозы** – это группа заболеваний, в которую входят:

- инволюционная меланхолия

- инволюционные параноиды

**1.Инволюционная меланхолия** – психоз, впервые возникший в позднем возрасте, характеризуется депрессивным синдромом и не приводящим к развитию деменции

Крепемен отнес к ней все тревожно-депрессивные состояния позднего возраста.

Распространенность 5-44%. Симптом депрессии встречается у 30 % людей пожилого возраста.

Клиника инволюционной депрессии представнена признаками тревожно-бредовой депрессии – угнетенное настроение, тревожное возбуждение, со страхом, вербальными иллюзиями, бред осуждения и может быть бред Котара.

**Особенности инволюционной меланхолии:**

1)тревожное двигательное беспокойство

2) своеобразие депрессивного бреда: идеи вины, наказания, ипохондрические идеи, нарушения функции кишечника и его последствия в виде гниения, атрофии органов.

3) динамика проявлений психоза – на отдаленных этапах клиника стабилизируется, становиться однообразной, уменьшается напряженность депрессии.

**2.Инволюционные параноиды** – бредовые и галлюцинаторные психозы, впервые возникающие в позднем возрасте и не приводящие к развитию поздней деменции.

Изучал Карл Клейст. О распространенности точных сведений нет. По одним данным – у 4% лиц старше 65 лет имеются идеи преследования, по другим – 0,5%.

**Особенности инволюционных параноидов:**

1) психопатологические расстройства тематически связаны с ситуацией проживания

2) психопатологические расстройства направлены на лиц, непосредственно проживающих или живущих рядом – бред очень правдоподобный.

3) галлюцинаторное расстройство в основном в виде элементарных обманов восприятия.

4) сохраняют социальную адаптацию (вне бреда психических отклонений нет).

**Описаны 3 варианта инволюционных параноидов:**

1. **интерпретативный**
2. **галлюцинаторный**
3. **параноиды с бредом физического воздействия**.

**1) Интерпретативные параноиды** – Параноид носит внутриквартирный характер (представлены в основном параноидом жилья). Т.е. жалуются на лиц с которыми больной непосредственно живет. Они предъявляют претензии на то, что окружающие проникают в их комнату, если они на некоторое время уходят, возвращаясь, обнаруживают «порчу вещей». Наблюдается особый вид бредовой защиты: больные вешают много замков, клеят контрольные листы бумаги на косяк, посыпают пол порошком, чтобы остались следы. В конце концов больные перестаю выходить из дома – «жизнь в осаде».

**2) Галлюцинаторный вариант** **параноида** также представлен параноидом жилья, но в центре клинической картины – жалобы на невыносимые условия проживания в квартире.

Ведущими проявлениями болезни служат элементарные слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные и термические галлюцинации. В отличие от интерпретативного в бред вовлекаются лица живущие в соседних квартирах, т.е. межквартирный характер. При этом нет идеи «проникновения в жилище».

**3) Параноиды с бредом физического воздействия** – основным признаком являются элементарные галлюцинации. Однако в отличие от галлюцинаторного варианта параноида, где все звуки и запахи носят правдоподобный характер, при данном расстройстве развивается феномен «целенаправленного воздействия на тело больного» (прицельное действие электрического тока, света, холодного воздух1) с помощью специальных аппаратов. Развивается чувство открытости, незащищенности от внешнего воздействия. Все варианты могут сочетаться друг с другом или существовать независимо друг от друга.

При параноидах часто развивается аффективные нарушения с «-» или «+» знаком. Вектор этих изменений определяет поведение. В период сниженного настроения больным свойственно пассивно-оборонительное поведение, при улучшение – активно обращаются в вышестоящие инстанции с жалобами, добиваются проведения различных комиссий и экспертиз. В этом периоде они могут быть социально опасны. Эти параноиды протекают непрерывно с экзацербациями (обострение под действием внешних причин).

**Диагноз**. Диагностика функциональных психозов позднего возраста основана на выявлении впервые возникшего после 40-45 лет психотического состояния с характерной клинической картиной и течением: затяжной однократный приступ тревожной или тревожно-бредовой депрессии, хронический интерпретативный бред с преимущественно ущербной тематикой, затяжной галлюциноз. Диагнозу функционального психоза позднего возраста противоречит выявление таких продуктивных расстройств, как бред воздействия, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы. Обязательное условие диагностики этих психозов - отсутствие на отдаленных этапах выраженного органического снижения уровня личности или слабоумия.

**Лечение**. Терапия функциональных психозов позднего возраста обычно начинается в стационаре и продолжается в амбулаторных условиях в течение длительного времени. В связи с обострениями психоза нередко возникает необходимость в повторных госпитализациях. Основное лечение - медикаментозное. Дозы психотропных средств, назначаемых больным предстарческого возраста, составляют 2/3 – 1/2 средних доз соответствующих препаратов, применяемых у лиц молодого и среднего возраста. При лечении престарелых дозы психофармакологических средств уменьшаются до 1/3, а чаще до 1/4 по сравнению с дозами, используемыми у больных зрелого возраста.

Больным инволюционной депрессией показано сочетание антидепрессантов седативного или сбалансированного действия (амитриптилин, пиразидол) с нейролептиками. При ажитированной депрессии используются нейролептики седативного действия (тизерцин, азалептин, сонапакс). Наличие бредового компонента в структуре депрессивного психоза является основанием для назначения нейролептических средств с антипсихотическим действием - трифтазина, этаперазина, галоперидола в малых дозах. Во многих случаях оправдано назначение эглонила, учитывая его антидепрессивные, противотревожные и противобредовые свойства. У больных инволюционного возраста с глубокой и стойкой депрессией, бредом Котара при неэффективности психофармакотерапии и отсутствии соматических и неврологических противопоказаний используют электросудорожную терапию (6 - 10 сеансо3). При бредовых психозах и галлюцинозах применяют нейролептические средства с антипсихотическим эффектом.

Существенное место в комплексной терапии функциональных психозов позднего возраста принадлежит коррекции соматической патологии, возрастных недугов и уходу за физически немощными, неспособными к самообслуживанию больными. Психотерапия в форме успокаивающих и ободряющих бесед и житейских рекомендаций играет вспомогательную роль. Она направлена на восстановление и закрепление социальных связей.

**Профилактика** функциональных психозов позднего возраста заключается, прежде всего, в предупреждении патологического климакса, преждевременного или быстропрогрессирующего старения и возрастных недугов. Профилактическое значение имеют все мероприятия, повышающие устойчивость стареющей личности к биологическим и психологическим стрессам, достаточная активность после прекращения трудовой деятельности, замена утраченных интересов новыми, доступными по возрасту увлечениями, сохранение социальных связей.

**Прогноз**. Хотя функциональные психозы позднего возраста не приводят к слабоумию, их прогноз, как правило, неблагоприятный вследствие затяжного или хронического, многолетнего течения. Клиническое выздоровление наблюдается исключительно редко. Особенно неблагоприятны в прогностическом отношении острые состояния старческой спутанности, которые часто предшествуют летальному исходу.

**Экспертиза**. Больные функциональными психозами позднего возраста нетрудоспособны. В случае совершения правонарушения признаются невменяемыми.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Чем характеризуются функциональные психозы позднего возраста?

2). Какие негативные и продуктивные симптомы характерны для функциональных психозов позднего возраста?

3). Какие основные варианты функциональных психозов позднего возраста Вам известны?

4). Каковы критерии диагностики инволюционных параноидов?

5). Назовите основные клинические варианты инволюционных параноидов.

6). Чем характеризуется инволюционная депрессия?

7). Чем характеризуется профилактика развития функциональных психозов позднего возраста?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПСИХОЗАМ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА ОТНОСЯТ

1. инволюционные меланхолии и бредовые психозы
2. затяжные дебюты сенильной деменции
3. инициальный этап болезни Альцгеймера
4. системные дегенерации пресенильного возраста
5. псевдопаралитическое слабоумие

2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ ИНВОЛЮЦИОННОГО ВОЗРАСТА ВОЗНИКАЮТ

1. в возрасте от 40 до 60 лет
2. в возрасте до 40 лет
3. чаще у мужчин
4. только у женщин
5. на фоне деменции

3. НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. депрессией с чертами дисфории
2. идеями экспансивного содержания
3. бредом Котара
4. острой полиморфной симптоматикой
5. выраженными признаками деменции

4. НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. расторможенностью влечений
2. сохранной трудоспособностью
3. с тревожными опасениями, ожиданием несчастий
4. развитием онейроидного помрачения сознания
5. псевдогаллюцинациями

5. ПРИ ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ ИМЕЕТ МЕСТО

1. идеи богатства и высокого происхождения
2. нигилистический бред Котара
3. бред интерметаморфозы
4. бред изобретательства
5. паранойяльный бред

6. ПРИ ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. выраженная тревожная ажитация
2. выраженная апатия
3. импульсивные влечения
4. аффективно-шоковые реакции
5. фиксационная амнезия

7. ФАБУЛА ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПАРАНОИДОВ СКЛАДЫВАЕТСЯ

1. из идей преследования с психическими автоматизмами
2. из идей преследования с ущербной мотивировкой
3. из идей преследования фантастического содержания
4. из идей переоценки своих возможностей
5. из идей преследования на фоне нарушений сознания

8. ТЕЧЕНИЕ ИНВОЛЮЦИОННЫХ БРЕДОВЫХ ПСИХОЗОВ

1. хроническое и стационарное
2. волнообразное
3. приступообразное
4. периодическое
5. острое с быстрой редукцией симптомов

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПАРАНОИДОВ ПРОВОДИТСЯ

1. с поздней шизофренией и с инициальной стадией сенильной деменции
2. с шизоаффективным психозом и биполярным аффективным расстройством
3. с рекуррентной депрессией и эпилептическим слабоумием
4. с синдромом Ганзера
5. с органическим галлюцинозом

10. БОЛЬНЫЕ ИНВОЛЮЦИОННЫМ ПАРАНОИДОМ

1) невменяемы

2) дееспособны

3) выявляют признаки деменции

4) имеют критику к болезни

5) не имею аффективных нарушений

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1.**

Родственники больной А., 53-х лет, стали слышать от нее жалобы на резкое снижение настроения, особенно в утренние часы. Пациентка жаловалась на гнетущую тоску, чувство безысходности, нежелание жить. Причиной возникновения подобного чувства считает то, что она «напрасно прожила свою жизнь, ничего стоящего не сделала», «всем всегда была в тягость». Считает себя никчемным, недостойным жизни человеком. Также отмечает, что все вокруг перестало радовать, пища стала безвкусной, краски тусклыми, «как будто все подернуто пеленой». Жаловалась на чувство тяжести за грудиной, «как будто положили камень». Во время беседы с врачом речь замедлена, отвечает после длительных пауз. Выражение лица скорбное. Движения также замедлены, дома большую часть времени проводит в постели. Призналась врачу, что восприняла бы смерть с облегчением.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?

5. Определите тактику лечения больной.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, ангедония, идеи самоуничижения, предсердная тоска, соматические проявления депрессии, суицидальные мысли, моторная и идеаторная заторможенность.

2) Депрессивный синдром.

3) Инволюционная депрессия.

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли (опасность для себя – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»).

5) Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов.

**Задача №2**

У больного псориазом немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Двигательно заторможен. Мышление замедлено, высказывает идеи самоуничижения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, депрессивный бред (идеи самоуничижения), суицидальные мысли.

2) Депрессивный синдром.

3) Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, или рекуррентное депрессивное расстройство. Псориаз является сопутствующим заболеванием, с риском обострения на фоне депрессии.

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются.

5) Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…».

**Задача №3**

У больного внезапно развилось тоскливо-злобное настроение, он жалуется на плохое отношение к нему со стороны всех окружающих, набросился с ножом на соседа, жестоко избил жену и ребенка. Это состояние прошло так же внезапно, как и появилось.

1. Назовите симптом.

2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?

3. Это расстройство количественное или качественное?

4. При каких заболеваниях встречается?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1) Дисфория.

2) Расстройство эмоциональной сферы психической деятельности.

3) Расстройство качественное.

4) Клиническая картина не соответствует критериям функциональных психозов позднего возраста. Характерно для органических заболеваний головного мозга, особенно для эпилепсии.

5) Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для окружающих (ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача №4**

Больной 60 лет, инженер. На протяжении последних двух лет стал «забывчивым», нарастает снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие. Отмечались перепады настроения от слезливости до гневливости и дисфоричности. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры – «чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к невропатологу за помощью по поводу снижения памяти и ухудшения внимания.

1. Перечислите симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Определите значение аффективной патологии в клинической картине заболевания.

4. Какие причины могли привести к данному заболеванию?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1) Гипомнезия, снижение абстрагирования, эмоциональная лабильность.

2) Психоорганический синдром.

3) Клиническая картина не соответствует критериям функциональных психозов позднего возраста. Эмоциональная лабильность с перепадами настроения от слезливости до гневливости и дисфоричности входят в структуру психоорганического синдрома.

4) Органические, преимущественно сосудистые, заболевания головного мозга.

5) Показания для недобровольной госпитализации имеются – ухудшение состояния, если останется без психиатрической помощи (ст. 29, пункт 3 «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача №5**

У больного 55 лет немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Отмечает у себя, кратковременный сон с ранними пробуждениями, отсутствие радости, мысли о своей бесперспективности, чувство тоски и тяжести в области груди. Периодически приходят мысли о нежелании жить. Лицо выражает глубокую печаль.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

.2. Назовите синдром.

3. Какое заболевание можно предположить?

4 Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1) Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, депрессивный бред (идеи самоуничижения), суицидальные мысли.

2) Депрессивный синдром.

3) Биполярное аффективное расстройство или инволюционная меланхолия (депрессия).

4) Показания для недобровольной госпитализации имеются.

5) Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи…».

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения основные признаки функциональных психозов позднего возраста.

2). Уметь описать выявленные расстройства.

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Значение биологических и социально-психологических факторов в развитии функциональных психозов позднего возраста.
2. Особенности фармакотерапии в позднем возрасте.
3. Современные подходы к организации профилактики функциональных психозов позднего возраста.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.67. **Тема:** «Параноиды позднего возраста».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Параноиды позднего возраста — это бредовые и галлюцинаторные психозы, впервые возникающие в позднем возрасте и не приводящие к развитию органической деменции. Актуальны для изучения в связи с увеличением продолжительности жизни населения.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать параноиды позднего возраста и лечить больных с данной патологией.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления параноидов позднего возраста.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при позних параноидах.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления параноидных психозов позднего возраста |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике параноидов позднего возраста  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Параноиды позднего возраста — это бредовые и галлюцинаторные психозы, впервые возникающие в позднем возрасте и не приводящие к развитию органической деменции.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

О распространенности поздних параноидов точных эпидемиологических сведений нет. F.Post приводит данные, согласно которым при использовании короткой версии MMPI 4 % лиц старше 65 лет высказывают идеи преследования и при этом у половины из них нет признаков когнитивного снижения, например ухудшения памяти. Годовая заболеваемость (annual incidence) такими расстройствами у лиц старше 60 лет определяется величиной 0,5 на 1000 (аналогичный показатель для поздней шизофрении у лиц старше 65 лет — 0,02 %).

Психозы, обозначаемые как «параноиды позднего возраста», или «поздний параноид», отличаются рядом клинических особенностей. Бредовые и галлюцинаторные расстройства тематически связаны исключительно или преимущественно с ситуацией проживания больных. Их содержание направлено главным образом на лиц, непосредственно или рядом живущих с пациентом. Поэтому содержание бредовых идей часто представляется вполне правдоподобным и выглядит как обострившийся конфликт. Галлюцинаторные расстройства представлены главным образом элементарными обманами восприятия (акоазмы, обонятельные, тактильные, термические галлюцинации), которые также отличаются обыденностью содержания. Такие больные, как правило, сохраняют удовлетворительную социальную адаптацию и вне сферы бреда не обнаруживают заметных психических отклонений, что долго затрудняет распознавание заболевания.

Наиболее общей психопатологической особенностью рассматриваемой группы психозов является переживание враждебного отношения со стороны лиц, проживающих в непосредственной близости, и наряду с этим опасения утраты своего жилья. Диапазон содержания этих переживаний весьма широкий. Он может затрагивать различные аспекты домашней жизни — от межличностных отношений с соседями или родственниками до чисто физических факторов условий проживания. Поэтому для обозначения этих психозов был предложен термин «параноид жилья», раскрывающий более полно и клинико-психопатологический аспект психозов, и возникающую в связи с ними социальную проблематику.

Одной из характерных особенностей этих психозов является то, что, несмотря на наличие постоянной бредовой напряженности и грубой конфронтации с соседями или родственниками, поведение больных длительное время может оставаться в рамках социально приемлемых норм. Многие больные путем многочисленных обращений с жалобами в различные административные инстанции пытаются защититься, изменить сложившуюся ситуацию в благоприятную для себя сторону. Если лицам, с которыми больные находятся в конфронтации из-за своих психотических переживаний, довольно быстро становится очевидным явно болезненный характер этих переживаний, то, напротив, те, кому больные жалуются на свою ситуацию и ищут помощи, чаще всего, особенно в первое время, не только не воспринимают это состояние как болезненное, а считают сообщение больных как реальное описание происходящих в месте их проживания событий. Вследствие этого больным удается привлечь к себе сторонников, уговорить к созданию различных комиссий и организации проверок. Сомнения в наличии болезни связаны и с тем, что пациенты не обнаруживают ни явных нарушений памяти, ни расстройств мышления и сохраняют достаточно высокую приспособленность в быту и на работе.

Варианты клинической картины поздних бредовых психозов сводятся к 3 основным типам, различающимся некоторыми особенностями бредового синдрома, проявляющимися на всем протяжении психоза. В соответствии с этим выделяют интерпретативный параноид, галлюцинаторный параноид и параноид с бредом физического воздействия.

Интерпретативный вариант параноида представлен в основном параноидом жилья. В целом он соответствует бреду ущерба, описанного E. Kraepelin (1912), и психопатологически определяется идеями морального и материального ущерба. Этот бред чаще всего носит «внутриквартирный» характер, т. е. в него в первую очередь вовлекаются лица, с которыми больной вынужден вместе проживать. Наиболее типичны жалобы таких больных на то, что в их комнату проникают посторонние лица. При возвращении даже после кратковременного отсутствия они «обнаруживают» перемещение и порчу вещей, подмену новых вещей старыми, их пропажу, подбрасывание мусора и т. п. Одновременно с этим больные утверждают, что соседи изменили к ним отношение, ведут себя подчеркнуто развязно, демонстрируя свое пренебрежение, игнорируют их интересы, ограничивают свободу, препятствуя посещению в квартире мест общественного пользования.

Для этого клинического варианта психоза характерен особый вид бредовой защиты: больные делают многочисленные запоры, навешивают замки, препятствующие проникновению в их жилье. Наряду с этим больные используют разные приемы с целью изобличить своих преследователей: они следят за расположением предметов в комнате и их изменением, для фиксации их расположения наклеивают полоски бумаги, посыпают пол порошком для обнаружения следов. Такие больные стремятся не покидать жилье, т. е. для них характерна как бы «жизнь в осаде». Они стремятся разместить в комнате все имущество, в том числе кухонные принадлежности и продукты, выполняя в ней все домашние дела, включая стирку, приготовление пищи, а отдельные из них совершают в ней и естественные отправления. Такие больные стремятся досконально изучить распорядок жизни соседей, чтобы избегать непосредственной встречи с ними и наряду с этим препятствовать их проникновению в свою комнату. Даже если больному необходимо выйти из комнаты на непродолжительное время, он тщательно запирает замки. Поскольку несмотря на предпринимаемые меры больные продолжают замечать следы проникновения посторонних в комнату, они «вынуждены» прибегать к повторной смене замков.

Галлюцинаторный вариант параноида также представлен главным образом параноидом жилья. Он встречается в настоящее время не менее часто, чем параноид интерпретативный. Этот вариант характеризуется преобладанием перцептивных обманов в картине психоза, что определяет своеобразие и патологических переживаний, и поведения больных.

В центре клинической картины в таких случаях оказываются не столько идеи морального и материального ущерба (как это отмечается при интерпретативном варианте позднего параноид1), сколько жалобы на невыносимые условия физического проживания в квартире и связанные с этим тягостные изменения самочувствия. Ведущими феноменологическими проявлениями болезни служат так называемые элементарные слуховые, обонятельные, тактильные, термические, а иногда и зрительные галлюцинации. Если возникают вербальные галлюцинации, то они чаще всего бывают эпизодическими, а как ведущие проявления психоза встречаются редко. В соответствии с этим одни больные жалуются на то, что в их квартире слышатся постоянные стуки и шумы, другие чувствуют неприятные запахи, третьи ощущают потоки горячего или холодного воздуха; некоторые больные испытывают комплексные патологические восприятия. Независимо от модальности галлюцинаций почти во всех случаях они характеризуются протопатическим оттенком восприятия с неприятными ощущениями в голове, сердце, на коже. Такие ощущения носят то более разлитой, то более локальный характер. Именно поэтому галлюцинаторные феномены переживаются больными прежде всего как физикальные тягостные расстройства.

В отличие от интерпретативного варианта в этих случаях в сферу бредовых построений больных вовлекаются не столько лица, проживающие с ними в общей квартире, сколько живущие в соседних квартирах, подчас совершенно им незнакомые, т. е. такие психозы носят не «внутриквартирный», а «межквартирный» характер. При этих психозах отсутствует такой в высшей степени типичный для интерпретативных параноидов признак, как «проникновение соседей в жилье». Вместо этого «преследование» со стороны соседей приобретает более изощренный дистанциированный характер.

Поведение больных при этих психозах также имеет некоторые особенности. Оно направлено на предотвращение тягостных ощущений (использование берушей при акустических обманах, частое проветривание помещения, затыкание щелей при обонятельных галлюцинациях).

Особенностью структуры бредовых расстройств, наблюдаемых при галлюцинаторном параноиде, является наличие ярких образных бредовых представлений, сочетающихся с интерпретативным бредом. Эти расстройства тесно связаны с галлюцинациями и также отличаются обыденностью содержания. Образные бредовые представления, которые возникают одновременно с галлюцинаторными феноменами, придают последним предметную завершенность. Именно благодаря участию образного бреда сами галлюцинации приобретают сложность и сценоподобность, достигающую временами степени «реального видения».

Иногда галлюцинозы сочетаются с персекуторным бредом, а в некоторых случаях протекают без такового. В первом случае больные убежденно говорят о том, что соседи преднамеренно создают различные шумы и стуки, чтобы их травмировать, нарушать их покой, расстраивать сон. В других случаях больные считают, что звуки и запахи, которые доносятся из соседних помещений и вызывают болезненные ощущения, связаны с определенной формой деятельности соседей (столярные работы, перекраска тканей и т. п.), т. е. соседи вредят им непреднамеренно. Особый интерес последнего типа галлюциноза состоит в том, что при нем отсутствует присущий любому бреду межличностный аспект, а бредовой галлюциноз носит как бы «экологический характер». Клинико-типологическая самостоятельность этих вариантов галлюцинаторных параноидов относительна, и, как правило, на более отдаленных этапах развития болезни в ряде случаев «неперсекуторный бредовой галлюциноз» усложняется присоединившимися идеями преследования.

Параноид с бредом физического воздействия лишь с известной условностью может быть отграничен от собственно галлюцинаторного параноида. Основными психопатологическими расстройствами, занимающими центральное место в структуре психоза, здесь также являются разнообразные, преимущественно элементарные галлюцинации. Однако в отличие от галлюцинаторного варианта параноида, где все патологические звуки и запахи по своим проявлениям носят правдоподобный, обыденный характер, при параноиде с бредом физического воздействия в момент галлюцинирования развивается феномен целенаправленного воздействия на тело больного. У больных появляется чувство «прицельного» воздействия на их тело струями холодного или горячего воздуха, электрического тока, световыми лучами, осуществляемого с помощью особых аппаратов. При этом возникают чувство «открытости», незащищенности тела от постороннего физического влияния и представления о наличии у соседей специального аппарата для наблюдения за ними, благодаря чему они оказываются доступными для воздействия в любом месте квартиры. Для этого варианта параноида характерны генерализация расстройств, «выход» бредовых расстройств за пределы жилья. Наряду с этим наблюдаются различного рода фантастические представления, касающиеся как соседей-преследователей и способов преследования, так и различных фантастических событий, происходящих в жилье.

Необходимо отметить, что описанные варианты параноидов могут не только сочетаться друг с другом, но иногда как бы независимо друг от друга сосуществовать у одного и того же больного. Например, при паранойяльном бреде ущерба, в который больной включает соседей по коммунальной квартире, имеющиеся у него галлюцинаторные расстройства могут проецироваться на соседей, проживающих над ним. При этом какие-либо тематические связи в сознании больного между этими двумя параноидами не устанавливаются.

В структуре параноидов независимо от их синдромального варианта с большим постоянством обнаруживаются различные аффективные нарушения. Расстройства аффекта с отрицательным знаком могут варьировать либо в виде собственно бредового аффекта (аффекта злобности, страха, боязни), либо в виде состояний, приближающихся к эндогенно-депрессивным синдромам (тоска, тревога с элементами витальности). Столь же разнообразны аффективные расстройства с положительным знаком. Они могут проявляться стенической приподнятостью с элементами гневливости либо гипоманиакальной оживленностью с повышенной говорливостью; кроме того, может наблюдаться стойко-благодушный фон настроения.

Особенности аффективных изменений могут во многом определять степень активности и направленность бредового поведения больных. В период сниженного настроения больным в основном свойственны пассивно-оборонительные формы бредового поведения. Они редко самостоятельно обращаются за помощью, их защитное поведение в основном ограничивается различного рода переустройством квартиры. При наличии повышенного аффективного фона защитные мероприятия больных, как правило, выходят за пределы квартиры.

Больные обычно активно обращаются в различные административные инстанции, пишут многочисленные жалобы, привлекают к себе сторонников, внимание корреспондентов газеты, добиваются создания повторных комиссий, пытаются организовать проведение судебной экспертизы и т. д. В этот период больные могут оказаться социально опасными, проявлять агрессивные действия в отношении соседей и родственников, вовлеченных в бред.

Кроме перечисленных основных клинических признаков различных синдромологических вариантов поздних параноидов, существуют психопатологические особенности, которым исследователи придают важное значение, рассматривая их либо как отражение процессов психического старения, либо как свидетельство шизофренического предрасположения. К числу таких особенностей, в частности, относится симптоматология инициальных проявлений психоза. Нередко заболевание начинается с появления стойкой бессонницы, гиперакузии, изменения витального самочувствия, патологических ощущений, напоминающих сенестопатии. Такие симптомы, несмотря на их явную «возрастную окраску», могут быть сопоставлены со своеобразными «морбогенными» инициальными проявлениями шизофренического процесса. Важной особенностью поздних параноидов является то, что на фоне систематизированного интерпретативного бреда временами возникают состояния экзацербации, сопровождающиеся тревожной генерализацией бреда преследования и качественным его видоизменением; состояние больных приобретает черты острого параноида со свойственными шизофрении симптомами бредового восприятия и ложными узнаваниями. Характерная черта поздних параноидов — особая привязанность галлюцинаторных и бредовых расстройств к месту проживания больного. Это наглядно иллюстрируется хорошо известным фактом: при поступлении больного в психиатрический стационар развитие бреда прекращается, бредовая напряженность снижается, бредовые интерпретации приобретают черты резидуального бреда.

Развитию заболевания независимо от синдромологической структуры позднего параноида свойственна явная тенденция к хроническому непрерывному течению с периодическими экзацербациями, возникновение которых во многих случаях связано с влиянием внешних факторов. При длительном многолетнем течении заболевания основная синдромологическая структура психоза, как правило, сохраняется. При этом, однако, симптоматологические проявления чаще упрощаются и редуцируются. Наряду с этим больные сохраняют в целом удовлетворительную социальную адаптацию.

Диагностика типичного депрессивного состояния у пожилого пациента в большинстве случаев не представляет больших трудностей. В жалобах больных обычно доминируют общая подавленность, мрачные размышления, чувство тревоги, физический упадок, расстройства сна, вегетативные нарушения в виде диффузных патологических ощущений или мучительных расстройств функций отдельных органов. При наблюдении пациента отмечаются малая выразительность мимики, отсутствие живости, облик, отражающий бессилие и усталость, монотонно-приглушенный голос и тревожное беспокойство.

Вместе с тем при диагностике поздних депрессий возникают трудности, характерные для геронтопсихиатрии в целом. К их числу относятся сложность разграничения депрессии, являющейся синдромом психического заболевания, от депрессий, представляющих собой соразмерный ответ на неблагоприятные жизненные события, сопутствующие старению (утрата близких людей, социальная неустроенность и др.); трудности, связанные с дифференцировкой соматических проявлений депрессии от собственно соматической патологии; необходимость решения вопроса о первичности депрессии или ее вторичности по отношению к биологическим и психологическим последствиям хронического соматического заболевания; учет «недифференцированности» психопатологических симптомов в глубокой старости при разграничении симптомов депрессии от проявлений начинающейся деменции.

При нозологической оценке поздних параноидов прежде всего необходимо отметить, что этот психоз не является специфичным для определенной нозологической формы. Такие кардинальные особенности, характеризующие параноид жилья, как обыденность бредового содержания, направленность бреда на лиц из ближайшего окружения с идеями мелкомасштабного преследования, «локализация» бредовых расстройств в рамках места проживания, отражают прежде всего влияние возрастного фактора на структуру бредового синдрома. Такого рода параноиды могут встречаться при разных нозологических формах функциональных психозов. При их диагностике необходимо учитывать роль трех основных факторов: конституционально-эндогенных, реактивных и собственно возрастных. При этом нозологическая оценка конкретного случая зависит от того, какой из указанных факторов выдвигается на первый план. В зависимости от этого различаются следующие группы функциональных психозов, сопровождающихся картиной позднего параноида: параноиды в рамках шизофрении, реактивные параноиды и собственно поздние, или инволюционные.

Диагностическая оценка позднего параноида в рамках шизофрении не может полностью опираться на критерии, использующиеся при диагностике этого заболевания у лиц более молодого возраста. Как известно, диагностика шизофрении при бредовом психозе среднего возраста основывается на наличии в клинической картине трех критериев: симптомов «первого ранга» (по K. Schneider), прогредиентной динамики бредовых расстройств и нарастающего дефекта.

При поздних параноидах очень редко наблюдаются все эти признаки. В большинстве случаев для диагностики шизофрении приходится использовать более широкий круг клинических данных. Прежде всего, естественно, здесь определяется наличие в клинической картине психоза характерных шизофренических симптомов, в частности симптомов психического автоматизма, которые встречаются в структуре некоторых клинических вариантов поздних параноидов. В тех случаях, когда клиническая картина психоза определяется как интерпретативный или галлюцинаторный вариант позднего параноида, несомненное диагностическое значение имеет наличие в самой структуре психоза транзиторных рудиментарных эпизодов с явно шизофренической окраской. Среди них встречаются эпизоды аффекта страха с растерянностью и элементами бредового восприятия окружающего либо эпизоды страха «сойти с ума». Кроме того, наблюдаются особые сенестопатически-ипохондрические расстройства, имеющие диагностическое значение. Для диагностики шизофрении необходимы сведения об особенностях доманифестного периода болезни. Кроме указания на наличие шизоидной структуры личности, диагностическое значение имеют признаки, свидетельствующие о подспудной процессуальной динамике, нередко начавшейся задолго до развития психоза. К ним относятся наблюдаемые амбулаторно параноические эпизоды, после которых происходит углубление шизоидных черт личности; эпизодическое возникновение патологических ощущений — «морбогенных симптомов». При постановке диагноза учитываются данные семейного анамнеза, в частности наличие среди ближайших родственников больного лиц с типичными шизофреническими психозами.

Возникновение реактивных параноидов и всю его дальнейшую динамику определяют ситуационные и реактивные факторы. В этой группе психозов выделяется два клинических варианта, связанных с различными условиями и механизмами возникновения. Один клинический вариант представляет собой патологическую форму реагирования на реально существующую конфликтную ситуацию. В формировании такого психоза значительную роль играет параноическая конституция. Второй вариант позднего реактивного параноида представляет собой индуцированный психоз. Эта разновидность параноида обнаруживается обычно у лиц, проживающих вместе с больным, прежде всего у ближайших родственников, и по существу является симбиотическим вариантом реактивного психоза. Такие индуцированные психозы обычно воспроизводят лишь наиболее правдоподобные элементы картины психоза «индуктора». Между тем лица с индуцированным поздним параноидом проявляют нередко высокую активность, направленную на защиту бредовых притязаний больного.

Диагноз «поздний (инволюционный) параноид» как нозологически самостоятельный возрастной психоз устанавливается в тех случаях, когда имеется достаточное количество клинических данных, отграничивающих его в первую очередь от шизофрении. При дифференциации этой формы заболевания от реактивных психозов следует иметь в виду, что при последних с таким же постоянством отмечается наличие конфликтной ситуации. Однако эта конфликтная ситуация в отличие от таковой при реактивном параноиде в значительно большей степени обусловлена патологическим поведением самого больного. Следует также обращать внимание на то, что у некоторых больных обнаруживаются нерезко выраженные и не прогрессирующие явления мнестической слабости, которые могут свидетельствовать о значении собственно возрастного фактора в их генезе.

Лечение поздних параноидов проводится в полном соответствии с принципами терапии поздних бредовых и галлюцинаторных форм.

Диагноз психоза позднего возраста служит основанием для признания пациента нетрудоспособным.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Назовите клинические проявления поздних параноидов.

2). Перечислите основные типы поздних параноидов.

3). Основные принципы лечения поздних параноидов.

4). В чем заключаются особенности организации помощи, пациентам с поздними параноидами.

5). Каков прогноз при параноидах позднего ивозраста?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ИНВОЛЮЦИОННЫЙ ПАРАНОИД ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ШИЗОФРЕНИИ

1) отсутствием бреда и галлюцинаций

2) наличием критики к болезни

3) отсутствием прогредиентности

4) преобладанием аффективных расстройств

5) наличием расстройств памяти

2. БОЛЬНЫЕ ИНВОЛЮЦИОННЫМ ПАРАНОИДОМ

1) невменяемы

2) дееспособны

3) выявляют признаки деменции

4) имеют критику к болезни

5) не имею аффективных нарушений

3. БОЛЬНЫЕ ИНВОЛЮЦИОННЫМ ПАРАНОИДОМ

1) недееспособны

2) вменяемы

3) выявляют признаки деменции

4) имеют критику к болезни

5) не имею аффективных нарушений

4. БОЛЬНЫЕ ИНВОЛЮЦИОННЫМ ПАРАНОИДОМ

1) в некоторых случаях подлежат направлению на принудительное лечение

2) вменяемы

3) выявляют признаки деменции

4) имеют критику к болезни

5) не имею аффективных нарушений

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ИНВОЛЮЦИОННЫХ БРЕДОВЫХ ПСИХОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1) бреда малого размаха или обыденных отношений

2) критики

3) чувственного характера бреда

4) динамики в бред преследования с ущербной мотивировкой

5) начала с парафренного синдрома

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ИНВОЛЮЦИОННЫХ БРЕДОВЫХ ПСИХОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1) направленности бреда против конкретных лиц ближайшего окружения

2) динамики в бред преследования с ущербной мотивировкой

3) критики

4) чувственного характера бреда

5) начала с парафренного синдрома

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ИНВОЛЮЦИОННЫХ БРЕДОВЫХ ПСИХОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1) интерпретативного характера бреда

2) динамики в бред преследования с ущербной мотивировкой

3) критики

4) чувственного характера бреда

5) начала с парафренного синдрома

8. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ИНВОЛЮЦИОННЫХ БРЕДОВЫХ ПСИХОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1) возможности парафренного видоизменения

2) динамики в бред преследования с ущербной мотивировкой

3) критики

4) чувственного характера бреда

5) начала с парафренного синдрома

9. ТЕЧЕНИЕ ИНВОЛЮЦИОННЫХ БРЕДОВЫХ ПСИХОЗОВ

1) хроническое и непрерывное

2) волнообразное

3) приступообразное

4) периодическое

5) приступообразное с нарастанием бредовой симптоматики

10. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПАРАНОИДОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1) средние дозы галоперидола

2) антидепрессанты

3) ЭСТ

4) инсулинотерапия

5) психотерапия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной 62 лет. Стал жаловаться родственникам, что его жена систематически подсыпает ему в пищу песок, чтобы медленно его отравить, он чувствует, как песок скрипит на зубах. Жена делает это с целью выйти замуж после его смерти за молодого соседа. Замечал неоднократно, что в его отсутствие жена роется у него в вещах и в письменном столе. Память не нарушена.

1. Поставить диагноз.

2. Назовите фабулу бреда.

3. Определить реабилитационную тактику?

4. Показана ли недобровольная госпитализация?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Инволюционный параноид.

2. Персекуторный бред.

3. Психофармакотерапия нейролептиками: азалептин, трифтазин, клопиксол, флюанксол.

4. Недобровольная госпитализация показана.

5. Больной представляет опасность для окружающих (ст. 29, пункт «а» «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача №2**

Больная 66 лет отказывается от приема пищи, заявляет, что ее внутренности сгнили, пища не переваривается, а сразу проваливается в полость таза и загнивает.

1. Назовите ведущий синдром.

2. Назовите фабулу бреда.

3. Какими эмоциональными расстройствами он сопровождается?

4. Показана ли недобровольная госпитализация?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Синдром Котара (бред отрицания).

2. Депрессивный бред.

3. Сопровождается депрессивными расстройствами, тяжелым чувством тоски и тревоги.

4. Недобровольная госпитализация показана.

5. Больная представляет опасность для себя (ст. 29, пункт «б» «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача№3**

Больная 72 лет уверена, что ее обкрадывает дочь, живущая с ней в одной квартире. Постоянно проверяет содержимое своих сундучков, узелков, утверждает, что ее ограбили. Пересчитывает оставшиеся в кошельке деньги, уверяет, что их стало значительно меньше. Объективно эти сведения не подтверждаются.

1. Назовите фабулу бреда.

2. Дайте его характеристику по механизму происхождения.

3. Дайте его характеристику по степени систематизации.

4. Почему он называется «бред малого размаха»?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Персекуторный бред материального ущерба.

2. Вторичный бред, т.к. развивается как следствие расстройств памяти.

3. Бред несистематизированный.

4. Потому что касается только бытовых отношений.

5. Прогноз неблагоприятный – длительное безремиссионное течение.

**Задача№4**

Пациентка Д., 65 лет. Всю жизнь прожила одна, никогда не была замужем. Работала лаборантом. После ссоры с соседями, она поняла, что они хотят ей отомстить и с этой целью специально пускают через розетки газ, после вдыхания которого у нее появляется кожный зуд, и покраснения на коже. С данными жалобами обратилась в поликлинику по месту жительства.

1. Назовите ведущий синдром.

2. Назовите фабулу бреда.

3. Определите реабилитационную тактику

4. Показана ли госпитализация в психиатрический стационар?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа к задаче №4**:

1. Инволюционный параноид.

2. Персекуторный бред.

3. Психофармакотерапия нейролептиками: азалептин, трифтазин, клопиксол, флюанксол.

4. Госпитализация показана.

5. Так как заболевание носит непрерывный характер течения.

**Задача№5**

Пациентка Ф., 63 года. После смерти мужа живет одна в двухкомнатной квартире. Дети живут отдельно, она существует на свою пенсию. Заметила, что соседи изменили ей козырек над балконом. В результате на балкон заливается дождь и как-то по-особому стучит. Соседи отрицали порчу, но Ф. подала на них в суд. Судебное разбирательство проходило безуспешно целый год, и она потратила на него все свои сбережения, однако настойчиво продолжала процесс. Заметила, что соседи, когда поднимаются на свой этаж, норовят бросить у ее двери мусор, плюют. Собирала эти доказательства и их предъявляла в тот же суд. Затем отметила странный запах, который появлялся в ее квартире, как только соседи оказывались дома, считала, что это газ, который пускают через решетку вентиляции на кухне. Тщательно ее заклеила. Постоянно приглашала к себе санитарно-эпидемиологическую службу для подтверждения «вредительства».

1. Назовите ведущий синдром.

2. Назовите фабулу бреда.

3. Определите реабилитационную тактику

4. Показана ли госпитализация в психиатрический стационар?

5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Инволюционный параноид.

2. Персекуторный бред.

3. Психофармакотерапия нейролептиками: азалептин, трифтазин, клопиксол, флюанксол.

4. Госпитализация показана.

5. Так как заболевание носит непрерывный характер течения.

**12.Перечень и стандарты практических умени й.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить и квалифицировать симптомы поздних параноидов.

2). Уметь провести диф. диагностику функциональных психозов позднего возраста.

3). Уметь назначить адекватную терапию.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Интерпретативный вариант параноида.

2. Галлюцинаторный вариант параноида.

3. Параноид с бредом физического воздействия.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.68. **Тема:** «Особые формы психозов позднего возраста».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Особые формы психозов позднего возраста — группа психических заболеваний, в развитии которых большая роль принадлежит эндогенно-органическим (инволюционным) процессам, во многом определяющим патогенетически значимые реакции на внешние воздействия и соответственно особенности возникновения этих психозов и их клинических проявлений — сходство с экзогенными типами реакций

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать особые формы психозы позднего возраста и лечить больных с данной патологией.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления психозов позднего возраста.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при психозах позднего.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике психозов позднего возраста.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ОСТРЫЕ ПСИХОЗЫ

Острые психозы в литературе обозначаются как «экзогенно-органические психозы», «состояния спутанности» (confusional states), «острый мозговой синдром» (acute brain syndrome), «острые состояния спутанности» (akute Verwirrtheitszustande). Эти определения свидетельствуют о том, что практическое отграничение психозов от острых психотических эпизодов при хронических органических заболеваниях позднего возраста нередко сопряжено со значительными трудностями, тем более что острые психозы особенно часто возникают на фоне начального органического процесса. В большинстве случаев эти психозы существенно отличаются от острых экзогенных психозов более раннего возраста не только условиями возникновения, но и клиническими проявлениями. Их важно знать, так как при них возможны и высокая смертность, и полное выздоровление. Здесь необходимы особенно тщательная диагностика и правильная терапевтическая тактика.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Острые психозы в позднем возрасте отличаются некоторыми общими клиническими особенностями, обусловленными влиянием возрастного фактора, который нивелирует нозологические различия, свойственные острым психозам более ранних возрастных периодов. Возникающие при острых психозах позднего возраста клинические картины характерны для экзогенного типа реакций, но они, как правило, в той или другой степени утрачивают свой четкий синдромальный профиль. Лишь изредка наблюдаются развернутые и типичные синдромы делирия, аменции, сумеречных состояний и т.п. В большинстве случаев картина психоза включает элементы различных синдромов экзогенного типа, преобладают фрагментарные, диссоциированные и рудиментарные клинические картины.

Клинические особенности возникающих в позднем возрасте острых психозов зависят прежде всего от состояния мозговой деятельности, на фоне которого они развиваются. Чем отчетливее выражены предшествующие острому психозу психоорганические изменения, тем более редуцированную, рудиментарную форму приобретают экзогенные психотические синдромы.

Наблюдающаяся в старости особая возрастная окраска экзогенных психозов нередко придает им значительное сходство с острыми психотическими расстройствами при сенильной или сосудистой деменции. Отмечаются, например, те же признаки ночной суетливости со «сборами в дорогу» и амнестической дезориентировки с элементами сдвига ситуации в прошлое, а также особой деловитой активностью, которые считают характерными для старческого делирия.

В результате свойственных старческому возрасту особых констелляций патогенетических факторов могут развиваться и особые синдромальные картины острых психозов, встречающиеся лишь изредка у более молодых людей. К ним относятся, например, сравнительно «чистые», т.е. протекающие при ясном сознании и без бредовых расстройств галлюцинозы, в частности зрительные.

Необходимо отметить и некоторые общие особенности острых экзогенно-органических психозов в старческом возрасте. В отличие от острых экзогенных психозов более раннего возраста наблюдаются преимущественно кратковременные, транзиторные психотические расстройства, нередко многократно повторяющиеся. Существует отчетливая зависимость между возникновением эпизодов психоза и характерными для позднего возраста нарушениями сна и ритма чередования сна и бодрствования.

В обобщенном виде особенности острых экзогенно-органических психозов старости состоят в более редком развитии кататоно- и маниаформных компонентов двигательного возбуждения, сравнительно малой выраженности аффекта страха и галлюцинаторных расстройств, известной монотонности клинической картины при наступающем обычно вечером или ночью обострении психических расстройств, преобладании сенильных черт амнестической дезориентировки (элементы «сдвига в прошлое» и «сенильной деловитости») и возрастной тематики бредовых высказываний (идеи ущерба, ограбления, разорения и обнищания и т.п.). Еще В.В.Срезневский отмечал патопластическую сенильноподобную окраску даже при сравнительно благоприятно развивающихся экзогенных психозах позднего возраста, которые создают впечатление начинающейся деменции в связи с преобладанием грубых нарушений памяти и выраженности амнестической дезориентировки, скудости и однообразия делириозных переживаний. Двигательное беспокойство при острых экзогенно-органических психозах позднего возраста также отличается определенными особенностями своих проявлений и динамики. Близкое к сенильной деловитости и старческому «бреду занятия» двигательное беспокойство на раннем этапе заболевания в дальнейшем может переходить во все более однообразные, лишенные целенаправленности движения и, наконец, в интеративное беспокойство, состоящее из стереотипных фрагментов движений.

Среди факторов, играющих дополнительную патопластическую роль при формировании клинической картины острых экзогенных психозов старости, по мнению ряда авторов, заметное место занимают расстройства зрения и реже слуха. В таких случаях обычно возникают обратимые психопатологические расстройства, которые следует квалифицировать как зрительный галлюциноз. В его клинической картине нет помрачения сознания, выраженного аффекта страха, внушаемости и двигательного беспокойства; ориентировка сохранена; бредовая трактовка выражена мало, нередко сохраняется частичная критика. Этими клиническими особенностями зрительные галлюцинозы у офтальмопатов отличаются от делирия. Существуют и определенные феноменологические особенности зрительных галлюцинаций: массовость, подвижность, повторяемость, обычно малые размеры зрительных образов (так называемые лилипутские галлюцинации). Довольно часто больные остаются «зрителями» по отношению к галлюцинаторным переживаниям: то безучастными или даже заинтересованными, то встревоженными или испуганными. При некоторых зрительных галлюцинациях возникают обманы и других органов чувств (ощущение прикосновения, запахи, звуки и т.п.).

Течение таких зрительных галлюцинозов бывает различным. Часть из них, особенно формы, возникающие остро после глазных операций (или потери зрения) без предшествующих психоорганических изменений, бывают полностью обратимыми. Другие формы, в частности те, при которых, кроме зрительных, наблюдаются и другие галлюцинаторные расстройства, перехо-дят в делириозные состояния. Наконец, третьей группе этих психозов свойственно хроническое течение.

Некоторые наблюдения свидетельствуют о том, что в развитии острых психозов типа зрительных галлюцинозов важную роль играет психологически-ситуационный фактор.

Пока клинически недостаточно изучена особая группа острых психозов старческого возраста, в генезе которых, по данным литературы, психогенные и ситуационные факторы играют существенную патогенетическую или по меньшей мере провоцирующую роль. Многие авторы описывали острые психотические состояния с картиной галлюцинаторной спутанности, непосредственно связанные с психотравмирующими переживаниями (смерть супруга или другого близкого человек1) или резкими переменами жизненной ситуации (переезд на новую квартиру, поступление в больницу или дом инвалидов, уход на пенсию и т.п.). Такие же механизмы лежат, возможно, и в основе динамики состояния престарелых больных с более или менее упорядоченным поведением в домашней обстановке. У таких больных после поступления в больницу нередко отмечается резкое ухудшение в виде острого состояния спутанности. Однако трактовка таких случаев как психореактивных вряд ли обоснована.

ХРОНИЧЕСКИЕ ГАЛЛЮЦИНОЗЫ

Это сравнительно редкие психические расстройства. Они манифестируют в различные периоды позднего возраста (чаще в старости) и проявляются галлюцинозом — зрительным, вербальным, тактильным, обонятельным или смешанным. Эта группа психозов неоднородна как в психопатологическом, так и в нозологическом отношении. Наряду с «чистыми» (изолированными) галлюцинозами, представляющими собой разновидность «парциального помешательства», в эту группу психозов включают некоторые переходные формы между этими психозами и так называемыми бредовыми галлюцинозами.

Нозологическая принадлежность большинства психозов, относящихся к галлюцинозам позднего возраста, неясна, что оправдывает их выделение в особую группу психических расстройств старческого возраста на основании чисто синдромальной характеристики. Достаточно обосновано их отнесение как к экзогенно-органическим расстройствам, так и к заболеваниям, обусловленным эндогенными факторами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

ОСОБЫЕ ВЕРБАЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНОЗЫ СТАРОСТИ

Вербальные галлюцинозы встречаются наиболее часто среди галлюцинозов старости. Они наблюдаются при разных психических заболеваниях позднего возраста и особенно часто при сосудистых психозах и шизофрении.

Галлюцинации и галлюцинозы типа Шарля Бонне описывали со второй половины прошлого века, однако чаще в виде зрительных галлюцинозов у слепых, нежели в форме вербальных галлюцинозов. По фамилии швейцарского натуралиста начала прошлого века Cherles Bonnet, описавшего у своего ослепшего деда зрительные галлюцинации без других признаков психического заболевания.

Основные клинические особенности этих форм развитие галлюцинаторных расстройств впервые в позднем возрасте; отсутствие других проявлений психического заболевания; сочетание галлюциноза с тяжелым заболеванием органов зрения или слуха. Заболевание манифестирует обычно в глубоком старческом возрасте, но несколько раньше (в среднем в 68,4 год1), по сравнению с такими же зрительными галлюцинозами. Течение бывает затяжным (в отдельных случаях более 15 лет). При этом нередко периоды усиления галлюцинаторных расстройств («наплыва голосов») чередуются с периодами относительного их затухания.

Галлюциноз чаще бывает поливокальным. Нередко голоса как бы вырастают из ушных шумов (треск, гудение, свист и т.п.) и на начальном этапе болезни могут иметь сходство с этими шумами (например, больные слышат голоса, похожие на шипение в ушах). Галлюцинации всегда истинные, отличаются чувственной яркостью и проекцией в окружающее пространство. Вечером и ночью они обычно усиливаются. Содержание голосов, обращенных, как правило, к больным, обычно неприятное (брань, угрозы и т.п.); изредка бывают императивные голоса. В период усиления галлюциноза больные убеждены в реальности голосов, критическое отношение к ним утрачивается. Однако даже в периоды усиления галлюцинаторных расстройств, когда голоса становятся совершенно реальными, не наблюдается сколько-нибудь значительного развития бредовых построений (самостоятельные или «объясняющие» голос1). Наплывы галлюцинаций сопровождаются тревогой. Несмотря на затяжное, часто многолетнее течение, у больных не развивается органическая деменция, хотя нередко бывают легкие признаки общепсихического снижения.

Однозначная нозологическая трактовка галлюцинозов типа Шарля Бонне весьма трудна. Безоговорочное причисление их к органическим (сосудистым или атрофическим) процессам клинически недостаточно обосновано.

ЗРИТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНОЗЫ

Изолированные (чистые) зрительные галлюцинозы старости по клиническим особенностям и условиям возникновения в основном соответствуют галлюцинозам типа Шарля Бонне. Большинство приведенных в литературе случаев относятся к заболеваниям глубокой старости, т.е. к людям старше 70—80 лет.

Общие клинические особенности зрительных галлюцинозов старческого возраста в основном сходны с таковыми при вербальных галлюцинозах старости. Они имеют следующие основные черты: 1) в наиболее типичных случаях зрительный галлюциноз остается изолированным (парциальным) психическим расстройством при ясном сознании, без бредовых расстройств и нарушений поведения; 2) обычно сохраняется критическое отношение к галлюцинаторным переживаниям, только в периоды наплыва галлюцинаций они становятся полностью реальными; по отношению к галлюцинаторным образам больные чаще всего остаются «зрителями», иногда даже заинтересованными, страх и тревога, связанные с психотическими переживаниями, возникают далеко не всегда; 3) к феноменологическим особенностям галлюциноза относятся множественность, подвижность и необычайная красочность (сценоподобность) зрительных обманов, преимущественно малые размеры галлюцинаторных образов (лилипутские галлюцинации). Галлюцинации всегда бывают истинными и проецируются в окружающее пространство. В ряде случаев галлюцинаторные расстройства развиваются в определенной последовательности: сначала возникают элементарные зрительные обманы, затем «картинные» (портретные) и «панорамные», т.е. расположенные в одной плоскости галлюцинации, и лишь вслед за ними — объемные зрительные обманы, т.е. двигающиеся и действующие в пространстве фигуры. На этой стадии возможно присоединение отдельных обманов других органов чувств — тактильных (прикосновение) или обонятельных (запахи), реже элементарных звуковых; 4) зрительные галлюцинозы старческого возраста бывают затяжными или волнообразными (чередование затухания и усиления галлюцинаторных образов — «наплывов»).

Однако, помимо типичных случаев галлюцинозов Шарля Бонне, в некоторых наблюдениях галлюцинаторные расстройства возникали на фоне отчетливых психоорганических изменений, в частности дисмнестических расстройств. По клиническим особенностям эти психоорганические изменения можно отнести к психическим нарушениям, обусловленным церебральным атеросклерозом.

ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНОЗЫ

Обонятельные галлюцинозы позднего возраста в строгом понимании (т.е. изолированные, «чистые» обонятельные галлюцинозы), очевидно, встречаются крайне редко.

Единичные случаи, отличались отсутствием бреда преследования или ущерба, направленного против соседей, и т.п. В этих случаях неприятные запахи, иногда в сочетании с неприятными тактильными и висцеральными ощущениями, возникали у больных только в определенной обстановке (например, в своей комнате), но рассматривались ими как «случайные», как дефекты строительства дома и т.п. Все же нельзя исключить возможность существования переходных форм между поздними параноидными психозами с обонятельными галлюцинациями и крайне редкими «чистыми» обонятельными галлюцинозами, нозологическая природа которых остается пока неясной.

ТАКТИЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНОЗЫ

Группа психических расстройств, объединяемых общностью основных синдромальных проявлений — преобладанием тактильного галлюциноза в сочетании с бредом одержимости (пораженности) кожными паразитами, носит название тактильного галлюциноза, или пресенильного дерматозойного бреда Экбома. Этот синдром в отличие от других (зрительных, вербальных и обонятельных) галлюцинозов старости весьма различен по структуре.

Существует мнение, что он встречается и как самостоятельное психическое расстройство позднего возраста.

Сочетание тактильного галлюциноза с бредом одержимости кожными паразитами описывалось в психиатрической и дерматологической литературе под разными названиями: «нейродермия с паразитофобией», «локальная (ограниченная) ипохондрия», «навязчивый зоопатический галлюциноз», «пресенильный дерматозойный бред», хронический тактильный галлюциноз, бред одержимости паразитами. Столь же различны и точки зрения исследователей на психопатологическую оценку этого расстройства, его место в систематике психических болезней.

По мнению большинства исследователей, среди больных с тактильным галлюцинозом преобладают лица позднего, особенно инволюционного (50—65 лет) возраста. Женщины заболевают в 3—1 раза чаще, чем мужчины.

Структура синдрома зависит от заболевания, в рамках которого он развивается. В наиболее типичных и развернутых случаях тактильного галлюциноза больные испытывают постоянные мучительные патологические ощущения на поверхности кожи, под ней и на слизистых оболочках в виде зуда, жжения, укусов, уколов, боли и т.п. По убеждению больных, эти ощущения вызывают многочисленные, обычно чрезвычайно мелкие паразиты («микробы», жучки, червячки и т.п.). Нередко больные чувствуют шевеление, передвижение или скопление этих существ под кожей. Как правило, больные напоколебимо убеждены в том, что причиной всех мучительных ощущений являются паразиты. В большинстве случаев бред ограничивается убеждением в пораженности организма этими мелкими существами. Как правило, больные проявляют большую и неутомимую бредовую активность, постоянно обращаются к врачам, в частности к дерматологам. Не получая, по их мнению, помощи и не встречая понимания, они сами активно борются против паразитов (лечатся мазями, втираниями, внутренними средствами и т.п., без конца моются, меняют, стирают, дезинфицируют белье и т.д.). Тактильный галлюциноз обычно сопровождается зрительными иллюзиями — больные собирают грязь, шелушащиеся слои кожи, нитки и т.п. и показывают их окружающим как обнаруженных паразитов. Нередко бывают ипохондрические расстройства, в частности появляются опасения, а затем и убежденность, что паразиты наносят большой вред здоровью. Иногда ипохондрические идеи достигают степени нигилистического бреда; в таких случаях больные говорят о проникновении паразитов в мозг, внутренние органы и т.д. Настроение становится подавленным и тревожным. Кожные ощущения имеют пред-почтительную локализацию (лицо, руки, гениталии, задний проход и др.). Во многих случаях, особенно при шизофренических психозах, патологические ощущения более разнообразны: конкретные, предметные ощущения, характерные для тактильных галлюцинаций, сочетаются с сенестопатиями и парестезиями. Бредовые идеи преследования присоединяются к бреду одержимости кожными паразитами только в редких случаях (преимущественно при шизофрении).

Варианты синдрома соответствуют заболеванию, в рамках которого он развивается. Например, при органических заболеваниях он бывает более простым и однообразным, ограничивается тактильными галлюцинациями и бредовой убежденностью в существовании кожных паразитов. При органических процессах старческого возраста возможны варианты синдрома, при которых больные высказывают бред пораженности кожи неодушевленными предметами (песок, осколки стекла и т.п.). Тактильный галлюциноз органического генеза чаще бывает регредиентным или рецидивирующим.

Синдром тактильного галлюциноза, возникающий в структуре эндогенных депрессий, характеризуется подавленным настроением, выраженным чувством болезни и ипохондрическими опасениями. По выходе из депрессии все расстройства полностью исчезают. При шизофренических психозах (обычно малопрогредиентных) патологические ощущения наиболее разнообразны. К тактильным галлюцинациям часто присоединяются сенестопатии, ипохондрический и в том числе нигилистический бред, а иногда и отдельные бредовые идеи преследования. Эти шизофренические психозы бывают весьма затяжными.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Особенности острых психозов позднего вораста.

2). Клиническая картина хронического галллюциноза.

3). Клиническая картина острого вербального галлюциноза старости.

4). Клиническая картина зрительного галлюциноза.

5). Клиническая картина тактильного галлюциноза.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ СТАРОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) психомоторное возбуждение

2) выраженный депрессивный аффект

3) малая выраженность аффекта страха

4) длительное сохранения одной позы

5) гримасничанье

2. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ СТАРОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) немотивированный отказ выполнять инструкции

2) монотонность клинической картины, скудность, однообразие.

3) наличие критики к своему поведению

4) гипермнезия

5) отказ от приема пищи

3. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ СТАРОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) обострение психотических симптомов вечером или ночью

2) повышенный аппетит

3) усиление двигательной активности в дневное время

4) педантичность

5) яркие зрительные обманы восприятия

4. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ СТАРОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) кривлянье, гримасничанье

2) ступор

3) стремление к наведению порядка

4) мегаломанический характер бредовых идей

5) преобладание сенильных черт амнестической дезориентировки (сдвиг в прошлое, сенильная деловитость).

5. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ СТАРОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) полиморфность клинических проявлений

2) выраженная аффективная окраска переживаний

3) усиление психопатологической симптоматики в дневные часы

4) возрастная тематика бредовых высказываний (идеи ущерба, обнищания).

5) копрофагия

6. ОСТРЫЕ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ СТАРОСТИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ШИЗОФРЕНИИ

1) отсутствием бреда и галлюцинаций

2) наличием критики к болезни

3) отсутствием прогредиентности

4) преобладанием аффективных расстройств

5) наличием расстройств памяти

7. ТЕЧЕНИЕ ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА СТАРОСТИ

1) хроническое, многолетнее

2) волнообразное

3) приступообразное

4) периодическое

5) приступообразное с нарастанием симптоматики

8. ТЕЧЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА СТАРОСТИ

1) хроническое присоединением бредовой симптоматики

2) волнообразное

3) приступообразное

4) периодическое

5) приступообразное с нарастанием симптоматики

9. ТЕЧЕНИЕ ТАКТИЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

1) хроническое и непрерывное

2) волнообразное

3) приступообразное

4) периодическое

5) приступообразное с нарастанием симптоматики

10. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ СТАРОСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1) средние дозы галоперидола

2) антидепрессанты

3) ЭСТ

4) инсулинотерапия

5) психотерапия

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течение 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

1. Выделите основной клинический синдром.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.

5. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).

**Эталон ответа**

1. Органический галлюциноз.

2. Органическое заболевание головного мозга.

3. Органический галлюциноз.

4. Консультация невропатолога, экспериментально-психологическое обследование – органический симптомокомплекс, расстройства ассоциативного процесса для исключения шизофрении; ЭЭГ - , КТ-, МРТ- исследования для исключения органического поражения мозга.

5. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни. Органический галлюциноз. (F06.09)

**Задача №2**

Пациент И., 75 лет жалуется на то, что постоянно видит перед собой справа сверху окровавленный топор и слышит справа голос — «теперь ты умрешь». Образ становится предметным после утомления, но обычно он кажется будто бы прозрачным. В виде отдельных эпизодов замечал летящих пчел, которые влетают в правый глаз, и слышал их жужжание в голове. Периодически отмечает у себя «видения» ангела, которого замечает в зеркале. К своим переживаниям относится с критикой. Бредовая трактовка отсутствует.

1. Выделите основной клинический синдром.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.

5. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).

**Эталон ответа**

1. Органический галлюциноз.

2. Органическое заболевание головного мозга.

3. Органический галлюциноз.

4. Консультация невропатолога, экспериментально-психологическое обследование – органический симптомокомплекс, расстройства ассоциативного процесса для исключения шизофрении; ЭЭГ - , КТ-, МРТ- исследования для исключения органического поражения мозга.

5. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни. Органический галлюциноз (F06.09).

**Задача№3**

Пациентка Н, 65 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на неприятные ощущения под кожей в виде зуда, жжения и боли. Пациентка уверена, что эти ощущения вызывают какие-то «паразиты». Так же она отмечает шевеление и передвижение этих «существ» под кожей. В доказательство этого она предоставила пузырек, в котором находились грязь, шелушащиеся слои кожи, нитки и т.п. Так же ранее пыталась самостоятельно вывести «паразитов» различными мазями и постоянной дезинфекцией белья.

1. Выделите основной клинический синдром.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.

5. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).

**Эталон ответа**

1. Органический галлюциноз.

2. Органическое заболевание головного мозга.

3. Органический галлюциноз.

4. Консультация невропатолога, экспериментально-психологическое обследование – органический симптомокомплекс, расстройства ассоциативного процесса для исключения шизофрении; ЭЭГ - , КТ-, МРТ- исследования для исключения органического поражения мозга.

5. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни. Органический галлюциноз (F06.09).

**Задача№4**

Пациентка С, 82 лет. Около 5-7 лет назад стала слышать с потолка практически постоянно громкую музыку, шум, посторонние звуки, стук. В связи с этим неоднократно ходила к соседям, ссорилась с ними, писала на них заявления, однако, со слов пациентки, когда приходил участковый, «они все выключали», наговаривали на нее, а затем, после ухода полицейского, включали «музыку» еще громче. Около 4-х лет поняла, что во время ее отсутствия соседка сделала в ее квартире «подкоп», установила «аппаратуру» и «камеры». Накануне госпитализации в психиатрический стационар ближе к вечеру заметила, что у нее на балконе стоят трое молодых людей, которые начали с ней разговаривать из-за занавески и угрожали ей. Испугавшись, спряталась в ванной комнате, начала стучать по ванной металлическим совком, чтобы привлечь внимание и тем самым позвать на помощь. В это время из «аппаратуры», которую она слышала постоянно, появился женский голос, который поддерживал ее, называл ее адрес, имя. Поняла, что скоро к ней приедет помощь, выбежала из ванной, открыла входную дверь и опять спряталась в ванной. Вскоре пришли соседи и участковый олицейский. После чего была осмотрена врачом скорой помощи и направлена на лечение в психиатрическую больницу.

1. Выделите основной клинический синдром.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.

5. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).

**Эталон ответа**

1. Органический галлюциноз.

2. Органическое заболевание головного мозга.

3. Органический галлюциноз.

4. Консультация невропатолога, экспериментально-психологическое обследование – органический симптомокомплекс, расстройства ассоциативного процесса для исключения шизофрении; ЭЭГ - , КТ-, МРТ- исследования для исключения органического поражения мозга.

5. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни. Органический галлюциноз (F06.09).

**Задача№5**

Пациентка 80 лет. Последние 1,5 месяца стала говорить, что у нее в квартире кто-то посторонний, то видела незнакомую женщину, которую никак не могла выгнать из квартиры, то мужчину, иногда - кошек, «чебурашек». Все эти «видения» возникали ближе к вечеру. Накануне госпитализации стала более тревожной, беспокойной, настороженной, постоянно говорила о посторонних людях, которые непонятным образом проникают к ней в квартиру и не уходят, несмотря на просьбы. По инициативе подруги была осмотрена дежурным психиатром и направлена на лечение в психитрическую больницу.

1. Выделите основной клинический синдром.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.

5. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).

**Эталон ответа**

1. Органический галлюциноз.

2. Органическое заболевание головного мозга.

3. Органический галлюциноз.

4. Консультация невропатолога, экспериментально-психологическое обследование – органический симптомокомплекс, расстройства ассоциативного процесса для исключения шизофрении; ЭЭГ - , КТ-, МРТ- исследования для исключения органического поражения мозга.

5. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни. Органический галлюциноз (F06.09).

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить и квалифицировать симптомы хронических галлюцинозов старости.

2). Уметь определять диагностическое значение выявленных симптомов.

3). Уметь назначить адекватную терапию.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Галлюцинозы типа Шарля Бонне.

2. Бред Экбома.

3. Старческий делирий.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.69. **Тема:** «Эпилепсия».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Эпилепсия включена в группу эндогенно-органических психических заболеваний. Своевременное и адекватное лечение данного заболевания может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы эпилепсии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основы диагностики и систематики эпилепсии.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного эпилепсией, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больных эпилепсией; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления эпилепсии |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике эпилепсии  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Эпилепсия — хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами.

Распространенность эпилепсии в общей популяции составляет 7 — 10 случаев на 1000 населения. Риск развития эпилептических припадков на протяжении жизни составляет до 10%. Заболевание может развиваться в любом возрасте, однако в 75% эпилепсия начинается до 20-летнего возраста. Показатели заболеваемости среди мужского и женского пола практически одинаковы. Как минимум у 30% больных со временем возникают психические расстройства и наиболее часто — при симптоматических формах.

В диагностике эпилепсии важное значение играют: семейный анамнез, возраст развития, анамнез приступов, исключение неэпилептических заболеваний, психические нарушения, эффекты проводимой терапии.

Классификация

Эпилепсия (G40)

Доброкачественная детская эпилепсия с пиками на ЭЭГ в центрально-височной области («роландическая», РЭ, «сильвиева», «языковый синдром») (G 40.0)

Детская эпилепсия с пароксизмальной активностью на ЭЭГ в затылочной области (доброкачественная затылочная эпилепсия, ДЗЭ, эпилепсия Гасто) (G40.0)

Локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками (G40.1)

Локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками (G40.2)

Эпилепсия лобной доли (фронтальные эпилепсии, ФЭ) (G40.1/G40.2)

Эпилепсия височной доли (височная эпилепсия, ВЭ)

Эпилепсии затылочной и теменной доли (затылочные и теменные эпилепсии, ЗЭ, ТЭ)

Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы (G40.3)

Доброкачественные: миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста (доброкачественная миоклоническая эпилепсия младенческого возраст1)

Неонатальные приступы (семейные) (доброкачественные семейные идиопатические неонатальные судороги)

Детский эпилептический абсанс (пикнолепсия) (абсансная эпилепсия Кальп1)

Эпилепсия с большими судорожными приступами Grand mal во время пробуждения

Ювенильная миоклоническая эпилепсия (эпилепсия с импульсивными Petit Mal, ЮМЭ, с миоклоническим Petit Mal, синдром Янца, синдром Герпина — Янц1)

Эпилепсия с миоклоническим абсансом (синдром Тассинари) (G40.4)

Эпилепсия с миоклонически-астатическими приступами

Респираторные аффективные судороги

Фебрильные судороги

Синдром Леннокса — Гасто

Салаамов тик

Симптоматическая ранняя миоклоническая энцефалопатия (ранняя младенческая эпилептическая энцефалопатия с паттернами «вспышка-угнетение» [burst-suppression] на ЭЭГ, синдром Отахар1)

Синдром Уэста (эпилепсия с судорогами типа молниеносных «салаам»-поклонов, «инфантильные спазмы», пропульсивные припадки)

Эпилепсия парциальная постоянная (Кожевников1) (G40.5)

Хроническая прогредиентная Epilepsia Partialis continua (синдром прогрессирующей энцефалопатии Расмуссен1)

Первичная эпилепсия чтения (ЭЧ)

Эпилептический статус (Status epilepticus, SE) (G41)

Эпилептический статус Grand mal (судорожных припадко3) (Тонико-клонический эпилептический статус) (G41.0)

Эпилептический статус Petit mal (Эпилептический статус абсансов, SEA) (G41.1).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

СУДОРОЖНЫЕ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМОВ

Большой судорожный припадок (grand mal) — наиболее характерное проявление эпилептической болезни. В его развитии различают несколько фаз: ауру, тоническую фазу, клоническую фазу и фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания).

Аура — кратковременное, на несколько секунд, помрачение сознания, при котором возникают разнообразные сенестопатические, психосенсорные, деперсонализационные, аффективные, галлюцинаторные расстройства, остающиеся в памяти больного, в то время как происходящее вокруг больным не воспринимается и не запоминается. По данным W.R.Gowers, аура наблюдается в 57 % случаев эпилепсии, а по мнению O.Binswanger — лишь в 37 %. Этому соответствуют и современные наблюдения.

Существует несколько классификаций ауры. Наиболее распространенной является классификация W.Penfield. Он различает висцеросенсорную, висцеромоторную, сенсорную, импульсивную и психическую ауру.

Варианты больших судорожных припадков. Наряду с классическими большими припадками (grand mal) возможны атипичные (рудиментарные) формы больших припадков только в виде тонической или клонической фазы. Атипичные формы припадков особенно характерны для раннего детского возраста. Иногда это общее расслабление мышц тела без судорожного компонента (амиотонический припадок), а в некоторых случаях — преобладание судорог в правой или левой половине тела.

Эпилептическое состояние (status epilepticus) — серия непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков. Их частота бывает настолько велика, что больные не приходят в сознание и долго находятся в коматозном, сопорозном или оглушенном состоянии. Эпилептическое состояние продолжается от нескольких часов до нескольких суток, нередко сопровождается повышением температуры тела, учащением пульса, падением АД, резкой потливостью и другими соматовегетативными симптомами. Повышается содержание мочевины в сыворотке крови, появляется белок в моче. При продолжительном эпилептическом статусе возможен летальный исход в связи с нарастающей гипоксией и отеком мозга.

МАЛЫЕ ПРИПАДКИ

Малые припадки (petit) наряду с большими судорожными припадками занимают значительное место в клинической картине эпилепсии. В отличие от больших судорожных припадков они крайне разнообразны по клиническим проявлениям. Представители различных психиатрических школ подчас вкладывают в понятие «малые припадки» различный клинический смысл, соответственно суживая или расширяя его границы включением или, напротив, исключением двигательного (судорожного) компонента.

П.М.Сараджашвили, В.В.Ковалев, W.Lennox и другие авторы выделяли следующие основные типы малых припадков: типичные малые (абсансы и пикнолептические), миоклонические (импульсивные) и акинетические (включая кивки, клевки, салаам-припадки и атонически-акинетические).

Большинство исследователей эпилепсии объединяли в группу малых припадков наряду с абсансами кратковременные пароксизмальные состояния с изменением мышечного тонуса: пропульсивные припадки (среди которых различают салаам-припадки, молниеносные и клонические пропульсивные припадки), ретропульсивные (с подразделением на клонические, рудиментарные и пикнолептические), а также импульсивные малые припадки.

К абсансам относят состояния с внезапным кратковременным (на несколько секун5) выключением сознания. В этот момент больной прерывает разговор или какое-нибудь действие, его взгляд останавливается или блуждает, а спустя несколько секунд он продолжает прерванный разговор или действие. В некоторых случаях выключение сознания сопровождается изменением тонуса отдельных групп мышц (чаще мышц лица, шеи, верхних конечностей), двусторонним легким подергиванием мышц или вегетативными нарушениями. Такие абсансы в отличие от уже описанных простых называют сложными. Абсансы возникают обычно в возрасте 5—10 лет; впоследствии преобладают большие судорожные припадки.

Пропульсивные (акинетические) припадки характеризуются разнообразными пропульсивными, т.е. направленными вперед, движениями (пропульсия). Движение головы, туловища или всего тела при пропульсивных припадках обусловлено внезапным ослаблением постурального мышечного тонуса. Пропульсивные припадки характерны для раннего детского возраста (до 4 лет). Они возникают чаще у мальчиков, преимущественно ночью. В 80 % случаев их причиной является пренатальное или постнатальное повреждение мозга. В старшем возрасте наряду с пропульсивными припадками у больных, как правило, возникают и большие судорожные припадки.

Разновидностью пропульсивных припадков являются кивки — серии кивательных движений головой и клевки — резкие наклоны головы вперед и вниз (при этом больные могут удариться лицом о предметы, стоящие перед ними). Кивки и клевки характерны для детей в возрасте 2—5 мес.

Салаам-припадки названы так потому, что движения, совершаемые больными во время припадка, отдаленно напоминают поклоны при мусульманском приветствии (тело наклоняется вперед, голова падает вниз, а руки разводятся вверх и в стороны); такой припадок не сопровождается падением.

Молниеносные припадки отличаются от салаам-припадков лишь более быстрым развитием; в остальном их клиническая картина почти идентична. Необходимо лишь отметить, что вследствие быстрого и резкого движения туловища вперед больные нередко падают.

Ретропульсивные припадки подразделяются на клонические и рудиментарные ретропульсивные. Они возникают в возрасте от 4 до 12 лет, но чаще в 6—8 лет. Они наблюдаются чаще у девочек и возникают преимущественно в состоянии пробуждения, нередко провоцируются гипервентиляцией и аффективным напряжением и никогда не появляются во время сна.

Клонические ретропульсивные припадки сопровождаются клоническими судорогами мускулатуры, век, глаз, головы, рук. Припадок выражается в закатывании глаз, отклонении головы назад, в запрокидывании вверх и назад рук, словно больной хочет что-то достать позади себя. Голова отклоняется вверх и назад в мелких клонических подергиваниях, руки — в мелких клонических судорогах. Во время припадка падения больного, как правило, не происходит; реакция зрачков на свет отсутствует, лицо бледное, отмечаются потливость и слюнотечение.

Случаи заболевания с очень кратковременными и частыми (до 50 в день) ретропульсивными припадками или абсансами выделяют в особую форму — пикнолепсию (пикноэпилепсию).

Импульсивные (миоклонические) припадки клинически проявляются внезапными вздрагиваниями или толчкообразными движениями тех или иных групп мышц (чаще всего верхних конечностей). Происходит быстрое разведение или сближение рук, при этом больной роняет предметы. При очень кратковременных приступах сознание может не нарушаться, при более продолжительных оно выключается на короткое время. Иногда припадок сопровождается внезапным падением, но после падения больной обычно тотчас же встает. Эти припадки возникают обычно в виде серий или «залпов» (по 5—20 подря5), отделенных друг от друга интервалом в несколько часов. Характерно появление приступов в утренние часы. Импульсивные припадки могут развиваться в случаях генуинной эпилепсии и при церебральных органических заболеваниях — прогрессирующей миоклонической эпилепсии, церебральной миоклонической диссинергии, миоклонической форме церебрального липоидоза. Как и ретропульсивные припадки, они провоцируются рядом моментов (недостаточный сон, резкое пробуждение, алкогольные эксцессы).

Характеризуя группу малых припадков в целом, необходимо отметить, что у одних и тех же больных никогда не наблюдается малых припадков различной клинической структуры, как не бывает и перехода одних малых припадков в другие.

ОЧАГОВЫЕ (ФОКАЛЬНЫЕ) ПРИПАДКИ

Адверсивный судорожный припадок, как и классический эпилептический, начинается с тонической фазы, однако она развертывается медленнее, обычно без ауры. Своеобразен поворот тела вокруг продольной оси: вначале происходит насильственный поворот глазных яблок, затем в ту же сторону поворачивается голова, а далее весь корпус, и больной падает. Затем начинается клоническая фаза, неотличимая от соответствующей фазы большого эпилептического судорожного припадка. Возникновение адверсивного припадка связано с локализацией эпилептического очага в коре лобной или передневисочной области. Отмечено, что при левосторонней локализации падение больного более замедленное, чем при правосторонней.

Парциальный (джексоновский) припадок отличается от классического эпилептического тем, что тоническая и клоническая фазы ограничиваются определенной группой мышц и лишь в части случаев бывает генерализация припадка. При парциальных припадках возможны судороги мышц только верхней или нижней конечности, мускулатуры лица. Судороги мышц конечностей распространяются в проксимальном направлении. Так, если судороги развиваются в мышцах верхней конечности, то тоническая судорога переходит с кисти на предплечье и плечо, рука поднимается и возникает насильственный поворот головы в сторону поднятой руки. Далее наступает клоническая фаза припадка. Если припадок начинается с судорог в нижней конечности, то тонические судороги бывают вначале в мышцах стопы (происходит ее подошвенное сгибание) и далее распространяются вверх на голень и бедро, а в ряде случаев охватывают мускулатуру тела на соответствующей стороне. Наконец, если припадок начинается с мышц лица, то вначале в тонической судороге перекашивается рот, а затем она распространяется на всю мускулатуру лица на соответствующей стороне. Возможна генерализация джексоновских припадков. В этих случаях они чрезвычайно напоминают обычный судорожный припадок, но с преобладанием судорожных явлений на одной стороне тела. Генерализация парциальных припадков в большинстве случаев сопровождается потерей сознания. Джексоновские припадки нередко возникают сериями и могут заканчиваться вялыми параличами, обычно при локализации органического процесса в передней центральной извилине.

Тонические постуральные судороги начинаются с мощной тонической судороги, вследствие чего возникают опистотонус, задержка дыхания с явлениями цианоза, больной теряет сознание; этим припадок обычно завершается. Клоническая фаза при таком варианте припадков отсутствует. Такие припадки развиваются при локализации очага в стволовой части мозга.

БЕССУДОРОЖНЫЕ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМОВ

Наряду с большими и малыми припадками в клинической картине эпилепсии значительное место занимают бессудорожные пароксизмы с помрачением сознания (сумеречные состояния, сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом, амбулаторные автоматизмы) и без расстройства сознания (аффективные пароксизмы, каталептические и нарколептические, психомоторные и другие припадки).

Сумеречные расстройства сознания среди бессудорожных пароксизмов, или эквивалентов, занимают значительное место. Они крайне полиморфны по клиническим проявлениям — от сравнительно простых и элементарных действий, совершаемых больными, до сложных по структуре состояний с картиной внешне целесообразных действий или резчайшего возбуждения.

Кратковременные пароксизмально возникающие сумеречные состояния принято называть амбулаторными автоматизмами.

Амбулаторные автоматизмы проявляются в виде автоматизированных действий, совершаемых больными при полной отрешенности от окружающего. Выделяют оральные автоматизмы (приступы жевания, причмокивания, облизывания, глотания), ротаторные автоматизмы («vertigo») с автоматическими однообразными вращательными движениями на одном месте. Нередко больной, будучи отрешенным от окружающей действительности, автоматически стряхивает с себя что-то. Иногда автоматизмы бывают более сложными, например больной начинает раздеваться, последовательно снимая с себя одежду. К амбулаторным автоматизмам относятся и так называемые фуги, когда больные, находясь в состоянии помраченного сознания, бросаются бежать; бегство продолжается некоторое время, а затем больные приходят в себя. При состояниях амбулаторного автоматизма известны случаи длительных миграций (трансы), однако чаще эти блуждания бывают сравнительно непродолжительными и выражаются в том, что больные проезжают нужную им остановку, проходят мимо своего дома и т.д.

Амбулаторные автоматизмы могут проявляться кратковременными состояниями с внешне относительно правильным поведением, которые внезапно завершаются афессивными поступками или антисоциальными действиями. В этих случаях поведение больных определяется присутствием в структуре сумеречного состояния аффективных расстройств, бреда и галлюцинаций. Нередко приходится наблюдать разновидность амбулаторных автоматизмов в виде непродолжительных состояний резчайшего хаотического двигательного возбуждения с афессией, разрушительными тенденциями и полной отрешенностью больного от окружающего.

К бессудорожным пароксизмам с помрачением сознания относятся так называемые особые, или сновидные, состояния с фантастическим грезоподобным бредом. Они отличаются от пароксизмов с сумеречным помрачением сознания отсутствием полной амнезии периода помраченного сознания. Больной амнезирует лишь окружающую обстановку, а разнообразные психопатологические расстройства, обычно в виде фантастического грезоподобного бреда, сохраняются в памяти. Это позволяет рассматривать указанные состояния как бессудорожные пароксизмальные расстройства сознания, близкие в психопатологическом отношении к онейроидному помрачению сознания.

К бессудорожным пароксизмам без помрачения сознания в первую очередь относятся разнообразные состояния, клинические проявления которых соответствуют психопатологической картине описанных типов ауры. Психопатологические состояния, соответствующие тому или иному типу ауры, рассматриваются как бессудорожные проксизмы тогда, когда они не переходят в большой судорожный припадок.

В группу бессудорожных пароксизмов без помрачения сознания включают также аффективные пароксизмы. Чаще всего это эпизодически возникающие состояния дисфории с тоскливо-злобным аффектом, агрессивными тенденциями в отношении окружающих, стремлением к нанесению себе увечий. В этом состоянии больные испытывают раздражение происходящим вокруг, всем недовольны, придираются к окружающим, причиняют себе боль (прижигают кожу папиросами, царапают себя и т.д.). Наряду с дисфорическими депрессиями сравнительно нередки пароксизмально возникающие депрессивные состояния, очень напоминающие циклотимические депрессии. Однако они отличаются от последних внезапным появлением депрессивных расстройств и столь же внезапным их исчезновением. Встречаются также пароксизмальные депрессивные состояния, сопровождающиеся импульсивными влечениями, непреодолимой тягой к алкоголю (дипсомания), поджогам (пиромания), смене местопребывания (дромомания) и т.д. Значительно реже аффективные пароксизмальные состояния сопровождаются приподнято-экстатическим настроением, внезапно возникающим и столь же внезапно заканчивающимся. К бессудорожным пароксизмам без помрачения сознания относят и внезапно возникающие и проходящие афатические расстройства.

К этой же категории пароксизмов можно причислить и нарколептические состояния.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Типичные и характерные изменения личности представляют собой наряду с пароксизмальными состояниями важный диагностический критерий эпилепсии.

Некоторые исследователи отрицают специфичность личностных изменений у больных эпилепсией на том основании, что в значительном числе случаев при характерных эпилептических изменениях психики обнаруживаются органические заболевания головного мозга различного генеза. Большинство специалистов подчеркивают специфичность наблюдаемых личностных сдвигов, позволяющих в ряде случаев заподозрить эпилептическую болезнь без типичных судорожных пароксизмов.

Многие авторы считают, что выраженность и глубина изменений личности зависят главным образом от возраста к началу болезни: более тяжелые изменения психики характерны для лиц, заболевших в детстве. В литературе отражены также попытки установить корреляции между выраженностью изменений личности и характером пароксизмов. Наиболее глубокие и типичные изменения личности свойственны больным «височной» эпилепсией с психомоторными приступами и отчетливо регистрируемой на ЭЭГ локализацией эпилептического очага в медиобазальных отделах височной доли мозга.

Локализация очага не имеет существенного значения для формирования изменений личности, более значима в этом отношении частота больших судорожных пароксизмов. По современным данным, большие судорожные припадки в отличие от малых ведут к вторичному некрозу ганглиозных клеток. Важную роль в формировании изменений придается противоэпилептическим препаратам, нередко назначаемым в высоких дозах, которые способствуют развитию у больных раздражительности и дисфорических состояний. Социальным факторам (сре-довые, микросредовые) отводится не менее важная роль. У больных эпилепсией нередко развиваются реактивные и невротические состояния, связанные с пренебрежительным, а иногда и агрессивным отношением окружающих.

Диапазон изменений личности при эпилепсии весьма значителен — от сравнительно нерезких характерологических особенностей до расстройств, свидетельствующих о глубоком, специфическом для этого заболевания слабоумии. Эпилептические изменения личности достаточно типичны. Основными чертами психики больных эпилепсией становятся тутоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного, трудность переключения. Все это затрудняет накопление нового опыта, ослабляет комбинаторные способности, ухудшает репродукцию и в конечном итоге снижает возможности адаптации к окружающей действительности.

Значительное место в картине изменений личности занимает полярность аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, аффективных переживаниях, с одной стороны, и эксплозивность (взрывчатость) — с другой. Эти особенности аффекта выражаются в таких типичных для больных эпилепсией характерологических особенностях, как злопамятность, мстительность, эгоцентризм, злобность, брутальность и др.

Больным свойствен подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм в отношении как своей одежды, так и особого скрупулезного порядка в своем доме, на своем рабочем месте. Существенной чертой эпилептических изменений личности является инфантилизм. Он выражается незрелостью суждений, особым сверхценным отношением к родным, а также свойственной некоторым больным эпилепсией религиозностью.

Относительно часто встречаются также утрированная ханжеская слащавость, подчеркнутая подобострастность, ласковость в обращении и сочетание повышенной чувствительности, ранимости (дефензивных черт) с брутальностью, злобностью, недоброжелательностью, эксплозивностью. На сочетание дефензивных и эксплозивных черт у больных эпилепсией указывает старое, но верное образное выражение: «С молитвой на устах и с камнем за пазухой».

Обращает на себя внимание и особый внешний вид больных, длительно страдающих эпилепсией. Они, как правило, медлительны, скупы и сдержанны в жестах, лицо их малоподвижно и маловыразительно, мимические реакции очень бедны. Нередко бросается в глаза особый, холодный, «стальной» блеск глаз (симптом Чиж1).

Кроме описанных изменений личности, у больных эпилепсией возможны истерические и астенические расстройства. Истерические расстройства могут проявляться как в отдельных истерических чертах, так и в истерических припадках, эпизодически возникающих наряду с типичными эпилептическими пароксизмами.

Наряду с выраженной тугоподвижностью психических процессов у больных с эпилептическим слабоумием отмечаются вялость, пассив-ность, безразличие к окружающему, аспонтанность, тупая примиренность с болезнью. Мышление становится конкретно-описательным; утрачивается способность отделять главное от второстепенного, больной вязнет в мелочах и деталях. Одновременно снижается память, оскудевает словарный запас, появляется олигофазия. Вместе с тем при эпилептическом слабоумии нет свойственной эпилептической психике аффективной напряженности, злобности, эксплозивности, хотя нередко остаются черты угодливости, льстивости, ханжества.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение пароксизмальных расстройств.

2). Дайте определение эпилептиформных пароксизмов.

3). Назовите классификации эпилептиформных пароксизмов.

4). Опишите большой судорожный припадок

5). Опишите малые припадки.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ВАРИАНТОМ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ ПАРОКСИЗМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) амбивалентность

2) дисфория

3) делирий

4) мания

5) резонерство

2. К ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПРИПАДКАМ ОТНОСЯТСЯ

1) petit mal

2) dejа vu

3) jamais vu

4) джексоновские припадки

5) особые состояния сознания

3. ТИПИЧНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬШОГО СУДОРОЖНОГО ПРИПАДКА

1) 10-20 сек.

2) 1-3 мин.

3) 7-10 мин.

4) 15-20 мин.

5) 30-40 мин.

4. ПРОВЕДЕНИЕ ЭЭГ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1) шизофрении

2) эпилепсии

3) мании

4) депрессии

5) алкоголизма

5. ПОЛНАЯ АМНЕЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) dеjа vu

2) jamais vu

3) petit mal

4) панических атак

5) истерических припадков

6. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМЫ МОГУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

1) судорогами

2) бредом

3) галлюцинациями

4) влечением к спиртному

5) любыми продуктивными симптомами

7. НА СНИЖЕНИЕ ПОРОГА СУДОРОЖНОЙ ГОТОВНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ СИНДРОМАХ УКАЗЫВАЮТ

1) синхронизация ритма

2) десинхронизация ритма

3) эпилептиформные комплексы

4) асимметрия ритма

5) «уплощение»ЭЭГ

8. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ КЛОНИЧЕСКИХ И ТОНИЧЕСКИХ СУДОРОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) миоклонических припадков

2) petit mal

3) grand mal

4) истерических припадков

5) панических атак

9. ПАРОКСИЗМАЛЬНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ СВОЙСТВОМ ВСЕХ ПРОДУКТИВНЫХ СИМПТОМОВ

1) шизофрении

2) эпилепсии

3) истерии

4) мании

5) неврастении

10. ПСИХОСЕНСОРНЫЕ ПРИПАДКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1) галлюцинациями

2) кататоническими синдромами

3) вегетативными расстройствами

4) деперсонализацией и дереализацией

5) внезапным падением

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Мужчина 27 лет во время игры в шахматы внезапно застыл с фигурой коня в руке, фигура выпала. Лицо побледнело, взор стал «плавающий», неосмысленный. Это продолжалось 1-2 секунды. После этого он был растерян, не мог сразу собраться с мыслями, не понимал, что произошло.

1. Назовите состояние.

2. К каким расстройствам оно относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Почему пациент не понимал, что произошло?

5. Какова терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Малый припадок (абсанс)

2. К эпилептиформным пароксизмам.

3. Чаще всего – при эпилепсии.

4. Абсанс сопровождается кратковременным выключением сознания с последующей амнезией.

5. Назначение антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия.

**Задача №2**

Через месяц после перенесенного клещевого энцефалита у больного 43 лет впервые в жизни развился тонико-клонический припадок с внезапной потерей сознания, падением на пол, непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. Припадок длился около двух минут, закончился глубоким сном. Впоследствии пациент о нем не помнил, не понимал, что произошло. В дальнейшем подобные припадки возникали с частотой 2-3 раза в месяц.

1. Назовите состояние.
2. Установите диагноз.
3. Какова первая помощь во время припадка?
4. Какова терапевтическая тактика?
5. Что явилось причиной развития данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Большой (генерализованный) судорожный припадок.

2. Симптоматическая эпилепсия.

3. Сразу после прекращения судорог показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиум1) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

4. Лечение основного заболевания, назначение антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия.

5. Перенесенный клещевой энцефалит.

**Задача №3**

Мужчина 25 лет был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течение 20 минут находился без сознания. На момент осмотра врачом скорой помощи больной находился в сознании, выявлялась нерезко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение, где у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут.

1. Назовите состояние.
2. Установите диагноз.
3. Какова терапевтическая тактика?
4. Что явилось причиной развития данного состояния?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Эпилептический статус.

2. Травматическая эпилепсия.

3. Показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиум1) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. При неэффективности – повторить через 20 минут. При неэффективности – ингаляционный наркоз с применением миорелаксантов.

4. Черепно-мозговая травма.

5. Из-за нарушения кровоснабжения мозга и ликвородинамики возможно развитие отека мозга, приводящего к нарушению регуляции дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти.

**Задача №4**

Больная днем в присутствии родственников после семейного конфликта упала на диван, закатила глаза. Вскоре у нее появились небольшие подергивания и напряжение мышц рук, которые продолжались 5 минут и сменились частыми размашистыми подергиваниями всех конечностей; прикусывания языка и самопроизвольного мочеиспускания не наблюдалось. В момент припадка реакция зрачков на свет были сохранены, цианоза не наблюдалось. Весь припадок длился 25 минут.

1. Назовите состояние.
2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос.
3. Что явилось провоцирующим фактором данного состояния?
4. Какова терапевтическая тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический приступ.

2. Явная демонстративность, полиморфизм, большая длительность припадка, отсутствие фазности и стереотипности, развитие на фоне эмоционального стресса.

3. Семейный конфликт.

4. Преимущественно психотерапия.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Подростку 15 лет. С 3-летнего возраста отмечаются развернутые судорожные приступы 3-4 раза в год. Регулярно принимает противосудорожную терапию. Временами без видимой причины становится агрессивным, злобно реагирует на замечания, недоволен всем окружающим, бранится, может ударить мать и младшую сестру. Такое состояние длится 15-20 минут, после чего пациент успокаивается. Память о случившемся сохранена, может извиниться за свое поведение.

1. Как называется это состояние?
2. Эквивалентом чего оно является?
3. Поставьте диагноз.
4. Почему пациент помнит о случившемся?
5. Какова лечебная тактика?

**Эталон ответа**

1. Дисфория.

2. Эквивалент судорожного припадка.

3. Генуинная эпилепсия.

4. Потому что сознание не помрачено, но аффективно сужено.

5. постоянный прием антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оказать первую помощь пациенту во время судорожного приступа.

2). Уметь оказать первую помощь пациенту при эпилептическом статусе.

3). Уметь выявить эпилептическое изменение личности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Эпилепсия: история проблемы.

2) Клинические варианты пароксизмальных расстройств.

3) Сумеречные состояния сознания при эпилепсии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.70. **Тема:** «Течение и формы эпилепсии».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Эпилепсия включена в группу эндогенно-органических психических заболеваний. Своевременное и адекватное лечение данного заболевания может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы эпилепсии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основы диагностики и систематики эпилепсии.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного эпилепсией, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больных эпилепсией; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических форм и типов течения эпилепсии |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами в диагностике психических расстройств при эпилепсии.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Течение и формы эпилепсии

Традиционные представления о том, что эпилепсия — это хроническое заболевание с постепенным нарастанием тяжести и частоты пароксизмов и углублением изменений личности, в последние десятилетия были пересмотрены. Установлено, что течение и исход эпилепсии весьма разнообразны. В части случаев болезненный процесс становится прогредиентным, а иногда заканчивается слабоумием. Однако наряду с тяжелыми случаями эпилепсии существуют и относительно благоприятные варианты с длительными ремиссиями, а иногда практическим выздоровлением. В зависимости от темпа нарастания пароксизмальной активности и углубления психических изменений выделяли медленно и остро текущие формы; медленный, подострый, непрерывно-прогредиентный, ремиттирующий и стабильный типы течения.

Тяжесть эпилептической болезни определяется взаимодействием факторов трех основных групп: 1) локализацией и активностью эпилептического очага; 2) состоянием защитных и компенсаторных свойств организма, его индивидуальной и возрастной реактивностью; 3) влиянием внешней среды. Течение болезни во многом определяется и временем ее начала, регулярностью и адекватностью противоэпилептического лечения и мер реабилитации.

Большое значение для формирования клинической картины и течения болезни имеет локализация эпилептического очага. В соответствии с этим выделяются височная, диэнцефальная и другие клинические формы эпилепсии.

**Височная эпилепсия.** Очаг возбуждения в височной доле мозга не всегда соответствует анатомическим изменениям.

Клинические особенности височной эпилепсии достаточно очерчены. Припадки начинаются с выраженной сенсорной или сложной психической ауры, главным образом в виде вербального галлюциноза.

Другая особенность «височной эпилепсии» — бессудорожные пароксизмы с различными вариантами сумеречных состояний, в частности с явлениями психического автоматизма, а также возникновение у этих больных состояний, психопатологически сходных с картиной различных аур, но не заканчивающихся большим судорожным припадком, возможны сумеречные состояния с резким изменением восприятия окружающего, которое представляется отчужденным, устрашающим, угрожающим, иногда комичным, нечетким.

Пароксизмальные состояния без помрачения сознания, бессудорожные пароксизмы с картиной сумеречного расстройства сознания, развитие сумеречных состояний после припадков позволили именовать эти случаи «психомоторной эпилепсией».

Удаление эпилептического очага хирургическим путем в значительной части случаев приводит к исчезновению пароксизмов.

**Диэнцефальная эпилепсия.** В структуре периодически возникающих пароксизмов основное место занимают различные вегетативные расстройства. Пароксизмам предшествует продром продолжительностью от нескольких часов до суток с изменением настроения, чаще всего приближающимся к дисфории, головной болью, повышенной жаждой или усиленным аппетитом. Начальные признаки пароксизма — неопределенный страх, тревога, неприятные ощущения в височной области. Собственно пароксизм проявляется крайне разнообразно: озноб, гиперемия или бледность кожных покровов, слюнотечение, слезотечение, шум в ушах; адинамия, одышка, тахикардия, повышение артериального давления. Нередки и тонические судороги. Пароксизм завершается потливостью, нарушением функции сфинктеров: задержкой мочи или учащенными позывами на мочеиспускание, позывами на дефекацию. Бывают сонливость, повышение аппетита и жажда. Указанные пароксизмы могут протекать без помрачения сознания, однако ряд невропатологов считают обязательным компонентом диэнцефальных пароксизмов тонические судороги и потерю сознания.

Наряду с описанными пароксизмами в клинике диэнцефальной эпилепсии сравнительно нередкими оказываются нарколептические и катаплектические приступы, а также пароксизмы, сопровождающиеся тоническими судорогами.

**Рефлекторная эпилепсия** — сравнительно редкая разновидность заболевания, при которой судорожные припадки или различные виды бессудорожных пароксизмов возникают при раздражении зрительных, слуховых, обонятельных анализаторов, интерорецепторов внутренних органов (плевры, желудочно-кишечного тракт1), а также периферических нервов конечностей и туловища. Пароксизмы могут возникать при воздействии звука определенной силы, высоты и тембра, света определенной яркости, при виде игры светотени, от определенных запахов, погружения тела в воду, некоторого охлаждения или согревания, при приеме пищи, акте дефекации и т. д.

**Скрытая эпилепсия** — вариант заболевания, при котором остро возникают и быстро завершаются кратковременные приступы психического расстройства с помрачением сознания, резким двигательным возбуждением с разрушительными тенденциями, а также яркими устрашающими галлюцинациями и бредом. К скрытой эпилепсии относят также смешанные варианты, когда наряду с психозами наблюдаются бессудорожные пароксизмы, пароксизмально возникающие дисфорические состояния, приступы катаплексии, деперсонализационные расстройства и случаи эпилепсии с преобладанием различных бессудорожных пароксизмов без затяжных психозов.

Кроме перечисленных, выделяются кожевниковская эпилепсия, миоклонус-эпилепсия, хроническая падучая эпилепсия, описанная В. М. Бехтеревым, и ряд других, однако эти виды эпилепсии в основном входят в компетенцию невропатологов.

Течение эпилепсии в ряде случаев обнаруживает следующие закономерности в смене пароксизмальных состояний. Заболевание, манифестирующее большими судорожными припадками, в последующем проявляется лишь бессудорожными пароксизмами; урежение больших судорожных припадков и бессудорожных пароксизмов сопровождается возникновением сумеречных состояний вначале после припадков, а затем независимо от них, в виде очерченных острых психозов.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Клиническая картина височной эпилепсии.

2). Клиническая картина диэнцефальной эпилепсии.

3). Клиническая картины скрытой эпилепсии.

4). Клиническая картина рефлекторной эпилепсии.

5). Что определяет тяжесть течения эпилепсии.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПРИСТУПЫ С ЧУВСТВОМ УЖЕ ВИДЕННОГО (DÉJÀ VU) ИЛИ НИКОГДА НЕ ВИДЕННОГО (JAMAIS VU) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) деменции

2) шизофрении

3) эпилепсии

4) аффективного расстройства

5) невроза

2. ДЛЯ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРНЫ

1) сензитивность

2) слабодушие

3) лабильность эмоций

4) эксплозивность

5) апатия

3. ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) агрессивность

2) тревожность

3) замкнутость

4) педантичность

5) пессимизм

4. В РЕЧИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) символические обороты

2) паралогические высказывания

3) избыточное количество уменьшительно-ласкательных суффиксов

4) грубость

5) резонерство

5. СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК, ПРЕРВАВШИЙСЯ НА КАКОЙ-ЛИБО СТАДИИ, ЭТО

1) абортивный припадок

2) малый приступ

3) абсанс

4) неполный приступ

5) аура

6. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ КЛОНИЧЕСКИХ И ТОНИЧЕСКИХ СУДОРОГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) миоклонических припадков

2) petit mal

3) grand mal

4) истерических припадков

5) панических атак

7. ПСИХИЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ ЭПИЛЕПСИИ – ЭТО

1) проявления симптоматической эпилепсии

2) состояния, замещающие собой припадок

3) проявление ауры

4) состояния, следующие за большим припадком

5) эпилептические психозы

8. К ПСИХИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТАМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА ОТНОСИТСЯ

1) малый приступ

2) абсанс

3) эпилептический психоз

4) дисфория

5) эпилептический статус

9. ПРИЧИНОЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

1) злокачественная эпилепсия

2) внутричерепные опухоли

3) алкогольная интоксикация

4) абстинентный синдром при опийной наркомании

5) черепно-мозговая травма

10. СТОЙКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПСИХИКИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) амбулаторный автоматизм

2) большой эпилептический припадок

3) эпилептическое слабоумие

4) галлюцинаторно-параноидный психоз

5) сумеречное состояние сознания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной Е., 36 лет. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 раза в месяц.

В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длиться 2-3 минуты, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа.

Объективно: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы D>S, выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 140°.

На глазном дне – застойные диски зрительных нервов.

ЭхоЭГ – смешение М-эха слева направо на 7мм.

МРТ – слева в лобной доле определяется округлое образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающие передний рог левого бокового желудочка.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку дополнительным методам обследования.

4. Поставить предварительный клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**Эталон ответа**

1. Синдромы:

- общемозговой (головная боль, сопровождающаяся рвотой);

- очаговый в виде приступов фокальной моторной Джексоновской эпилепсии в правой руке и вторично-генерализованных эпиприпадков, а также правосторонней пирамидной недостаточности с центральным парезом VII и XII ЧМН.

2. Поражена передняя центральная извилина в левом полушарии.

3. - изменения на глазном дне в виде застойных дисков зрительных нервов – признак повышения внутричерепного давления;

- изменения на ЭхоЭГ в виде смещения срединного М-Эхо слева направо на 7мм (при норме не более 3мм) – признак объемного образования в левом полушарии;

- изменения на МРТ ГМ свидетельствует о наличии объемного образования в левой лобной доле.

4. Опухоль левой лобной доли с симптоматической эпилепсией в виде фо-кальных Джексоновских и вторично-генерализованных эпиприпадков.

5. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении. Симптоматическая терапия: дегидратационная и противосудорожная.

**Задача №2**

Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение.

Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет.

На ЭЭГ – комплексы «острая-медленная волна», усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**Эталон ответа**

1. Синдром первично-генерализованных эпилептических припадков: тонико-клонических и абсансов.

2. В патологический процесс изначально вовлечены оба полушария.

3. На ЭЭГ выявлена эпилептическая активность – комплексы «острая-медленная волна» в виде генерализованных синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

4. Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными полиморфны-ми эпиприпадками (тонико-клоническими и абсансами) редкими по частоте.

5. Противосудорожная терапия: препарат выбора – депакин в средней дозировке 20-30 мг/кг (под контролем ACT, АЛТ, билирубина, тромбоцито3), постоянно и длительно.

**Задача№3**

Больная Б., 20 лет. С 10 лет возникают приступы выключения сознания на несколько секунд. Больная в этот момент замолкает, не отвечает на заданные вопросы, кожа лица бледнеет, глаза становятся неподвижными, но не падает. Создается впечатление, что она задумалась. Как только заканчивается приступ, больная продолжает прерванный разговор или работу. О припадках ничего не помнит. Эти состояния повторяются 3-4 раза в сутки.

В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Глазное дно – без патологии.

На ЭЭГ – «спайк-волны».

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**Эталон ответа**

1. Синдром первично-генерализованных эпилептических припадков в виде абсансов.

2. В патологический процесс изначально вовлечены оба полушария головного мозга.

3. На ЭЭГ выявлена эпилептическая активность – комплексы «спайк-волн» с частотой 3 Гц (характерная для абсансо3) в виде генерализованных, синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

4. Идиопатическая эпилепсия с частыми первично-генерализованными эпиприпадками по типу абсансов.

5. Противосудорожная терапия: депакин в дозе 20-30мг/кг, начиная с 500 мг в сутки, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем АСТ, АЛТ, билирубина, тромбоцито3), постоянно и длительно.

**Задача№4**

Больного С., 18 лет беспокоят судорожные припадки, начинающиеся с ощущения радужных колец перед глазами, все предметы при этом изменяют свои очертания, после чего больной теряет сознание, падает и развиваются тонико-клонические судороги генерализованного характера. Такими припадками страдает с детства, частота их 3-4 раза в месяц.

В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Глазное дно без патологии.

На ЭЭГ – эпиактивность генерализованного характера, более выраженная в затылочной области.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить изменения на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**Эталон ответа**

1. Синдром генерализованных тонико-клонических эпилептичесих припадков.

2. В патологический процесс вовлечены оба полушария и особенно затылочные доли.

3. На ЭЭГ выявлена генерализованная эпиактивность более выраженная в затылочной припадками.

4. Идиопатическая эпилепсия с частыми генерализованными тонико-клоническими эпиприпадками.

5. Противосудорожная терапия: топамакс в дозе 25 мг/сут. с постепенным увеличением дозы до 100 мг/сут., постоянно, длительно.

**Задача№5**

Больной З., 30 лет. С 12 лет отмечает приступы тонико-клонических судорог с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Частота припадков 1 раз в 2-3 месяца, наследственность не отягощена.

В неврологическом статусе: очаговой симптоматики не выявлено.

Глазное дно – без патологии.

На ЭЭГ – эпиактивность генерализованного характера.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение

**Эталон ответа**

1. Синдром первично-генерализованных тонико-клонических эпилептических припадков.

2. В патологический процесс изначально вовлечены оба полушария головного мозга.

3. На ЭЭГ выявлена генерализованная эпилептическая активность – комплексы «острая-медленная волна» в виде синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

4. Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными тонико-клоническими эпиприпадками.

5. Противосудорожная терапия: депакин в дозе 20-30мг/кг, начиная с 500 мг в сутки, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем АСТ, АЛТ, билирубина, тромбоцито3), постоянно и длительно.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оказать первую помощь пациенту во время судорожного приступа.

2). Уметь оказать первую помощь пациенту при эпилептическом статусе.

3). Уметь выявить эпилептическое изменение личности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Эпилепсия: история проблемы.

2) Клинические варианты пароксизмальных расстройств.

3) Сумеречные состояния сознания при эпилепсии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.71. **Тема:** «Эпилептические психозы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Эпилепсия включена в группу эндогенно-органических психических заболеваний. Своевременное и адекватное лечение данного заболевания может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы эпилепсии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основы диагностики и систематики эпилепсии.

Уметь: осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования психически больного эпилепсией, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: методами обследования больных эпилепсией; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7. Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления эпилептических психозов |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике психических расстройств при эпилепсии.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8. Аннотация** (краткое содержание темы).

**Эпилептические психозы**

***Острые эпилептические психозы*** подразделяются на психозы с помрачением сознания (сумеречные и онейроидные состояния) и без помрачения сознания (острые параноиды и аффективные психозы).

*Острые эпилептические психозы с помрачением сознания* включают сумеречные помрачения сознания и онейроид. *Сумеречные состояния сознания,* не связанные с развитием судорожного припадка, по психопатологической структуре идентичны пароксизмальным сумеречным состояниям, но более продолжительны (до нескольких суток). Предприпадочные сумеречные состояния, сочетающиеся с безотчетным страхом и вегетативными нарушениями, по существу представляют собой психическую ауру вторично генерализованного припадка височной эпилепсии. Послеприпадочные сумеречные состояния, наблюдаемые относительно чаще, бывают более продолжительными и сложными по структуре. Как правило, они наступают после серии больших судорожных припадков. В послеприпадочном состоянии чаще наблюдаются галлюцинаторные и бредовые расстройства (идеи преследования, ограбления и др.), они нередко сопровождаются хаотическим двигательным возбуждением, большой эмоциональной напряженностью и агрессией. Иногда после них остается резидуальный бред.

*Эпилептический онейроид* наблюдается сравнительно редко. Значительное место в структуре психоза занимают иллюзорные расстройства фантастического содержания, а также зрительные и слуховые галлюцинации.

Окружающее воспринимается больными как ад или рай, сцена всенародного праздника или мировая катастрофа. Себя больные обычно считают богами, апостолами, могущественными людьми, персонажами легенд, сказаний. В этом качестве они участвуют в празднествах, мировых катаклизмах, общаются с Богом, выдающимися личностями настоящего и прошлого. Аффективные расстройства проявляются экстазом, восторгом или страхом, гневом, ужасом, злобностью. Моторные нарушения при эпилептическом онейроиде выражаются как заторможенностью, так и резчайшим возбуждением эпилептиформного типа или напоминающим кататоническое. В отличие от сумеречного расстройства сознания больные вспоминают содержание своих грез, но полностью амнезируют окружающую обстановку. В отличие от онейроида при шизофрении эпилептический онейроид имеет обычно религиозное содержание, кататонические расстройства могут полностью отсутствовать или быть рудиментарными, онейроид возникает внезапно. При шизофрении он развертывается постепенно, проходя ряд стадий (аффективная, бред интерметаморфоза, острый фантастический бре5).

*Острые эпилептические психозы без помрачения сознания* включают острые параноиды и аффективные психозы.

*Острые параноиды* проявляются обычно чувственным бредом («бред восприятия»), достаточно изменчивым по содержанию. Больные видят в окружающих своих преследователей, считают, что их хотят отравить, уничтожить самыми жестокими методами. Движения и действия окружающих больные расценивают как угрожающие, в речи посторонних людей они слышат брань, намеки, насмешки. Наряду с иллюзорным восприятием окружающего нередки истинные слуховые и зрительные галлюцинации. Последние окрашены в ярко-синие и красные тона, подвижны, имеют устрашающий характер. Больные резко возбуждены, тревожны, спасаются бегством от мнимых преследователей или, напротив, агрессивны, злобны, склонны к разрушительным действиям. Иногда их поведение бывает изменчивым: тревожно-боязливое возбуждение сменяется злобно-агрессивным и наоборот.

*Острые аффективные психозы* у больных эпилепсией представлены депрессивными и маниакальными состояниями разнообразной психопатологической структуры. Возможны депрессии с дисфорическим оттенком, депрессивные состояния с витальной тоской, идеями самообвинения, заторможенностью. Сравнительно нередки депрессии с тревогой, ажитацией, развитием бредовых идей ипохондрического содержания и сенестопатиями. Маниакальные состояния сопровождаются аффектом различной окраски и интенсивности: наряду с маниакально-экстатическими психозами наблюдаются мании со стремлением к деятельности и веселые бездеятельные мании.

Термин ***«хронические эпилептические психозы»*** применяют к психозам с бредовой и галлюцинаторной симптоматикой.

Хронические эпилептические психозы рассматриваются как психозы «шизофреноподобные». В клинической картине шизофреноподобных психозов у больных эпилепсией преобладают бред восприятия, возникающий по типу «озарения», идеи воздействия и слуховые галлюцинации над кататоническими, гебефреническими и деперсонализационными расстройствами; характерно также отсутствие нарушений мышления, характерных для шизофрении.

Хронические психозы при эпилепсии обычно возникают спустя 13-14 лет после манифестации заболевания, их развитие сопровождается урежением или прекращением припадков и нормализацией ЭЭГ. Высказывается предположение, что параноидный характер хронических эпилептических психозов связан с возрастом больных к моменту их возникновения, поскольку «параноидный тип реагирования» свойствен лицам, достигшим 40 лет и более.

Хронические эпилептические психозы проявляются паранойяльными, галлюцинаторно-параноидными и парафренными состояниями, а также кататоническими расстройствами.

*Паранойяльные психозы*сопровождаются бредом обыденного содержания с различной фабулой (бред отношения, отравления, ущерба и др.), связанным с конкретными лицами (сослуживцами, соседями), но почти никогда не затрагивающим близких родственников больного. Нередко наблюдается систематизированный ипохондрический бред: больные утверждают, что они страдают тем или иным заболеванием, связывают с ним развитие припадков, требуют всестороннего обследования, скрупулезно выполняют назначенные процедуры, педантичны в отношении приема лекарств. Возможно развитие паранойяльных состояний религиозного содержания: в этих случаях больные утверждают, что они являются наместниками Бога на земле, их миссия — проповедовать религиозное учение, предсказывать «конец света», «страшный суд» и т. д.

В отличие от паранойяльных состояний при шизофрении больные чаще всего бывают чрезвычайно откровенны, открыто и обстоятельно излагают свои подозрения, употребляют много уменьшительных суффиксов, нередко иронически-ласкательно называют своих врагов и недоброжелателей, много говорят о своих положительных качествах и достоинствах своих единомышленников, которые нередко оказываются их родственниками или близкими.

Паранойяльные состояния при эпилепсии сопровождаются повышенным или сниженным настроением; наблюдаемый в большинстве случаев тревожно-злобный или экстатически-восторженный оттенок аффекта имеет несомненное диагностическое значение.

*Галлюцинаторно-параноидные и парафренные психозы.*Галлюцинаторно-параноидные состояния определяются тесной связью бредовых расстройств с содержанием вербальных галлюцинаций, занимающих обычно центральное место в структуре синдрома, а также быстрым переходом галлюцинаторно-параноидного состояния в парафренное. Как правило, вербальные галлюцинации имеют антагонистическую окраску: одни голоса говорят о больном как об убийце, садисте, кровопийце, другие – как о чистой и непорочной личности, сравнивают с «невинным младенцем». Нередко возникает императивный галлюциноз: в одних случаях голоса заставляют больного совершать индифферентные поступки, в других требуют от него противоправных действий. Некоторые больные слышат голос Бога, который угрожает или одобряет их поступки, требует наказать нечестивцев, благословить приверженцев церкви и религии. Хотя религиозная тематика бреда, равно как и набожность, у больных эпилепсией перестала быть типичным явлением, все же бредовые и галлюцинаторные расстройства с религиозным содержанием встречаются довольно часто.

При хронических эпилептических психозах также возможны вербальные псевдогаллюцинации. Наиболее часто они наблюдаются при персекуторных формах бреда.

Психоз, как правило, дебютирует галлюцинозом, затем быстро формируется моно- или политематический бред. Содержание бреда связано с фабулой галлюцинаторных расстройств. Бредовые идеи отличаются конкретностью и изменчивостью. Бред преследования и ущерба нередко сменяется идеями греховности и самоуничижения или ипохондрическим бредом.

При хронических эпилептических психозах нередко развиваются явления психического автоматизма. В этих случаях обычно присутствуют все виды автоматизмов – идеаторные, сенестопатические и кинестетические. Имеется определенная связь между характером автоматизмов и содержанием бреда: идеаторные и кинестетические автоматизмы чаще наблюдаются при религиозном содержании бреда, сенестопатические – при преобладании в структуре психоза идей преследования и ипохондрического бреда.

Аффективные расстройства, чаще всего в виде пониженного настроения с аффективной напряженностью, у одних больных наблюдаются на протяжении всего периода психоза, что служит одним из диагностических признаков эпилептических психозов. В других случаях аффективные расстройства на начальном этапе психоза бывают достаточно стойкими, но в дальнейшем появляются лишь эпизодически и, наконец, почти полностью исчезают. В отличие от больных с паранойяльными эпилептическими психозами, в поведении этих больных в большинстве случаев отмечаются неполная доступность и необщительность, возможны длительные периоды речевого возбуждения с бессвязностью речи. Вместе с этим речь больных сохраняет все особенности речи при эпилепсии.

Галлюцинаторно-параноидные состояния при эпилепсии вызывают большие дифференциально-диагностические трудности. Помимо таких критериев, как выраженные изменения личности и четкие пароксизмальные состояния, следует указать на некоторые особенности бредовых расстройств, имеющие диагностическое значение. В частности, эпилептические бредовые расстройства тесно связаны с биографией больного и окружающей действительностью. J. Bruens обращает внимание на сравнительно небольшую «озабоченность» больных эпилепсией бредовыми переживаниями, на их способность «дистанцировать» себя от бредовых идей (своеобразную «двойную бухгалтерию»). J. Bruens подчеркивает, что больной эпилепсией с шизофреноподобным психозом остается в реальном мире, как бы он ни суживался вокруг его Я.

Парафренные состояния обычно имеют вид галлюцинаторной парафрении с рядом особенностей. Это постепенное изменение галлюцинаций или (реже) псевдогаллюцинаций, появление мегаломанических бредовых идей, как правило, религиозного содержания, а также развитие речевых расстройств, напоминающих шизофазию. Эпилептическим парафрениям свойственно экстатически-восторженное или благодушное настроение. В речи парафренных больных, равно как и больных с явными признаками своеобразной эпилептической шизофазии, проявляется симптом повествовательного монолога, сочетающего высказывания о событиях реальной жизни и бредовые суждения фантастического, религиозного или обыденного содержания. Следует отметить большую образность представлений и мышления, а также персеверативность речи.

*Кататонические психозы.*В клинической картине преобладают такие кататонические расстройства, как субступор с негативизмом или пассивной подчиняемостью, субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или с импульсивным возбуждением. Нередко кататонические расстройства проявляются пуэрильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхолалией, ответами «мимо». В последующем развивается регресс поведения.

Лечение. Основные принципы:

1. При установлении диагноза эпилепсии следует немедленно начинать лечение, так как припадок, серия припадков, эпилептическое состояние, особенно у детей, вызывают тяжелые и необратимые изменения в головном мозге.

2. Препараты выбирают в соответствии с характером приступов и особенностями болезни.

3. Дозы препарата зависят от частоты и тяжести приступов, локализации эпилептического очага, возраста, массы тела больного и индивидуальной переносимости.

4. Лечение начинают со средней дозы препарата, которая иногда, главным образом при редких припадках, оказывается достаточной для прекращения приступов; при необходимости дозу постепенно повышают до достижения максимального терапевтического эффекта (полное прекращение или значительное урежение припадко3).

5. Больной должен принимать лекарство ежедневно, регулярно и непрерывно в течение длительного времени.

. Больному и его близким необходимо четко объяснить цель и особенности лечения.

7. При положительных результатах препарат не рекомендуется менять в течение 3—5 лет, если замена необходима (побочные явления), то препарат замещают другим медикаментом по частям в эквивалентной дозе (скользящая замен1).

8. Уменьшают дозу препарата очень осторожно, под контролем ЭЭГ.

9. Следует регулярно контролировать состояние кожи, лимфатических узлов, печени, селезенки, исследовать неврологический статус, речь, состояние сознания, темп психических процессов, каждые 3—6 мес следует делать анализы крови, мочи, выполнять ЭЭГ не реже одного раза в полгода.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1) Этиопатогенез эпилептических психозов.

2) Классификация эпилептических психозов.

3) Острые эпилептические психозы с помрачением сознания.

4) Острые эпилептические психозы без помрачения сознания.

5) Хронические эпилептические психозы.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. К ОСТРЫМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПСИХОЗАМ ОТНОСИТСЯ

1) паранойяльный психоз

2) парафренный психоз

3) эпилептический онейроид

4) галлюцинаторно-параноидный психоз

5) кататонический психоз

2. К ХРОНИЧЕСКИМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПСИХОЗАМ ОТНОСИТСЯ

1) аффективный психоз

2) острый параноид

3) эпилептический онейроид

4) галлюцинаторно-параноидный психоз

5) сумеречное состояние сознания

3. К ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСИТСЯ

1) эпилептический психоз

2) умеренная деградация психики

3) эпилептическое слабоумие

4) галлюцинаторно-параноидный психоз

5) сумеречное состояние сознания

4. К ПСИХИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТАМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА ОТНОСЯТСЯ

1) амбулаторные автоматизмы

2) абортивный приступ

3) хронический эпилептический психоз

4) абсанс

5) эпилептическое слабоумие

5. ПСИХИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТОМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

1) эпилептическое слабоумие

2) амбулаторный автоматизм

3) эпилептический психоз

4) бессудорожный приступ

5) абортивный приступ

6. К ПСИХИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТАМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА ОТНОСИТСЯ

1) малый приступ

2) абсанс

3) эпилептический психоз

4) сумеречное помрачение сознания

5) эпилептический статус

7. СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ ДЛИТСЯ

1) несколько секунд

2) от нескольких секунд до нескольких минут

3) от нескольких минут до нескольких часов

4) от нескольких часов до недели

5) от недели до месяца

8. КРАТКОВРЕМЕННОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ РАЗВИТИЮ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПАРОКСИЗМА – ЭТО

1) абсанс

2) оглушение

3) аменция

4) аура

5) сопор

9. СОСТОЯНИЕ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ВНЕШНЕ УПОРЯДОЧЕННЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ВЫПОЛНЕНИЕМ СЛОЖНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ АКТОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ АМНЕЗИЕЙ – ЭТО

1) оглушение

2) сопор

3) кома

4) амбулаторный автоматизм

5) делирий

10. СЦЕНОПОДОБНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ УКАЗЫВАЮТ НА

1) невротический регистр заболевания

2) аутоагрессивное поведение

3) депрессию

4) помрачение сознания

5) деменцию

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной среди ночи внезапно встает с постели и с открытыми глазами, с отсутствующим выражением лица ходит но комнате, открывает шкафы, ящики столов, перебирает вещи, как будто что-то ищет. Однажды в таком состоянии открыл окно, залез на крышу и ходил по краю без всяких признаков страха. Родственники сообщают, что попытки разбудить больного в этом состоянии ни к чему не приводят, контакт с ним невозможен. Сам больной о своих ночных похождениях ничего не помнит.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Эквивалентом какого состояния является?

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, преимущественно при эпилепсии.

4. Является эквивалентом судорожного приступа.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**Задача №2**

Больной К., 36 лет, работник милиции. Был доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным человеком. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей бандитов!» выбежал на улицу. Соседи видели как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся, соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, при этом оказал бурное сопротивление. Был он возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «бандитов» Недалеко от него на земле лежали трое раненых - случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении милиции. Он долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти его. Убедившись в реальности произошедших событий, дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Эквивалентом какого состояния является?

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Сумеречное помрачение сознания.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, преимущественно при эпилепсии.

4. Является эквивалентом судорожного приступа.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**Задача№3**

Больной Ж., 18 лет, учащийся колледжа. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя три дня вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и больной рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до-тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Челябинска 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Челябинска. Я сидел у речки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели их сына через день после его исчезновения из дома на берегу озера километров за 10 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

1. Назовите синдром.

2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится?

3. При каких заболеваниях встречается?

4. Эквивалентом какого состояния является?

5. Почему пациент не помнит данные состояния?

**Эталон ответа**

1. Амбулаторный автоматизм.

2. Расстройство сознания.

3. При органических заболеваниях головного мозга, преимущественно при эпилепсии.

4. Является эквивалентом судорожного приступа.

5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов.

**Задача№4**

Пациенту 48 лет. Страдает эпилептической болезнью более 20 лет. В отделение поступил в связи с развившейся серией судорожных припадков. Накануне употреблял алкоголь, несколько дней не принимал противосудорожные препараты. В отделении судорожные припадки не повторялись. Неожиданно стал возбужденным, агрессивным. Пытался ударить соседа по палате. На лице выражение ужаса, взгляд отсутствующий, выкрикивает угрозы. На вопросы не отвечает. Состояние нормализовалось через 15 часов, после медикаментозного сна. Спокоен, астенизирован. На вопросы отвечает односложно. Не помнит ничего из происходившего.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Что послужило причиной развития данного состояния?

4. Для какого заболевания оно характерно?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1.Серийные судорожные припадки, выраженное психомоторное возбуждение, отсутствие контакта, амнезия на период психоза .

2. Сумеречное расстройство сознания..

3. Длительность заболевания, серийные припадки, развившиеся на фоне нарушения лечебного режима.

4. Острый эпилептический психоз с сумеречным расстройством сознания.

5. Имеются показания для недобровольной госпитализации – опасность для себя и окружающих (ст. 29, пункт 2 «Закона о психиатрической помощи…»).

**Задача№5**

Пациентке 36 лет. С 18 лет получает лечение в связи с заболеванием эпилепсией. Припадки повторяются с периодичностью раз в месяц. В течение суток стала напряженной, тревожной. Подозрительно смотрит на окружающих, заявляет, что ее хотят отравить. В речи посторонних слышит угрозы в свой адрес. В возбуждении начинает прятаться под кроватью.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Что послужило причиной развития данного состояния?

4. Для какого заболевания оно характерно?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Тревога, страх за свою жизнь, бредовые идеи отравления, галлюцинации психомоторное возбуждение.

2. Галлюцинаторно-параноидный синдром..

3. Длительность эпилептической болезни.

4. Острый эпилептический параноид.

5. Возможно нарастание эпилептических изменений личности.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оказать первую помощь пациенту во время судорожного приступа.

2). Уметь оказать первую помощь пациенту при эпилептическом статусе.

3). Уметь выявить эпилептическое изменение личности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Эпилепсия: история проблемы.

2) Клинические варианты пароксизмальных расстройств.

3) Сумеречные состояния сознания при эпилепсии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.72. **Тема:** «Психические расстройства при первичных дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Деменция – это синдром, характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Эти нарушения должны быть выражены настолько, чтобы приводить к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности. Деменция сопровождается изменениями личности или эмоционально–аффективными расстройствами, однако уровень сознания остается неизмененным вплоть до терминальной стадии процесса. Начало большинства заболеваний, приводящих к деменции, обычно незаметное (за исключением посттравматических, постаноксических и постинсультных расстройст3). Ранняя диагностика и лечение подобных состояний позволяет замедлить, а в некоторых случаях и избежать развития деменции.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать и проводить адекватную терапию дементных расстройств.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: Знать диагностические критерии деменции.

Уметь: Уметь выявить данные расстройства у больных.

Владеть: Навыками терапии дементных расстройств.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при атрофических процессах головного мозга |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Выделение психических расстройств при первичных дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга в отдельную группу психических заболеваний позднего возраста, объединяющую различные нозологические формы, основано на общности некоторых свойственных этим заболеваниям клинических и биологических характеристик.

**Основные характеристики:**

принадлежность к общей группе первичных или идиопатических дегенеративных заболеваний которые сопровождаются (или могут сопровождаться) развитием слабоумия вследствие прогрессирующей дисфункции и дегенерации клеточных элементов головного мозга;

типичные закономерности развития заболевания с малозаметным постепенным началом и хроническим неуклонно прогредиентным течением;

необратимость болезненного процесса, обусловливающая неблагоприятный прогноз;

постепенный характер развития слабоумия от начальных расстройств памяти и легких когнитивных и личностных нарушений до глубокого распада интеллекта и психической деятельности в целом;

дефицитарный характер болезненных расстройств как основное (облигатное) проявление патологического процесса; продуктивные психопатологические расстройства выступают только в качестве факультативных;

постепенное присоединение на разных этапах заболевания различных неврологических симптомов (нарушения высших корковых функций, подкорковые и пароксизмальные расстройства и т.п.);

преимущественно эндогенный характер болезненного процесса, при котором экзогенные факторы играют лишь второстепенную роль, т.е. провоцируют или утяжеляют его течение; несомненный, хотя и неоднозначный вклад генетических факторов в их развитие.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ

В настоящее время нет единой классификации первичных дегенеративных процессов, характерных преимущественно для позднего возраста. В основу принятых в настоящее время классификаций положены два принципа — нозологический и топографический.

Нозологическая классификация предусматривает выделение следующих нозологических форм первичных дегенеративных процессов, приводящих к слабоумию или снижению интеллекта: болезни Альцгеймера (деменция альцгеймеровского тип1), болезней Пика, Паркинсона, Гентингтона (хорея Гентингтон1) и других более редких форм.

В соответствии с топографическим принципом классификации первичные дегенеративные ослабоумливающие процессы разделяются на 2 основные группы: 1) с более диффузным характером атрофического процесса — деменция альцгеймеровского типа и 2) так называемые системные атрофии (в эту группу входят также неврологические наследственно-дегенеративные заболевания, не сопровождающиеся слабоумием).

Существует систематика первичных дегенеративных деменций, основанная на преобладающей локализации патологического процесса. В соответствии с ней выделяются заболевания с преимущественно лобно-височной локализацией (болезнь Пика, лобно-долевая деменция неальцгеймеровского типа, амиотрофический боковой склероз с деменцией, атипичная болезнь Альцгеймер1), с преимущественно височно-теменной локализацией (болезнь Альцгеймера с ранним и поздним началом и синдром Дауна с деменцией альцгеймеровского тип1), с преимущественной подкорковой локализацией (хорея Гентингтона, прогрессирующий супрануклеарный паралич, множественная системная атрофия с деменцией, болезни Паркинсона и Халлервордена—Шпатца и др.).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Клинические проявления деменции.

2). Начальные проявления деменции.

3). Заболевания, приводящие к деменции.

4). Лечение, профилактика и организация помощи больным с деменцией

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. К ПЕРВИЧНЫМ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ПРОЦЕССАМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ

1) эпилепсия

2) рассеянный склероз

3) болезнь Альцгеймера

4) прионная болезнь

5) прогрессивный паралич

1. К ПЕРВИЧНЫМ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ПРОЦЕССАМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ

1) болезнь Дауна

2) болезнь Пика

3) фенилкетонурия

4) синдром Каннера

5) эпилепсия

1. К ПЕРВИЧНЫМ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ПРОЦЕССАМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ

1) псевдопаралич

2) кретинизм

3) синдром Аспергера

4) рассеянный склероз

5) болезнь Паркинсона

1. К ПЕРВИЧНЫМ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ПРОЦЕССАМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ:

1) хорея Гентингтона

2) синдром Ретта

3) прогрессивный паралич

4) височная эпилепсия

5) болезнь Гоше

1. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОБНО-ВИСОЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1) хореи Гентингтона

2) болезни Пика

3) болезни Альцгеймера с ранним и поздним началом

4) синдрома Дауна с деменцией альцгеймеровского типа

5) болезни Паркинсона

1. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВИСОЧНО-ТЕМЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1) болезни Пика

2) амиотрофического бокового склероза с деменцией

3) болезни Альцгеймера с ранним и поздним началом

4) хореи Гентингтона

5) атипичной болезни Альцгеймера

1. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОДКОРКОВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1) синдрома Дауна с деменцией альцгеймеровского типа

2) атипичной болезни Альцгеймера

3) болезни Пика

4) хореи Гентингтона

5) амиотрофического бокового склероза с деменцией

1. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОБНО-ВИСОЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1) хореи Гентингтона

2) болезни Альцгеймера с ранним и поздним началом

3) синдрома Дауна с деменцией альцгеймеровского типа

4) атипичной болезни Альцгеймера

5) прогресструющего супрануклеарного паралича

1. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВИСОЧНО-ТЕМЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1) синдрома Дауна с деменцией альцгеймеровского типа

2) болезни Пика

3) хореи Гентингтона

4) болезни Паркинсона

5) амиотрофического бокового склероза с деменцией

1. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОДКОРКОВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1) амиотрофического бокового склероза с деменцией

2) болезнь Пика

3) атипичной болезни Альцгеймера

4) болезни Паркинсона

5) болезни Альцгеймера с ранним и поздним началом

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациентка 67 лет на приеме в сопровождении сына. Из анамнеза известно: всегда была активным, уравновешенным человеком. После выхода на пенсию в 61 год, родственники отметили появление у пациентки раздражительности, пассивности. Стала подозрительной, обвиняла в излишних тратах, стала прятать деньги и забывать, куда их убрала. Изменилось и выражение лица: выглядит изумленной, глаза широко раскрыты, мигает редко. Не всегда следит за внешним видом. Старается не выходить из дома, так как не всегда находит дорогу обратно домой. Появились жалобы на головные боли, головокружение. Изменился почерк, путает написание букв.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Изменение характера, нарастающие расстройства памяти и внимания, аграфия.

2. Дементный синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта

4. Выявляется при атрофических процессов головного мозга – болезни Альцгеймера.

5. Прогноз неблагоприятный.

**Задача №2**

Пациенту 63 года. Родственники обратили внимание на его изменившееся поведение. Стал бесцеремонным в общении, отпускает сальные шутки, появилась сексуальная расторможенность. Не испытывает стеснения от своего поведения. На замечания не реагирует, отвечает: « Я еще хочу жениться». В браке 40 лет, двое взрослых детей. Взаимоотношения в семье всегда добрые, ссор нет. Ранее ничем не болел, кроме простудных заболеваний.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Немотивированные поступки, личностные изменения, расторможенность влечений, отсутствие контроля.

2. Дементный синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта

4. Выявляется при атрофических процессов головного мозга – болезни Пика.

5. Прогноз неблагоприятный.

**Задача№3**

Пациентка 60 лет, с 45-летнего возраста страдает гипертонической болезнью, регулярно принимает гипотензивную терапию. Артериальное давление контролируется не всегда. Дважды отмечались эпизоды подъема АД до 210/115, в это время появлялось обморочное состояние, тошнота, сильная головная боль, неотчетливо воспринимала окружающее. В последующем появилась плаксивость, раздражительность. Стала забывать выключать свет, электроплиту. Речь несколько дизартрична, тремор пальцев рук, сглаженность носогубной складки слева, девиация языка вправо.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Нарастающие расстройства памяти и внимания, эмоциональная лабильность, эксплозивность, неврологические знаки.

2. Психоорганический синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта.

4. Сосудистая деменция.

5. Возможна стабилизация патологического процесса при адекватной терапии.

**Задача№4**

Пациент 72 лет, много лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Не всегда регулярно принимает лекарства и соблюдает диету. Отмечаются подъемы сахара крови до 10-12 единиц. Родственники отмечают у него изменения характера – стал медлительным, равнодушным к семейным проблемам, скупым. Иногда путает текущую дату, но с привычными домашними делами справляется, ходит за продуктами в магазин. При неврологическом обследовании выявляется легкое нарушение координации, слабость конвергенции слева, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Умеренно выраженные расстройства памяти и внимания, эмоциональное равнодушие, изменение личностных черт, неврологические знаки.

2. Психоорганический синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта.

4. Мягкое когнитивное расстройство.

5. С учетом возраста и клиники – благоприятный.

**Задача№5**

Пациентке 65лет. Предъявляет жалобы на раздражительность, плаксивость - «раньше так не было», повышенную утомляемость, невнимательность. Стали беспокоить головная боль, поверхностный сон, ухудшение памяти – завела записную книжку с планами дел. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью. Четко выполняет все рекомендации, регулярно контролирует АД. Трижды отмечались гипертонические кризы, вызывала скорую помощь. Выявляется умеренная рассеянная неврологическая симптоматика.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1.Легкие расстройства памяти и внимания, эмоциональное лабильность, нарушение сна, сохранная критика, неврологические знаки.

2. Астеническое синдром на фоне сосудистого процесса .

3. Сфера памяти и интеллекта.

4. Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство.

5. С учетом возраста и клиники – благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить психические расстройства у больных при первичных дегенартивных заболеваниях головного мозга.

2). Уметь правильно оценить и описать выявленные расстройства.

3).Уметь провести терапию дементных расстройств

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Интерпретативный вариант параноида.

2) Галлюцинаторный вариант параноида.

3) Параноид с бредом физического воздействия.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.73. **Тема:** «Деменция альцгеймеровского типа».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Деменция – это синдром, характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Эти нарушения должны быть выражены настолько, чтобы приводить к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности. Деменция сопровождается изменениями личности или эмоционально–аффективными расстройствами, однако уровень сознания остается неизмененным вплоть до терминальной стадии процесса. Начало большинства заболеваний, приводящих к деменции, обычно незаметное (за исключением посттравматических, постаноксических и постинсультных расстройст3). Ранняя диагностика и лечение подобных состояний позволяет замедлить, а в некоторых случаях и избежать развития деменции.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать и проводить адекватную терапию дементных расстройств.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: Знать диагностические критерии деменции.

Уметь: Уметь выявить данные расстройства у больных.

Владеть: Навыками терапии дементных расстройств **5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при деменциях альцгеймеровского типа |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике психических расстройств при деменциях альцгеймеровского типа.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Деменция альцгеймеровского типа — первичная дегенеративная деменция позднего возраста, которая характеризуется постепенным малозаметным началом в пресенильном или старческом возрасте, неуклонным прогрессированием расстройств памяти и высших корковых функций вплоть до тотального распада интеллекта и психической деятельности в целом на отдаленных этапах болезни. Это наиболее распространенная форма первичных дегенеративных деменций.

В основе диагностики альцгеймеровского типа лежат следующие облигатные признаки:

1) наличие синдрома

2) развитие множественного когнитивного дефицита, который определяется сочетанием расстройств памяти (ухудшение запоминания новой и/или воспроизведения ранее усвоенной информации) и присутствием признаков по крайней мере одного из следующих когнитивных нарушений — афазии (нарушение речевой функции), апраксии (нарушение способности к выполнению двигательной активности, несмотря на нормальные моторные функции), агнозии (невозможность распознавать или идентифицировать объекты, несмотря на сохранное сенсорное восприятие), нарушения интеллектуальной деятельности (планирования, программирования, абстрагирования, установления причинно-следственных связей);

3) нарушения памяти и когнитивных функций вызывают снижение социальной или профессиональной адаптации больного по сравнению с прежним уровнем;

4) течение характеризуется постепенным малозаметным началом и неуклонно прогрессирующим снижением когнитивных функций;

5) отсутствие данных клинического или специальных параклинических исследований, которые могли бы указать на то, что расстройства памяти и когнитивных функций обусловлены каким-либо другим заболеванием или повреждением ЦНС (например, церебрально-сосудистым заболеванием, болезнью Паркинсона или Пика, хореей Гентингтона, субдуральной гематомой, гидроцефалией и др.) или системной болезнью, о которой известно, что она может вызывать синдром деменций (например, гипотиреоидизм, недостаточность ви¬тамина B12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифи-лис, ВИЧ-инфекция и др.); тяжелой органной недостаточностью, а также состоянием интоксикации, в том числе медикаментозной;

6) признаки когнитивных нарушений выявляются вне состояний помрачения сознания;

7) расстройства когнитивных функций не вызваны каким-либо другим психическим заболеванием (например, депрессией, шизофренией, умственной отсталостью и др.).

Однако определенный диагноз деменций альцгеймеровского типа может быть поставлен только при подтверждении его данными аутопсийного нейроморфологического исследования головного мозга.

Нейроморфологическая картина деменции альцгеймеровского типа характеризуется типичными признаками, к числу которых относятся атрофия вещества головного мозга, утрата нейронов и синапсов, грануловакуолярная дегенерация, глиоз, сенильные (амилоидные) бляшки и нейрофибриллярные клубки в нейронах, а также амилоидная ангиопатия. Однако только два из них — сенильные бляшки и нейрофибриллярные клубки в нейронах рассматриваются как ключевые нейроморфологические феномены заболевания и имеют диагностическое значение. В соответствии с диагностическими указаниями, разработанными международной группой экспертов морфологический диагноз деменции альцгеймеровского типа основывается на количественной оценке сенильных бляшек и нейрофибриллярных клубков, минимальное число которых в неокортексе и/или гиппокампе, необходимое для подтверждения диагноза, варьирует в зависимости от возраста больного к моменту смерти. Например, численность сенильных бляшек (если одновременно присутствуют и нейрофибриллярные клубки) в любом из отделов неокортекса в возрасте до 50 лет должна быть не менее 2—5/мм^, в 50—65 лет >8/мм2, в 66—75 >10/мм2 и в возрасте старше 75 лет более 15/мм^. Введение указанных количественных параметров для установления облигатных диагностических морфологических признаков деменции альцгеймеровского типа обусловлено тем, что аналогичные нейроморфологические изменения могут обнаруживаться и у пожилых людей без признаков деменции, а также при некоторых других формах патологии головного мозга.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Анализ обобщенных данных EURODEM-исследования позволил установить повозрастные показатели распространенности, в том числе отдельно для мужского и женского населения. Показатели (prevalence) для следующих возрастных групп: 60—69, 70—79 и 80—89 лет женского населения составили соответственно 0,4, 3,6 и 11,2 %, а для мужского — 0,3, 2,5 и 10 %.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Современная международная классификация деменции альцгеймеровского типа предельно проста и основана на возрастном принципе.

В соответствии с МКБ-10 выделяются две формы: 1) болезнь Альцгеймера с ранним началом, т.е. до 65 лет (син.: тип 2 болезни Альцгеймера, пресенильная деменция альцгеймеровского тип1). Эта форма соответствует классической болезни Альцгеймера и в литературе иногда обозначается как «чистая» (pure) болезнь Альцгеймера; 2) болезнь Альцгеймера с поздним, т.е. после 65 лет началом (син.: тип 1 болезни Альцгеймера, сенильная деменция альцгеймеровского тип1). Предусмотрено также выделение атипичной болезни Альцгеймера или деменции смешанного типа, т.е. сочетания проявлений, характерных для болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.

По существу тот же хронологический принцип заложен и в DSM-IV, где в рамках каждой из двух основных форм деменций альцгеймеровского типа — с ранним (до 65 лет) и поздним (после 65 лет) началом предусмотрено выделение вариантов, характеризующихся наличием в клинической картине (помимо синдрома деменции) различных продуктивных психопатологических расстройств. В соответствии с этим выделены варианты ранней и поздней деменции альцгеймеровского типа с делирием, с бредом, с депрессивными расстройствами и без таковых — неосложненные.

Приведенные классификационные схемы, основанные на формально возрастном и отчасти феноменологических критериях, несомненно, отличаются простотой и удобством использования в практической медицине. Однако они вряд ли могут считаться удовлетворительными с точки зрения этиологически или патогенетически ориентированного подхода. Предусматривающая выделение семейных (наследственно обусловленных) форм пресенильной болезни Альцгеймера, сенильной деменции альцгеймеровского типа, атипичной болезни Альцгеймера с преобладанием лобно-долевой дегенерации альцгеймеровского типа и синдрома Дауна с деменцией альцгеймеровского типа. Выделение в этой классификации двух наиболее распространенных типов — пресенильной болезни Альцгеймера и сенильной деменции альцгеймеровского типа основано не только и не столько на различиях в возрасте начала болезни, но и на характерных для каждой из указанных форм особенностях клинической картины и течения, а также неоднородности психопатологической структуры синдрома деменции.

Классификация, основанная на своеобразии клинических проявлений и течения, характерных для различных форм деменций альцгеймеровского типа, а не только на различиях в возрасте начала болезни, представляется более адекватной еще и потому, что из-за медленного малозаметного прогрессирования заболевания на начальном этапе его развития истинный возраст больного к его началу бывает определить трудно, а порой даже невозможно. Кроме того, небольшая часть случаев «классической» болезни Альцгеймера может начинаться в возрасте, превышающем 65 лет, а инициальные симптомы сенильной деменции, напротив, в отдельных случаях становятся очевидными до 65 лет.

Чрезвычайно важно как в клинической практике, так и для исследовательских целей адекватно и единообразно оценивать заболевание в зависимости от стадии его развития, что в случае деменции альцгеймеровского типа равноценно по существу тяжести деменции. Наиболее адекватной в этом отношении представляется шкала — Clinical Dementia Rating (CDR). В этой шкале предусматривается выделение четырех последовательных стадий развития болезни Альцгеймера — от стадии сомнительной деменции (CDR-0,5) через стадию мягкой (CDR-1) и умеренной (CDR-2) до тяжелой (CDR-3) деменции, при этом нулевая оценка соответствует отсутствию когнитивных нарушений и изменений в уровне социальной и профессиональной деятельности.

**Клинические проявления и течение деменций альцгеймеровского типа**

Общность нейроморфологических признаков и сходство основного стереотипа развития болезни с постепенным прогрессированием слабоумия — от малозаметных симптомов начального когнитивного снижения до полного распада интеллекта и психической деятельности в целом — послужили предпосылками для объединения собственно болезни Альцгеймера, т.е. пресенильной деменции и сенильной деменции в рамках единого нозологического процесса под общим названием «болезнь Альцгеймера» или «деменция альцгеймеровского типа», что и нашло отражение в ряде современных классификаций. Вместе с тем хорошо известно своеобразие клинических проявлений и течения заболевания в случаях пресенильной (классической) болезни Альцгеймера и сенильной деменции. Полученные в последние годы дополнительные доказательства (нейропсихологические, нейрофизиологические, нейрохимические, нейроинтраскопические, генетические) неоднородности деменций альцгеймеровского типа дают все больше оснований для пересмотра так называемой «унитарной» концепции болезни Альцгеймера. Указанное делает правомерным рассмотрение пресенильной болезни Альцгеймера и сенильной деменции альцгеймеровского типа в качестве самостоятельных клинических форм, не вдаваясь в дискуссию об их нозологическом единстве или самостоятельности.

**Лечение и профилактика.**

Основные направления патогенетической терапии болезни Альцгеймера в настоящее время представлены следующими видами терапии: 1) компенсаторная (заместительная) терапия, направленная на преодоление нейротрансмиттерного дефицита (холинэргического дефицит1) в различных нейрональных системах; 2) нейропротективная терапия, способствующая повышению жизнеспособности («выживаемости») нейронов и нейрональной пластичности; 3) вазоактивная терапия; 4) противовоспалительная терапия.

Представителями компенсаторного направления терапии являются ингибиторы ацетилхолинэстеразы (АХЭ) экселон (ривастигмин) -псевдообратимый ингибитор АХЭ карбаматного типа и обратимый ингибитор АХЭ – производное пиперидина – арисепт (донепезил). При приеме указанных препаратов улучшение когнитивных функций происходит уже на протяжении 1-го месяца терапии.

Особое место в ряду лекарственных средств, направленных на усиление центральной холинергической активности занимает глиатилин (холинальфосцерат), одно из производных холина.

Акатинол мемантин – модулятор глутаматергической системы, которая играет важную роль в процессах обучения и памяти, дает хорошие результаты при применении его у пациентов с мягкой и умеренной деменцией альцгеймеровского типа. Препарат влияет на эмоциональное состояние и моторные функции.

Нейропротективная терапия направлена на сохранение и повышение жизнеспособности (выживаемости) нейронов. Такими свойствами обладают ноотропы, антиоксиданты и препараты, обладающие нейротрофическими свойствами.

Хорошо известный препарат церебролизин обладает выраженными нейротрофическими свойствами. Он содержит биологически активные нейропептиды с низкой молекулярной массой, которые оказывают мультимодальное органоспецифическое действие на головной мозг ,что регулирует мозговой метаболизм и создает нейропротективное дейтвие.

К новому поколению нейропротекторов, которые предложены для лечения болезни Альцгеймера, относятся блокаторы кальциевых каналов, антагонисты NMDA-рецепторов, антиоксиданты, лазароиды (21аминостероиды), блокаторы ферментов, стабильные аналоги эндогенных нейротрофинов и факторы роста, полученные методами рекомбинантных ДНК. Изучение терапевтического действия большинства этих препаратов еще продолжается.

Обсуждается и изучается возможность противовоспалительной терапии нестероидными противовоспалительными средствами. Причиной разработки такого вида терапии послужили результаты эпидемиологических исследований, свидетельствующие о том, что лица, длительно получавшие негормональную противовоспалительную терапию, достоверно реже заболевают болезнью Альцгеймера.

Профилактические мероприятия при болезни Альцгеймера носят общий характер. Более существенной является проблема ранней и правильной диагностики этого заболеваний, так как своевременное назначение терапии позволяет замедлить процесс когнитивного снижения и улучшить качество жизни пациента.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Клинические проявления деменции альцгеймеровского типа.

2). Начальные проявления деменции альцгеймеровского типа.

3). Заболевания, приводящие к деменции.

4). Лечение и организация помощи больным с деменцией альцгеймеровского типа.

5). Профилактика деменции альцгеймеровского типа.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

1) относится к деменциям пресенильного возраста

2) центральное место занимают явления амнезии

3) не приводит к тотальному слабоумию

4) обязательно развитие очаговых расстройств

5) развивается тотальная апраксия

2. ДЛЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) особой устойчивости к дополнительным патогенным факторам

2) значительного темпа распада памяти

3) выраженных конфабуляций

4) развития глобарного слабоумия

5) обязательных очаговых расстройств

3. НА ПОЗДНИХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ СЕНСОРНОЙ АФАЗИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ

1) ограниченное понимание речи

2) семантическая афазия

3) тотальная сенсорная афазия

4) частичная сенсорная афазия

5) моторная афазия

4. ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА ПОЗДНИХ ЭТАПАХ ДЛЯ МОТОРНОЙ АФАЗИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) паралалии

2) логоклонических итераций

3) насильственного говорения с вербигерациями

4) логоклонического псевдозаикания

5) стоячих речевых оборотов

5. ОЧАГОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) обязательны

2) полиморфны

3) массивны

4) могут доминировать в клинической картине

5) не являются обязательным проявлением

6. ДЕПРЕССИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НАБЛЮДАЮТСЯ

1) в начальной стадии

2) в исходной стадии

3) в развернутой стадии

4) во всех стадиях

5) ни в одной из стадий

7. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА СВЯЗАНЫ С

1) избытком серотонина

2) дефицитом ГАМК

3) избытком гистамина

4) дефицитом ацетилхолина

5) избытком глутамата

8. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

1) апраксия

2) апатия

3) абулия

4) астазия-абазия

5) моторная афазия и арефлексия

9. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

1) дизартрия

2) апатия

3) абулия

4) астазия-абазия

5) моторная афазия и арефлексия

10. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

1) восприятия и мышления

2) движений и эмоций

3) памяти и интеллекта

4) воли и влечений

5) внимания и сознания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала “пропавшие” вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. Прогрессирующая амнезия, цефалгия, бред ущерба, разорванность мышления, амнестическая дезориентировка.

2. Тотальное слабоумие.

3. Пресенильный вариант болезни Альцгеймера.

4. Генетическая предрасположенность.

5. Компенсирующая, защитная, противовоспалительная и поведенческая терапия

**Задача №2**

Больная Т. Заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла или не находила различные вещи. Испытывала затруднения в счёте денег. Постепенно нарастала беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. Имеется ли логоклония?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Прогрессирующая амнезия, апраксия, аграфия.

2. Болезнь Альцгеймера с ранним началом.

3. Не известно. В описании она не отражена.

4. Неблагоприятный.

5. Церебролизин, акатинол-мемантин.

**Задача№3**

Больная Д. Заболела в возрасте 82 лет. Стала забывчивой, суетливой, тревожной. Не узнавала окружающих, не помнила имён своих детей. Предоставленная сама себе, собирала вещи в узел, прятала халат, говорила, что её обворовывают. Анамнестических сведений собрать не удалось из-за грубого снижения памяти у больной.

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. Тотальное слабоумие
2. Сенильная деменция альцгеймеровского типа
3. Психологические методики
4. Организация ухода и надзора
5. Симптоматическая терапия, ноотропы

**Задача№4**

Больная 72 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. Апраксия, аграфия, слабоумие.

2. Тотальная деменция.

3. Болезнь Альцгеймера.

4. Генетические факторы.

5. Церебролизин, индометацин, амиридин.

**Задача№5**

Пациентка 67 лет на приеме в сопровождении сына. Из анамнеза известно: всегда была активным, уравновешенным человеком. После выхода на пенсию в 61 год, родственники отметили появление у пациентки раздражительности, пассивности. Стала подозрительной, обвиняла в излишних тратах, стала прятать деньги и забывать, куда их убрала. Изменилось и выражение лица: выглядит изумленной, глаза широко раскрыты, мигает редко. Не всегда следит за внешним видом. Старается не выходить из дома, так как не всегда находит дорогу обратно домой. Появились жалобы на головные боли, головокружение. Изменился почерк, путает написание букв.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Изменение характера, нарастающие расстройства памяти и внимания, аграфия.

2. Дементный синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта

4. Выявляется при атрофических процессов головного мозга – болезни Альцгеймера.

5. Прогноз неблагоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Знать диагностические критерии деменции.

2). Уметь выявить данные расстройства у больных.

3). Уметь правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Болезнь Альцгеймера.

2) Сосудистые деменции.

3) Старческое слабоумие.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.74. **Тема:** «Системно-атрофические заболевания».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Деменция – это синдром, характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Эти нарушения должны быть выражены настолько, чтобы приводить к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности. Деменция сопровождается изменениями личности или эмоционально–аффективными расстройствами, однако уровень сознания остается неизмененным вплоть до терминальной стадии процесса. Начало большинства заболеваний, приводящих к деменции, обычно незаметное (за исключением посттравматических, постаноксических и постинсультных расстройст3). Ранняя диагностика и лечение подобных состояний позволяет замедлить, а в некоторых случаях и избежать развития деменции.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать и проводить адекватную терапию дементных расстройств.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: Знать диагностические критерии деменции.

Уметь: Уметь выявить данные расстройства у больных.

Владеть: Навыками терапии дементных расстройств

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при системно-атрофических заболеваниях |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств при системно-атрофических заболеваниях.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Болезнь Пика**

Болезнь Пика — прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, начинающееся, как правило, в пресенильном возрасте с постепенно нарастающих изменений личности и(или) оскудения речи, сопровождающееся рано наступающей утратой критики и социальной адаптации (при относительной сохранности так называемых инструментальных функций интеллект1) и приводящее к развитию тотального слабоумия с характерной клинической картиной деменции лобного типа.

Болезнь Пика относится к группе системных атрофии, поскольку характеризуется избирательной атрофией лобных и височных долей (реже и подкорковых образований).

Общепринятые диагностические критерии, подобные тем, которые применяются для болезни Альцгеймера, в отношении болезни Пика еще не разработаны. Для того чтобы поставить диагноз болезни Пика в соответствии с МКБ-10, необходимо присутствие следующих признаков: прогрессирующая деменция, превалирование лобной симптоматики с эйфорией, эмоциональным оскудением, огрубением в межличностных отношениях и социальном поведении, расторможенностью или апатией. Появление указанных признаков должно опережать расстройства памяти.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Заболевание начинается между 50 и 70 годами. Средний возраст к началу заболевания, так же как и при болезни Альцгеймера, равен приблизительно 55—56 годам. В старости заболевание начинается сравнительно редко, его средняя продолжительность меньше, чем при болезни Альцгеймера (около 6 лет).

Заболевание начинается, как правило, постепенно. В отличие от болезни Альцгеймера затяжные инициальные этапы с психотическими расстройствами при болезни Пика встречаются очень редко.

Наряду с общими для всех нейродегенеративных процессов позднего возраста клиническими свойствами деменция при болезни Пика имеет некоторые нозологические особенности. Из них главная — отчетливое преобладание на ранних этапах заболевания личностных изменений, тогда как «инструментальные» функции интеллекта (запоминание, репродуктивная память, внимание, ориентировка и т.п.) и автоматизированные формы психической деятельности, например счет, нарушаются относительно меньше.

Изменения личности на начальной стадии заболевания зависят от преимущественной локализации атрофического процесса. При изолированном или преимущественном поражении полюса лобных долей постепенно нарастают бездеятельность, вялость, апатия и безразличие, побуждения снижаются до аспонтанности, эмоции притупляются; одновременно прогрессирует оскудение психической, речевой и двигательной активности. При преобладании начальной атрофии в орбитальной (базальной) коре развивается псевдопаралитический синдром. В этих случаях личностные изменения выражаются в постепенной утрате чувства дистанции, такта. Нарушаются нравственные установки, появляются расторможенность низших влечений, эйфория, экспансивность, а нередко также импульсивность. В рамках псевдопаралитического синдрома при болезни Пика обычно рано наступают грубые нарушения понятийного мышления (обобщение, понимание пословиц и т.п.), а отчетливых нарушений памяти или ориентировки не обнаруживается. При атрофии височных долей или комбинированной лобно-височной атрофии рано возникают стереотипии речи, поступков и движений.

Значительно реже встречаются другие инициальные синдромы заболевания: 1) астенические проявления с преобладанием жалоб на слабость, утомляемость, головные боли, нарушения сна и т.п. Эти состояния, при которых объективные церебрально-сосудистые изменения, как правило, не выявляются, представляют собой (по крайней мере в некоторых случаях) органически окрашенные субдепрессии; 2) изолированные очаговые (афатические) расстройства; 3) психотические расстройства (часто в виде бредовых идей преследования, ревности или ущерб1), которые нередко приводят к ошибочному предположению о шизофреническом процессе; 4) отчетливые мнестические расстройства, напоминающие инициальные проявления болезни Альцгеймера.

Для ранних этапов слабоумия при болезни Пика выраженные нарушения памяти нехарактерны. Могут отмечаться лишь «кажущиеся» расстройства памяти, обусловленные безучастием и аспонтанностью больных. При сравнительно слабой выраженности первичных нарушений памяти с самого начала болезни страдает «сам интеллект»: неуклонно снижаются, а затем и разрушаются наиболее сложные и дифференцированные виды мыслительной деятельности, т.е. абстрагирование, обобщение и интегрирование, гибкость и продуктивность мышления, критика и уровень суждений.

По мере развития болезненного процесса клиническая картина все больше приближается к тотальному слабоумию с разрушением памяти и нарушением ориентировки. Хотя на поздних этапах болезни развивается глубокое слабоумие с крайним оскудением всех видов психической деятельности, нередко удивительно долго сохраняются некоторые виды элементарной ориентировки или остатки способности к запоминанию. Сравнительно долго наблюдаются также особенности клинической картины деменции, связанные с преобладающей локализацией атрофического процесса. В силу этого клиническая картина слабоумия при болезни Пика менее однородна или однообразна, чем, например, слабоумие при болезни Альцгеймера. В отличие от последней в конечной стадии болезни Пика обычно не возникают выраженные хватательные и оральные автоматизмы, характерные для исходных состояний болезни Альцгеймера.

Очаговые корковые расстройства — обязательные проявления болезни Пика. Сохраняя принципиальное сходство с нарушениями речи, праксиса и гнозиса при других атрофических процессах, они отличаются существенными особенностями. Обычно преобладают нарушения речи, которые представляют собой не только обязательное, но и обычно раннее проявление заболевания. Речевые расстройства в первые 2 года заболевания возникают приблизительно в 60 % случаев. На более поздних этапах заболевания практически всегда происходит постепенный распад речи с полным разрушением речевой функции и развитием в конечном итоге тотальной афазии. Первыми признаками этого распада чаще всего бывают постепенное словарное, смысловое и грамматическое обеднение речи и появление речевых стереотипии. При преимущественной атрофии лобных долей больные проявляют своеобразное «нежелание» говорить: снижение речевой активности может достигать степени полной речевой аспонтанности, когда экспрессивная речь полностью угасает. Состояние «кажущейся» или «инициальной немоты» не исключает, однако, возможности появления на более поздних этапах насильственного говорения или пения.

При поражении лобно-височной области, помимо описанного оскудения речи, наблюдается также амнестическая и сенсорная афазия. В процессе постепенного нарушения понимания речи возникают промежуточные стадии «ограниченного», или «приблизительного», смыслового понимания при относительной сохранности фонематической, т.е. повторной речи. Характерным, хотя и неспецифическим признаком распада речи при болезни Пика является эхолалия, т.е. повторение услышанных слов, реплик, звуков. Она бывает частичной или полной, смягченной (митигированной, т.е. сопровождающейся приблизительным пониманием услышанного) и дословной (автоматизированной, без понимания услышанного). По мере распада речи в ней увеличивается удельный вес речевых стереотипий («стоячих оборотов»), которые на поздних этапах болезни нередко представляют собой единственную форму речевой деятельности.

Аграфия, алексия, акалькулия при болезни Пика в картине очаговых расстройств занимают относительно меньшее место. Для расстройств письменной речи особенно характерны «стереотипии письма». Апрактические симптомы обычно появляются поздно и не достигают той тяжести, которая свойственна болезни Альцгеймера.

Психотические расстройства при болезни Пика встречаются реже, чем при других атрофических процессах. На ранних этапах заболевания возможны неразвернутые паранойяльные синдромы, а изредка и более выраженные параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния. Представляют интерес видоизменения этих психотических расстройств, связанные с основной динамикой атрофического процесса. Например, по мере развития деменции наблюдается нарастающая стереотипизация бредовых высказываний, которые превращаются в «стоячие обороты», лишенные актуального бредового значения. Псевдопаралитический синдром, возникающий при атрофии лобных долей, как правило, не сопровождается бредовыми идеями величия, как это нередко наблюдается, например, при хорее Гентингтона. Эта особенность связана, по-видимому, с более быстрым развитием слабоумия при болезни Пика. Острые психотические эпизоды — состояния спутанности или психомоторного возбуждения — наблюдаются сравнительно редко и бывают, как и при всех атрофических процессах, рудиментарными.

В некоторых случаях при болезни Пика развиваются своеобразные «припадки», т.е. пароксизмальные состояния расслабления мускулатуры («потери тонуса») без полного выключения сознания. Появление настоящих эпилептических припадков в клинической картине атрофического процесса скорее всего свидетельствует о развитии болезни Альцгеймера.

Довольно часто (приблизительно у 1/з—1/4 больных) возникают неврологические расстройства, чаще всего в виде амиостатического (паркинсоноподобного) синдрома, реже в форме экстрапирамидных гиперкинезов (главным образом хореоподобных). В крайне редких случаях перехода атрофического процесса на прецентральную область развиваются спастические гемипарезы.

Для состояния далеко зашедшей деменции характерны: расторможенность влечений, особенно часты извращения аппетита и булимия, гиперсексуальность.

Исходное состояние при болезни Пика очень сходно с терминальной стадией болезни Альцгеймера. Как и при деменции альцгеймеровского типа, оно характеризуется глобальным слабоумием с тотальным распадом речи, действования и узнавания, а также развитием маразма и полной беспомощностью.

ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нейропсихологическое исследование. При нейропсихологическом обследовании, проведенном на начальных этапах деменции, нарушений эпизодической и семантической памяти и дефектов оптико-пространственной деятельности, как правило, не отмечается. Более того, нередко у пациентов с выраженными поведенческими расстройствами и нарушениями социального функционирования сколько-нибудь значительных нарушений при нейропсихологическом исследовании не выявляется, а тестовая оценка, например, по шкале MMSE варьирует в пределах 24—30 баллов, т.е. соответствует возрастной норме. При специальном нейропсихологическом обследовании могут быть выявлены нарушения, характерные для дефекта префронтальных отделов мозга, особенно в случае преобладания в клинической картине признаков аспонтанности: нарушения программирования и контроля, регулирующей функции речи, полевое поведение, эхофеномены, а так же снижение речевой активности в сочетании со стереотипиями. При этом «инструментальные» функции интеллекта (запоминание, репродуктивная память, внимание, ориентировка и др.) и автоматизированные формы психической деятельности (счет) остаются длительное время относительно сохранными.

В случаях с преобладанием распада речи наблюдаются признаки амнестической и сенсорной афазии, эхолалии, речевые стереотипии. Для нарушений письменной речи характерны оскудение, однообразие, «стереотипии письма», аграмматизм при отсутствии или малой выраженности параграфий. Расстройства чтения характеризуются нарушением смыслового понимания прочитанного при сохранности чтения вслух.

Нейрофизиологическое исследование. Большинство авторов аналитических исследований, использовавших метод электроэнцефалографии, а также авторы имеющихся на эту тему обзорных работ утверждают, что в отличие от болезни Альцгеймера при болезни Пика нет отчетливых патологических изменений ЭЭГ. Отмечаются лишь сглаженность кривых («линейные» кривые) и общее снижение биоэлектрической активности. Сравнительный анализ количественных показателей ЭЭГ в группе больных с болезнью Пика и в группе возрастного контроля позволил обнаружить большую мощность 9-активности при болезни Пика по сравнению с возрастной нормой, однако различия не достигли уровня диагностической значимости.

Прижизненное исследование мозговых структур. При обследовании больных с помощью рентгеновского КТ и МРТ были выявлены признаки атрофии вещества головного мозга преимущественно в лобных или передневисочных областях. При ПЭТ в этих областях мозга выявляется наиболее выраженное (по сравнению с другими структурами) снижение мозгового кровотока и нарушения метаболизма глюкозы.

Лечение. Эффективных способов терапии болезни Пика не существует. При выраженных психотических расстройствах показано очень осторожное применение нейролептических средств для достижения симптоматического эффекта. В связи с выраженностью изменений личности и неправильным поведением больные относительно рано нуждаются в госпитализации.

Прогноз болезни неблагоприятный. Больные полностью нетрудоспособны, недееспособны и невменяемы.

**Хорея Гентингтона**

Хорея Гентингтона (болезнь Гентингтон1) — наследственное прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, сопровождающееся развитием системного дегенеративно-атрофического процесса с преимущественным поражением стриарной системы мозга и менее тяжелым — новой коры, а также других подкорковыхядер.

Заболевание манифестирует в основном в среднем или (реже) пожилом возрасте, проявляется хореатическими (хореиформными) гиперкинезами, психопатоподобными и психотическими расстройствами и приводит к развитию своеобразной деменции. Известны случаи и раннего (до 20 лет) начала заболевания.

Хорея Гентингтона отличается от других первично дегенеративных ослабоумливающих процессов тем, что развертывание ее симптоматики может происходить в различной последовательности, хотя отдельные элементы клинических проявлений болезни в высокой мере типичны. Как правило, хореатический гиперкинез предшествует психотическим симптомам или интеллектуальному снижению, однако встречаются варианты заболевания с минимально выраженными хореатическими гиперкинезами даже на отдаленных этапах течения, что дало основание для употребления термина «болезнь Гентингтона» (МКБ-10, DSM-IV).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Трудности определения начала и, следовательно, продолжительности хореи Гентингтона нередко напоминают аналогичные трудности при шизофрении. Как и шизофрения, гентингтоновская хорея может развиваться на фоне столь выраженных преморбидных отклонений, что трудно определить, идет ли речь о постепенном, «вялом» развитии болезненного процесса или об особом преморбиде. Хорея Гентингтона обычно развивается «на почве нервного дефекта». В большинстве случаев до возникновения явных расстройств наблюдаются отчетливые психопатические нарушения, задержка умственного развития или признаки моторной неполноценности (неповоротливость, неуклюжесть, разболтанность, недостаточная координация движений, плохой почерк и т.п.).

Средний возраст к началу клинически выраженного заболевания ниже, чем при других атрофических процессах, и равняется 44—47 годам Среди атрофических заболеваний хорея Гентингтона обладает наибольшей продолжительностью — в среднем 12—15 лет отмечал колебания длительности заболевания в очень широких пределах — от 1 года до 25 лет.

В отличие от других атрофических процессов хорея Гентингтона не имеет единого стереотипа развития. Психические нарушения (личностные изменения, развитие деменции, психотические расстройств1) могут возникать в разные сроки после появления хореатических гиперкинезов, развиваться одновременно с ними или (реже) предшествовать им. Генеалогические исследования показали, что эти различия в последовательном развитии симптоматики заболевания скорее всего генетически не детерминированы, поскольку в одних и тех же семьях могут встречаться различные стереотипы развития болезни.

Психопатические отклонения, наблюдающиеся, как правило, на начальных этапах заболевания, иногда задолго до выявления других клинических симптомов болезни, различны. Условно выделяют 3 основных типа личностных аномалий: 1) возбудимые, т.е. взрывчатые, злобные, стеничные; 2) истерические, т.е. капризные, склонные к театральному и демонстративному поведению, аффективно-лабильные; 3) замкнутые, аутичные, эмоционально холодные, т.е. шизоидные психопатические личности. В период развернутого заболевания, обычно уже в позднем возрасте, динамика этих инициальных психопатических изменений различна. Стеничные, эпилептоидные черты (возбудимость, взрывчатость и др.), как правило, резко заостряются, а истероформные проявления, наоборот, скорее сглаживаются. На более поздних этапах болезни стираются личностные особенности больных и развивается выраженное эмоциональное притупление с преобладанием благодушно-эйфорического настроения.

Деменция при хорее Гентингтона в отличие от других форм слабоумия при первично дегенеративных атрофических процессах имеет ряд клинических особенностей. Как уже отмечалось, заболевание прогрессирует сравнительно медленно. Кроме того, далеко не всегда слабоумие становится тотальным, иногда развитие деменции надолго приостанавливается. Эти особенности определяют относительную доброкачественность развития слабоумия при хорее Гентингтона. Некоторые больные могут долго или постоянно оставаться вне больницы и выполнять несложную, привычную работу. Даже в случаях далеко зашедшей деменции нередко сохраняется элементарная ауто- и аллопсихическая ориентировка.

Деменция при болезни Гентингтона отличается диссоциацией между долго сохраняющейся способностью обслуживать себя в домашней обстановке и явной интеллектуальной несостоятельностью в ситуациях, требующих продуктивной умственной работы (осмысление новых задач, понятийное мышление, обобщение, приобретение новых навыков и т.п.). Такое преимущественное поражение наиболее сложных и дифференцированных форм интеллектуальной деятельности напоминает клиническую картину начального слабоумия при болезни Пика. Характерной особенностью хореатической деменции является также выраженная неравномерность умственной работоспособности. В ее основе лежат грубые нарушения внимания и непостоянство установок больных, в результате чего они легко теряют направление и цели мыслительной деятельности. Мышление больных хореей Гентингтона производит впечатление «скачкообразного» в связи с постоянными изменениями направления.

Однако отмеченные особенности характерны лишь для ранних этапов хореатического слабоумия. По мере прогрессирования заболевания усиливается общее оскудение психической деятельности, снижается, а затем и утрачивается психическая и речевая активность, наступает эмоциональное притупление, появляются нарушения запоминания и признаки разрушения запасов памяти, расстройства ориентировки и т.п. Иными словами, клиническая картина деменции постепенно приближается к тотальной, приобретая сходство с картиной деменции при других атрофических процессах. Однако в отличие от них конечный распад психической деятельности при хорее Гентингтона может быть весьма различным. Обычно не обнаруживается прямых корреляций между глубиной развивающегося слабоумия и выраженностью хореатических гиперкинезов. Нет также указаний на то, что распад психической деятельности находится под строгим генетическим контролем, поскольку в одной семье могут встречаться весьма различные по выраженности состояния слабоумия.

Деменция при хорее Гентингтона отличается также от других деменций отсутствием явных нарушений высших корковых функций, т.е. афатических, апрактических, агностических расстройств. Расстройства моторной речи, обычно резко выраженные, определяются в основном гиперкинезами речевой мускулатуры. Нередко встречаются, однако, и нарастающее оскудение речи, речевая аспонтанность и то своеобразное «нежелание» говорить, которое столь часто наблюдается при болезни Пика. Описаны также относительно легкие амнестически-афатические симптомы.

Хорее Гентингтона свойственна обратная зависимость между прогредиентностью и скоростью развития деменции, с одной стороны, и частотой и клинической выраженностью возникающих при этих заболеваниях психотических расстройств — с другой. При хорее Гентингтона, наименее прогредиентной по сравнению с другими атрофическими процессами, психотические синдромы встречаются наиболее часто.

На ранних стадиях заболевания, а иногда еще до появления гиперкинезов, наблюдаются преимущественно реактивные расстройства, имеющие в зависимости от преморбидных особенностей больных истерическую, псевдодементную или дисфорическую окраску. Для инициального этапа болезни характерны также особые депрессивные состояния: мрачно-угрюмые, ипохондрические, дисфорически-раздражительные или вялоапатические. В первые годы заболевания относительно часто встречаются и бредовые расстройства, в том числе слабо систематизированные и мало разработанные паранойяльные бредовые идеи ревности, преследования или отравления. При этом в отличие, например, от бредовых психозов при сенильной деменции идеи ущерба наблюдаются очень редко.

На более поздних этапах заболевания возникают иногда экспансивные бредовые расстройства, например параличеподобный нелепый бред величия. В отдельных случаях возможны переходы одних бредовых расстройств в другие, в частности бреда ревности в бред величия. Относительно редко встречаются галлюцинаторные эпизоды (рудиментарные вербальные галлюцинозы), галлюцинаторно-параноидные и парафренные состояния. Особый интерес представляют некоторые виды галлюцинаторных расстройств, возможно, связанные с локализацией патологического процесса в подкорковой области. К ним относятся случаи тактильного галлюциноза и сложных тактильно-висцеральных галлюцинозов с мучительными, эмоционально крайне отрицательно окрашенными болевыми ощущениями, которые носят «гиперпатический» (по В.А.Гиляровскому) характер и тем самым напоминают таламические боли. Острые психозы экзогенного типа при хорее Гентингтона не описаны.

Неврологические расстройства при хорее Гентингтона чаще всего исчерпываются генерализованными хореатическими гиперкинезами. Они имеют следующие особенности: относительно медленный темп хореатических подергиваний со сравнительно небольшой амплитудой и относительно продолжительными интервалами; включение торсионных и атетоидных движений и относительно малую выраженность мышечной гипотонии.

Хореатические гиперкинезы развиваются постепенно и прогрессируют довольно медленно, поэтому больные нередко еще в течение ряда лет после начала гиперкинеза могут продолжать физическую работу. Благодаря медленному развитию хореатического гиперкинеза у больных возникают компенсаторные механизмы, что позволяет им даже при большой интенсивности гиперкинезов сохранять возможность выполнения целенаправленных движений: в ограниченных пределах они способны себя обслуживать, самостоятельно едят, ходят, несмотря на резкие нарушения походки, и не падают.

В некоторых случаях гиперкинезы выражены преимущественно в лицевой мускулатуре, что приводит к постоянному гримасничанию (больные непрерывно морщат лоб, зажмуривают глаза, вытягивают губы, высовывают язык и т.д.). Особенно выраженными бывают артикуляционные нарушения речи, они являются наиболее постоянными и тяжелыми симптомами хореатического гиперкинеза. При этом у больных наблюдается полная безучастность к гиперкинезам, они не обращают на них внимания, а иногда даже отрицают их наличие, проявляя своеобразную анозогнозию.

Наряду с вышеописанными клинически выраженными формами заболевания в семьях больных гентингтоновской хореей нередко наблюдаются варианты болезни с рудиментарными психопатологическими и неврологическими проявлениями (так называемые абортивные формы). К ним относятся: 1) неврологические варианты, обычно рано манифестирующие, с преобладанием акинетически-гипертонического (как при болезни Вильсон1) синдрома; 2) формы с типичными гиперкинезами, но с минимально выраженными психотическими изменениями, в частности без развития выраженной деменции; 3) формы с преобладанием психических расстройств в форме деменции или психопатических изменений и с рудиментарными гиперкинезами («хореопаты», по F.Kehrer); 4) так называемые стационарные формы, при которых, несмотря на более или менее развернутую симптоматику, заболевание затягивается на десятилетия, не достигая конечной стадии (больные умирают в старости от интеркуррентных болезней).

Однако в большинстве случаев хореи Гентингтона отмечается неуклонная прогредиентность болезненного процесса, которая приводит больных к смерти в состоянии тотальной деменции и маразма. В терминальной стадии хореатические гиперкинезы, как правило, уменьшаются или прекращаются.

ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нейропсихологическое исследование. При нейропсихологическом исследовании даже на относительно ранней стадии болезни больные обнаруживают характерные нарушения познавательной деятельности: неустойчивость внимания, повышенную отвлекаемость, непостоянство установок и невозможность удерживания цели интеллектуальной работы, а также выраженную неравномерность результатов. В дальнейшем на первый план все более выступают дефекты понятийного мышления, снижение уровня обобщений и суждений. Выявляются также оскудение интеллектуальной деятельности и речи, аспонтанность, признаки амнестической афазии, нарушения чтения, последние в большей мере связаны с грубыми нарушениями внимания, программирования и контроля за выполнением деятельности, нежели с собственно алексией.

Нейрофизиологические исследования. Изменения биоэлектрической активности мозга (ЭЭ4) при хорее Гентингтона на более раннем этапе болезни отличаются неоднородностью. Чаще всего наблюдается преобладание медленноволновой активности в теменных и отчасти в лобных отделах коры. Наряду с очаговыми изменениями регистрируются единичные повсеместные вспышки острых волн. В дальнейшем региональные различия исчезают, преобладают фрагментарный а-ритм и низкоамплитудная медленноволновая активность.

ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ

Лечение хореи Гентингтона проводится главным образом с помощью различных нейролептических средств, блокирующих допаминергические рецепторы (производные фенотиазина и бутирофеноно3) или уменьшающие содержание допамина в тканях (резерпин). Резерпин (0,75—1,5 мг/сут), этаперазин (до 60 мг/сут), трифтазин (до 30—50 мг/сут) и другие препараты сходного действия заметно уменьшают гиперкинезы. В части случаев сглаживаются также аффективная напряженность и психопатические нарушения поведения. При психотических расстройствах показано применение аминазина. Однако терапевтический эффект бывает обычно временным; в дальнейшем, даже при длительном поддерживающем лечении, существенного улучшения не наступает. Применяют также препараты, нарушающие образование допамина (метилдоф1).

Предпринимаются попытки хирургического лечения. После стереотаксических операций гиперкинезы нередко уменьшаются или прекращаются, но в связи с обычно тяжелыми и прогрессирующими психическими изменениями этот метод вряд ли может найти широкое применение.

Возможности трудовой терапии ограничены в связи с неврологическими расстройствами.

Больные могут лечиться не только в психиатрических, но и в неврологических стационарах (при маловыраженных психических расстройствах). В профилактике заболевания определенное место занимает медико-генетическое консультирование.

Трудовая и судебно-психиатрическая экспертиза. Больные хореей Гентингтона в большинстве случаев нетрудоспособны. Степень нетрудоспособности определяется стадией болезни и выраженностью неврологических и психических нарушений. При развернутой клинической картине заболевания обычно определяется инвалидность I группы.

Больные гентингтоновской хореей нередко совершают правонарушения, что обусловлено выраженными психопатическими изменениями. При развернутом заболевании или достаточных указаниях на его начало больные невменяемы и недееспособны. Экспертные трудности возникают при обследовании психопатических личностей, происходящих из семей с наследственной отягощенностью хореей Гентингтона, не без признаков манифестного заболевания («хореопаты»). В таких случаях решение судебно-психиатрических вопросов должно быть индивидуальным и зависит от выраженности психопатических аномалий.

Прогноз. Поскольку в основе заболевания лежит прогрессирующий атрофический процесс, то прогноз в целом неблагоприятный. Однако в связи с малой прогредиентностью, возможностью относительной временной стабилизации болезненного процесса, существованием абортивных форм прогноз следует рассматривать индивидуально.

**Болезнь Паркинсона**

Болезнь Паркинсона (дрожательный паралич, идиопатический паркинсонизм)— дегенеративно-атрофическое заболевание экстрапирамидной системы головного мозга, манифестирующее преимущественно в пожилом и старческом возрасте и проявляющееся преимущественно экстрапирамидными нарушениями (тремор, мышечная ригидность и гипокинезия), а также различными психическими расстройствами (изменения личности, депрессия, деменция и др.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Возраст начала болезни Паркинсона колеблется от 45 до 70 лет, однако чаще всего заболевание манифестирует в 50—65 лет.

Клиническая картина болезни Паркинсона складывается из триады основных симптомов, которые характеризуют свойственные этому заболеванию двигательные нарушения. К основным (облигатным) симптомам относятся тремор, мышечная ригидность и гипокинезия, различная степень выраженности которых определяет форму синдрома паркинсонизма (акинетическую, акинетико-ригидную, ригидно-дрожательную и дрожательную).

Облигатными симптомами заболевания считают также вегетативные нарушения (парасимпатической направленности), которые могут иметь характер перманентных или пароксизмальных расстройств. К числу обязательных болезненных проявлений принадлежат и изменения личности, определяющиеся прежде всего нарушениями в эмоционально-мотивационной сфере (обеднение побуждений, снижение активности, обеднение эмоциональных реакций, замкнутость, эгоцентричность, склонность к депрессивно-ипохондрическим формам реагирования), которые могут сопровождать уже начальный этап развития болезни.

Психопатологические расстройства при болезни Паркинсона возникают примерно у 50—60 % больных. Наиболее часто наблюдаются депрессивные состояния различной степени выраженности, обычно неглубокие, нередко психогенно окрашенные. Но возможны и более тяжелые депрессии, в том числе с суицидальными тенденциями. Примерно у 12 % больных депрессивные симптомы предшествуют дебюту двигательных нарушений. Депрессии чаще обнаруживаются у женщин. В настоящее время полагают, что депрессия при болезни Паркинсона имеет не только психогенный характер, но непосредственно патогенетически связана с дефицитом моноаминов — дофамина и норадреналина.

Иногда наблюдаются рудиментарные бредовые расстройства с характерным для лиц позднего возраста содержанием (бредовые идеи ущерба и мелкого преследования). На поздних стадиях заболевания нередко возникают острые психотические эпизоды: состояния спутанности с возбуждением, делирий, а также галлюцинозы (зрительные и тактильные). Весьма характерны висцеральные галлюцинозы с мучительной гиперпатической окраской. Полагают, что причиной психотических расстройств экзогенно-органического типа чаще всего является лекарственная интоксикация в связи с применением антипаркинсонических средств, в частности L-ДОФА.

Признаки явного когнитивного дефицита обнаруживаются у 14—53 % больных. При использовании более строгих диагностических критериев частота деменции при болезни Паркинсона составляет 15—25 %. Когнитивные расстройства в виде нарушения скорости, устойчивости и избирательности психических процессов выявляются у всех пациентов. У пожилых лиц указанные особенности психических процессов значительно более выражены, что приводит к вторичным дефектам памяти, праксиса и оптико-пространственной деятельности.

При выраженной церебральной атрофии, как правило, на поздних стадиях заболевания, у пожилых больных наблюдаются не только признаки вторичных корковых дисфункций, обусловленные нарушениями регуляторных факторов (т.е. подкорковыми механизмами), но и проявления первичной дефицитарности корковых функций. Признаки синдрома деменции у таких больных напоминают деменцию альцгеймеровского типа, однако нарушения вербальной памяти, а также запоминания, воспроизведение моторных навыков и выполнение оптико-пространственных задач у дементных больных с болезнью Паркинсона достигают большей тяжести, чем в случае аналогичной тяжести слабоумия при болезни Альцгеймера. Попытки установить с помощью проспективных исследований корреляции между выраженностью моторных нарушений и риском развития когнитивного дефицита привели к выводу о том, что билатеральная представленность моторных нарушений уже на раннем этапе заболевания, а также более высокая степень замедления движений рук являются факторами риска развития в дальнейшем отчетливого мнестико-интеллектуального снижения.

ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ

Лечение болезни Паркинсона комплексное. Ведущей является лекарственная терапия L-ДОФА и содержащими ее препаратами (мадопар, синемет, наком), уменьшающими дефицит дофамина, лежащий в основе двигательных нарушений, а также отчасти — и депрессивных расстройств, когнитивного дефицита и личностных изменений. Поскольку нарушение баланса между дофаминергической и холинергической системами вносит существенный вклад в патогенез основных проявлений болезни Паркинсона, препараты L-ДОФА обычно комбинируют с препаратами антихолинергического действия: мидантаном (амантадин), акинетоном (бипериден), паркопаном, циклодолом и др.

В качестве дополнительной используется общеукрепляющая терапия. Имеются данные об успешном применении бромокриптина, парлодела и других средств, непосредственно стимулирующих дофаминовые рецепторы, а также блокаторов МАО-В оксидазы (селегилин, юмекс, когнити3), которые способствуют повышению уровня дофамина в головном мозге за счет уменьшения его биотрансформации.

Для лечения депрессивных состояний у пациентов с болезнью Паркинсона нередко бывает достаточно назначения препаратов L-ДОФА. Последние могут служить также средством профилактики депрессивных расстройств.

Необходимо помнить о возможности психотических побочных эффектов антипаркинсонических средств: спутанности сознания, делирия, галлюцинозов, психомоторного возбуждения со страхом, гипоманиакальных состояний и т.п. Такие явления чаще всего возникают в первую неделю применения L-ДОФА-содержащих препаратов, но возможны и на поздних этапах терапии. Особенно предрасположены к таким осложнениям больные с психоорганическими расстройствами, поэтому при назначении этих препаратов требуются тщательная оценка психического состояния пациента и постепенное наращивание доз. При возникновении психотических расстройств целесообразно применять наряду с постепенным уменьшением доз (вплоть до полной отмены) антипаркинсонических средств и дезинтоксика-ционной терапией небольшие дозы нейролептиков, избегая назначения препаратов, вызывающих явления паркинсонизма.

На начальных этапах болезни у пожилых больных рекомендуется при комбинированной терапии блокаторами и антиоксидантами, что позволяет добиться стабилизации состояния без назначения L-ДОФА-содержащих средств.

Хирургическое (стереотаксическое) лечение болезни Паркинсона проводят преимущественно у пациентов молодого и среднего возраста.

Лечение больных с нерезко выраженными психическими нарушениями осуществляется в стационарах неврологического профиля. Пациентов с психотическими расстройствами госпитализируют в психиатрический стационар. В случаях болезни Паркинсона больные нуждаются в лечении у невропатолога, а при наличии психотических расстройств — в наблюдении психоневрологического диспансера.

Прогноз в большинстве случаев (за исключением пациентов с синдромом деменции) определяется не психическими нарушениями, а тяжестью неврологических расстройств и прогредиентностью заболевания

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Клинические проявления деменции.

2). Начальные проявления деменции.

3). Заболевания, приводящие к деменции.

4). Лечение, профилактика и организация помощи больным с деменцией.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ

1) хорея Гентингтона

2) болезнь Пика

3) деменция с тельцами Леви

4) энцефалопатия Гайе-Вернике

5) прогрессивный паралич

2. «СТОЯЧИЕ СИМПТОМЫ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) сосудистой деменции

2) прогрессивного паралича

3) болезни Пика

4) гипертиреоза

5) гипотиреоза

3. КРИТЕРИЕМ ДИАТНОСТИКИ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) триада Останкова

2) триада Вальтер-Бюэля

3) синдром Кандинского-Клерамбо

4) Корсаковский синдром

5) синдром Дауна

4. ДЛЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

1) амбивалентность

2) недержание эмоций

3) гипертимия

4) гипербулия

5) отсутствие истощаемости

5. ДЛЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

1) эмоциональная дефицитарность

2) тахипсихизм

3) разорванность мышления

4) мнестические нарушения

5) явления аутизма

6. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПИКА НА РАННИХ ЭТАПАХ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

1. фиксационной амнезии
2. нарушение ориентировки в пространстве
3. отчетливо выявляемых личностных изменений
4. галлюцинаторных расстройств
5. депрессивной симптоматики

7. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ГИПЕРКИНЕЗЫ ПРИ БОЛЕЗНИ

1. Альцгеймера
2. Пика
3. Паркинсона
4. Гентингтона
5. сосудистой деменции

8. ДЕФИЦИТ ДОПАМИНА В ЧЕРНОЙ СУБСТАНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

1. болезни Паркинсона
2. болезни Альцгеймера
3. болезни Пика
4. болезни Гентингтона
5. болезни Крейцфельдта-Якоба

9. ПАРАКЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1. рентген костей черепа
2. биохимический анализ крови
3. исследование ликвора
4. исследование глазного дна
5. нейропсихологическое исследование

10. СИМПТОМ ГРАММОФОННОЙ ПЛАСТИНКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. сосудистой деменции
2. болезни Пика
3. болезни Альцгеймера
4. эпилептического слабоумия
5. болезни Паркинсона

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной 68 лет. Заболевание развивалось постепенно. Стал вялым, потерял интерес к семейным делам. Утратил такт и приличие: будучи в гостях, полез рукой в кастрюлю, пытаясь извлечь кусок мяса. У родных и знакомых таскал всё без разбору (мыло, крупу и т.д.). Не мылся и не брился, отличался непомерной прожорливостью, съедал еду, оставленную для внучки. Почти не разговаривал. На вопросы отвечал или повторением вопроса или «Убегу в Америку».

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. Абулия, апатия, эмоциональная тупость, булимия, мутизм, слабоумие.

2. Тотальная деменция.

3. Болезнь Пика.

4 . Этиология неизвестна.

5. Уход, надзор, симптоматическая терапия.

**Задача №2**

Больной М., слесарь. Заболевание началось исподволь в 45 лет. Стал невнимательным, халатным и безучастным. Раздавал и растерял все нужные инструменты. Не справлялся со своими обязанностями. Был уволен. На увольнение и смерть брата проявлял равнодушие. Целыми днями лежал дома и смотрел в потолок. Иногда во время еды вдруг вставал и начинал ходить «взад-вперёд». Иногда часами напевал одну и ту же мелодию. Был абсолютно равнодушен к окружающему. Речь всё более оскудевала, постепенно превратилась в стереотипно повторяющиеся отрывки одной и той же фразы.

1. Назовите описанный синдром.

2. При каких расстройствах он наблюдается?

3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?

4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. Тотальное слабоумие с эмоциональной тупостью и «стоячими оборотами».

2. Болезнь Пика, опухоль мозга.

3. Компьютерная томография.

4. Обеспечение ухода и надзора.

5. Симптоматическая (главным образом, седативная) терапия.

**Задача№3**

У больного Л. в возрасте 62 лет начал меняться характер: появились капризность, грубость, раздражительность. Позднее стал нелепым и расторможенным, особенно в сексуальном отношении (играл на улице с детьми и бегал за девочками). При госпитализации в психиатрическую больницу был благодушен, суетлив, груб, бестактен. Употреблял одни и те же выражения, без конца повторял одни и те же рассказы, сопровождая их одними и теми же жестами.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. Расторможенность влечений, эмоциональная тупость, слабоумие, «стоячие обороты»

2. Тотальная деменция

3. Болезнь Пика

4. Этиология не известна

5. Симптоматическая терапия

**Задача№4**

Пациенту 25 лет. С 15- летнего возраста изменился в поведении, ранее был спокойным, уравновешенным ребенком, стал расторможенным, грубым, конфликтным в общении. Начал употреблять алкоголь, связался с плохой компанией. Появилась привычка подергивать головой и поворачивать ее вправо. При разговоре неожиданно менялся темп речи, появлялись неадекватные теме беседы высказывания. На замечания не реагирует, не стесняется присутствия старших по возрасту. Память и интеллект не нарушены. При обследовании на КТ выявлено расширение боковых желудочков мозга.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?

**Эталон ответа**

1.Гиперкинезы, асоциальное поведение, личностные изменения, расторможенность влечений, отсутствие контроля.

2. Дементный синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта

4. Выявляется при атрофических процессов головного мозга – болезни Гентингтона.

5. С шизофренией.

**Задача№5**

Пациенту 63 года. Родственники обратили внимание на его изменившееся поведение. Стал бесцеремонным в общении, отпускает сальные шутки, появилась сексуальная расторможенность. Не испытывает стеснения от своего поведения. На замечания не реагирует, отвечает: « Я еще хочу жениться». В браке 40 лет, двое взрослых детей. Взаимоотношения в семье всегда добрые, ссор нет. Ранее ничем не болел, кроме простудных заболеваний.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Немотивированные поступки, личностные изменения, расторможенность влечений, отсутствие контроля.

2. Дементный синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта

4. Выявляется при атрофических процессов головного мозга – болезни Пика.

5. Прогноз неблагоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Знать диагностические критерии деменции.

2). Уметь выявить данные расстройства у больных.

3). Уметь правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Болезнь Альцгеймера.

2) Сосудистые деменции.

3) Старческое слабоумие.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.75. **Тема:** «Сосудистые заболевания головного мозга».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Деменция – это синдром, характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Эти нарушения должны быть выражены настолько, чтобы приводить к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности. Деменция сопровождается изменениями личности или эмоционально–аффективными расстройствами, однако уровень сознания остается неизмененным вплоть до терминальной стадии процесса. Начало большинства заболеваний, приводящих к деменции, обычно незаметное (за исключением посттравматических, постаноксических и постинсультных расстройст3). Ранняя диагностика и лечение подобных состояний позволяет замедлить, а в некоторых случаях и избежать развития деменции.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать и проводить адекватную терапию дементных расстройств.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: Знать диагностические критерии деменции.

Уметь: Уметь выявить данные расстройства у больных.

Владеть: Навыками терапии дементных расстройств

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга — группа патологических состояний, развивающихся вследствие нарушений мозгового кровообращения разной этиологии и патогенеза.

Атеросклероз, гипертоническая болезнь, внутричерепные аневризмы, васкулиты и амилоидоз мозговых сосудов могут вызывать как острые (инсульты, преходящие нарушения, кризы), так и хронические расстройства мозгового кровообращения, что находит отражение в различных по глубине и характеру психических отклонений. Сосудистое поражение головного мозга и обусловленные им психические расстройства могут развиваться в любом возрасте, однако они значительно учащаются во второй половине жизни, достигая пика своего распространения в старости. Психические нарушения церебрально-сосудистого генеза составляют 28,1 % всех случаев психической патологии у лиц старше 60 лет, обращающихся в общую поликлинику, и около 40 % среди лиц старше 74 лет.

В последние годы резко улучшились возможности диагностики сосудистых заболеваний головного мозга. Это произошло благодаря внедрению в клиническую практику прижизненной визуализации (КТ, МРТ, однофотонно-эмиссионной томографии, позитронно-эмиссионной томографии и др.) мозговых структур, позволяющих наблюдать и количественно оценивать структурные, гемодинамические и метаболические изменения в мозге. Все это привело, с одной стороны, к выработке более строгих и четких критериев диагностики сосудистого мозгового процесса, а с другой — к значительному пересмотру подходов, принципов типологии и классификации психических нарушений при сосудистой патологии головного мозга, особенно стойких когнитивных расстройств (деменции).

Современные оценка и подходы к дифференциации психических расстройств, наблюдающихся при сосудистых заболеваниях головного мозга, во многом определяются и новыми подходами к классификации психических заболеваний (МКБ-10) с их преимущественно синдромологическим принципом, а также использованием количественной оценки психопатологических состояний. В силу этого различные психопатологические явления (бредовые, депрессивные, мнестико-интеллектуальные), возникающие при одном и том же сосудистом заболевании головного мозга, нередко оказываются в различных диагностических рубриках. Наиболее определенное положение в МКБ-10 занимает сосудистая деменция. Она отнесена к разделу «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F.0), составляя общую рубрику F01 (от F01.0 до F01.9).

Причинно-следственные соотношения между сосудистыми заболеваниями головного мозга и наблюдающимися при них психическими расстройствами весьма сложны. Во-первых, при наличии несомненных признаков сосудистого поражения головного мозга далеко не всегда возникают нарушения психики. Во-вторых, даже в тех случаях, где эти нарушения развиваются, их связь с сосудистой патологией может иметь довольно различную степень очевидности — от бесспорной до весьма сомнительной. Это в значительной мере обусловлено как характером сосудистого поражения мозга (его выраженностью, остротой, локализацией), так и возможностью одновременного наличия у больных (особенно пожилого и старческого возраст1) другой соматоневрологической патологии (мультиморбидность) и прежде всего такой, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, являющихся «факторами сосудистого риска», а также дегенеративных заболеваний головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и др.). Кроме того, имеют значение и конституционально-генетические особенности больного.

ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Эти расстройства представлены целым рядом клинических вариантов.

Оглушенность возникает во время острых нарушений мозгового кровообращения (инсульты, транзиторные нарушения мозгового кровообращения, гипертонические кризы). Ее глубина и продолжительность являются одним из основных показателей тяжести нарушения мозгового кровообращения.

Спутанность также является типичным психопатологическим признаком острого расстройства мозгового кровообращения. Она наблюдается в 33—50 % случаев ишемического инсульта, в 53—88 % случаев геморрагического инсульта и в 29 % случаев преходящих нарушений мозгового кровообращения. При состоянии спутанности наряду с легкой оглушенностью (обнубиляцией) отмечаются выраженная истощаемость и неустойчивость внимания, фрагментарность мышления, дезориентировка во времени и месте, порой с ложной ориентировкой, ослабление памяти. Часто наблюдаются делириозные и онирические элементы. Спутанность может протекать как на вялоапатическом или благодушно-эйфорическом эмоциональном фоне, так и сопровождаться страхом, тревогой с выраженным двигательным беспокойством. Нередки, особенно у больных старческого возраста, экмнестические элементы, порой с картинами «жизни в прошлом», с имитацией фрагментов из былой профессиональной деятельности или семейно-бытовых сцен («острый старческий делирий» — по С.Г.Жислину,). Типичны флюктуации состояния. Характерно усиление явлений спутанности в ночное время. Степень выраженности спутанности в каждом конкретном случае бывает различной: от легкой, когда больные несколько заторможены или суетливы и при этом растеряны и рассеяны, — до грубой инкогеренции с речевой бессвязностью. В широких пределах колеблется и ее продолжительность — от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев. Такие затяжные состояния подострой спутанности могут ошибочно оцениваться как слабоумие. Состояния спутанности могут быть (особенно в старости) основным клиническим проявлением нарушения мозгового кровообращения (чаще микроинсульта или лакунарного инфаркт1) при рудиментарной неврологической симптоматике.

Предполагается, что в генезе острой спутанности, возникающей при нарушении мозгового кровообращения, имеют значение угнетение функции холинергической системы, а также повышение уровня кортизола, связанные с ишемией мозга. Указывается и на роль локализации инсульта: чаще спутанность наблюдается при инфарктах задней мозговой артерии правого полушария. Спутанность при инсульте является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о большой вероятности летального исхода или развития деменции. Впрочем, появление спутанности у больного старческого возраста с сосудистой патологией мозга далеко не всегда указывает на острое нарушение мозгового кровообращения. Она может быть обусловлена рядом экзогенных факторов (заболеваниями легких, побочным действием лекарственных средств). Наличие выраженных делириозных или онирических компонентов особенно характерно для присутствия токсического фактора. Возможны состояния спутанности как эквиваленты эпилептических припадков при инфарктах базальных отделов височных лобных долей мозга. Поэтому важны не только тщательная психопатологическая дифференциация спутанности у больных с сосудистой патологией головного мозга, но и выяснение ее конкретных причин. Такие термины, как «сосудистая» и тем более «атеросклеротическая» спутанность, употреблять в таких случаях нецелесообразно: они являются устаревшими и не отражают конкретных механизмов развития спутанности у больного сосудистым поражением мозга.

Спутанность, согласно критериям, относится к рубрике F05

«Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами».

Корсаковский синдром следует отграничивать от состояний спутанности, хотя он и связан с ней психопатологическими переходами. Он характеризуется прежде всего резким нарушением памяти на текущие события с явлениями фиксационной амнезии. Возможны конфабуляции, иногда довольно развернутые. В отличие от состояний спутанности появление амнестического синдрома не только более однозначно указывает на развитие у больного острого нарушения мозгового кровообращения, но и на его возможную локализацию — медиально-лобно-височные (гиппокамп) отделы, особенно правого полушария, или таламус. При развитии амнестического синдрома также не следует спешить с постановкой диагноза деменции, так как этот синдром может оказаться в значительной степени обратимым, т.е. представлять собой одну из разновидностей «переходных синдромов».

Этот синдром по МКБ-10 относится к рубрике F04 «Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами».

К более редким синдромам, наблюдающимся у больных с инсультами, относятся эйфорически-псевдопаралитические и апатико-абулические состояния. Возможность значительной редукции переходных органических синдромов, особенно у лиц сравнительно молодого возраста, перенесших геморрагические инсульты в результате разрыва аневризмы, не исключается и через 1—2 года после инсульта. К имеющим локальное значение острым экзогенно-органическим симптомам относятся также различные нарушения схемы тела, анозогнозия.

**Стойкие психические нарушения**

Эти нарушения различны по своим клиническим проявлениям. К ним относятся астенические состояния и психоорганические расстройства.

**Астенические состояния**

Астенические состояния развиваются либо на начальных этапах сосудистого процесса, либо после нарушений мозгового кровообращения и характеризуются психической и физической истощаемостью различной степени выраженности, сочетающейся с жалобами на головную боль, головокружения, нарушения сна, с эмоциональной лабильностью, признаками слабодушия, различными невротическими образованиями (ипохондрическими, фобическими и др.). Характерны также нарушения внимания и в значительной мере связанные с ними преходящие явления мнестической слабости, особенно заметные при утомлении (трудности быстрого воспоминания необходимой информации).

Астенические состояния по отнесены к рубрике F06.6 «Органически эмоционально лабильные (астенические) расстройства».

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В этих случаях речь идет о нерезко выраженных психоорганических расстройствах, возникающих как на фоне медленно прогрессирующего клинически «безинсультного» течения болезни, так и в результате острых нарушений мозгового кровообращения. На долю психоорганического синдрома (не достигающего степени деменции) сосудистого генеза приходится 1/4 случаев психической патологии, выявляемой среди лиц старше 60 лет, обращающихся в общую поликлинику. У одних больных психоорганические расстройства определяются явлениями торпидности с замедленностью психомоторных реакций, легкими дисмнестическими расстройствами, нарушениями внимания и в значительной мере соответствуют критериям «мягкого когнитивного расстройства» (МКБ-10, рубрика F06.7 «Легкое когнитивное расстройство»), у других больше обращают на себя внимание изменения личности с пассивностью и заметным снижением круга интересов то со стойким налетом благодушия, то с повышенной раздражительностью со склонностью к психопатоподобному поведению (по МКБ-10, рубрика F07.0 «Органическое расстройство личности»). У лиц старческого возраста возможны признаки «сенильной психопатизации» с появлением черствости, эгоцентризма, ворчливости, подозрительности. При компьютерно-томографическом обследовании больных с нерезко выраженными психоорганическими расстройствами обычно обнаруживаются негрубые признаки сосудистого поражения головного мозга: лакунарные инфаркты (главным образом в подкорковой области и односторонние), лейкоараиозис, но встречаются случаи и макроинфарктов. Имеются указания на то, что так называемые сосудистые факторы риска — гипертоническая болезнь, патология сердца, сахарный диабет даже без нарушений мозгового кровообращения нередко сопровождаются подпороговыми или субклиническими, т.е. улавливаемыми лишь с помощью экспериментально-психологических методов признаками мнестико-когнитивной недостаточности, которые, однако, могут в значительной степени редуцироваться при соответствующей коррекции этих факторов.

Прогностическое значение нерезко выраженных психоорганических расстройств церебрально-сосудистого генеза не вполне ясно. Они могут переходить в состояния явного слабоумия, хотя, как показывают катамнестические исследования, у многих больных этого не происходит.

Нерезко выраженные психоорганические расстройства сосудистого генеза следует дифференцировать от начальных стадий дегенеративных деменций, прежде всего альцгеймеровского типа, а также от так называемой доброкачественной старческой забывчивости. Диагноз нерезко выраженных органических изменений психики сосудистого генеза ставится при наличии неврологических признаков сосудистого мозгового процесса, указаний в анамнезе на нарушения мозгового кровообращения и на основании данных КТ или МРТ, свидетельствующих о сосудистом поражении мозга. В тех же случаях, когда имеется только комплекс церебрально-сосудистых жалоб, но отсутствуют неврологические или компьютерно-томографические признаки сосудистой мозговой патологии, диагноз сосудистого психоорганического синдрома должен рассматриваться как предположительный.

ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ

Профилактика психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга заключается прежде всего в мероприятиях, направленных на устранение или по крайней мере на смягчение тех факторов риска, которые вызывают эти заболевания. Это прежде всего относится к артериальной гипертензии. Показано, что контроль над артериальной гипертензией в несколько раз уменьшает вероятность развития инсульта и соответственно вероятность появления стойких психоорганических расстройств и деменции. Это справедливо и в отношении других факторов риска — сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, гиперлипидемии. Вместе с тем контроль всех этих факторов очень существен и при развившемся сосудистом поражении головного мозга, в том числе с признаками мнестико-интеллектуальной недостаточности. Удерживание систолического АД на уровне 135-150 мм рт. ст. сопровождается улучшением или стабилизацией показателей интеллектуальных функций у больных мультиинфарктной деменцией, тогда как в аналогичных случаях, если АД не контролируется, эти показатели ухудшаются. Отмечен стабилизирующий эффект ацетилсалициловой кислоты — аспирина (в дозе 325 мг в день в течение 2 лет) — препарата, рекомендуемого для профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения, на состояние мнестико-интеллектуальных функций при сосудистой деменции.

Для лечения собственно мнестико-интеллектуальных расстройств при сосудистом поражении головного мозга в настоящее время широко используются ноотропы — сборная по своему химическому составу и фармакологическим свойствам группа препаратов, механизмы действия которых остаются во многих отношениях неясными. К ним относятся пирацетам (ноотропил), пиритинол (энцефабол, пиридитол), акатинол, амиридин. Применяется также церебролизин. Все эти препараты рекомендуется использовать при легкой и средней тяжести слабоумия в больших дозах и в течение достаточно продолжительного времени (4—6 мес). Их нецелесообразно применять при острых психотических состояниях, психомоторном возбуждении, выраженной тревожной депрессии.

Лечение спутанности при сосудистых заболеваниях головного мозга требует прежде всего тщательного соматического обследования больных для исключения сопутствующих соматических заболеваний (пневмонии, инфаркта миокарда, декомпенсации сердечной деятельности и др.), контроля за деятельностью кишечника (очистительные клизмы). Если спутанность не сопровождается психотическими элементами (бредом, галлюцинациями) и заметным психомоторным возбуждением, нарушениями сна, то нет необходимости использовать психотропные средства. Если же эти явления присутствуют, то целесообразно использование нейролептиков мягкого действия (дипипирон, сонапакс, геминеврин). Возможно и применение галоперидола в небольших дозах (до 3 мг в каплях). При выраженных нарушениях сна и стабильном АД допустимо применение лепонекса в малых дозах (12,5 мг). При упорном психомоторном возбуждении показано применение финлепсина (до 200-400 мг). Следует избегать назначения транквилизаторов. Показано их однократное введение при состояниях выраженного страха.

При острых бредовых психозах проводится лечение галоперидолом с добавлением (при интенсивном страхе, психомоторном возбуждении) аминазина. Хронические бредовые психозы лечат небольшими дозами галоперидола, сонапакса (до 70 мг).

При лечении депрессий следует избегать трициклических антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин), а также лудиамина из-за высокого риска развития спутанности, аритмии, гипотензии. В этих случаях предпочтительнее миансан (миансерин), нортриптелин, а также ингибиторы обратного захвата серотонина (сертрален, циталопран).

Большая часть психических нарушений при сосудистой патологии головного мозга (астенические состояния, неглубокие деменции, субдепрессии) лечатся амбулаторно психиатрами или неврологами. Стационарному лечению подлежат больные со спутанностью, бредовыми психозами. Оптимальными вариантами являются психосоматические и геронтопсихиатрические отделения больниц.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Клинические проявления деменции.

2). Начальные проявления деменции.

3). Заболевания, приводящие к деменции.

4). Лечение, профилактика и организация помощи больным с деменцией.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ДЛЯ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНО

1) сензитивность

2) слабодушие

3) лабильность эмоций

4) эксплозивность

5) апатия

2. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1) шизофрении

2) сосудистых заболеваниях головного мозга

3) неврастении

4) психопатии

5) психосоматических заболеваниях

3. ЛАКУНАРНОЕ СЛАБОУМИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С

1) болезнью Пика

2) сосудистой деменцией

3) прогрессивным параличом

4) хореей Гентингтона

5) болезнью Адиссона

4. ДЛЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНО

1) утрата критики

2) утренние головные боли

3) мерцание симптомов

4) выраженная галлюцинаторная симптоматика

5) гиперсомния

5. ЗАОСТРЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ БЕЗ РАЗРУШЕНИЯ «ЯДРА ЛИЧНОСТИ» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) сосудистой деменции

2) болезни Пика

3) болезни Альцгеймера

4) шизофрении

5) олигофрении

6. ВОЛНООБРАЗНЫЙ, «МЕРЦАЮЩИЙ» ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ОБЩЕГО НАРАСТАНИЯ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) сосудистой деменции

2) болезни Пика

3) болезни Альцгеймера

4) шизофрении

5) олигофрении

7. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1) шизофрении

2) сосудистых заболеваниях головного мозга

3) неврастении

4) психопатии

5) аффективных психозах

8. В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА НАБЛЮДАЮТСЯ

1) головные боли

2) утомляемость

3) раздражительность

4) депрессивные расстройства

5) ипохондрический синдром

9. ГЛАВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) атрофические процессы в головном мозгу

2) отдаленные последствия тяжелой черепно-мозговой травмы

3) эпилептическая болезнь

4) атеросклероз церебральных сосудов

5) мнеингоэнцефалит

10. К ПРЕХОДЯЩИМ ПСИХИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ:

1) спутанность

2) коматозные состояния

3) сумеречные расстройства сознания

4) бредовые идеи

5) ступор

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Женщина 55 лет, бухгалтер, длительно страдающая сахарным диабетом и хроническим холециститом, через год после смерти мужа обратилась к врачу с жалобами на быструю утомляемость, резкое ухудшение памяти, головокружение, профессиональную несостоятельность, эмоциональную лабильность.

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

3. С чем дифференцировать?

4. Каков прогноз расстройства?

5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Синдром неврозоподобный. Симптомы: астения, гипомнезия.

2. Церебральный атеросклероз.

3. Расстройство адаптации.

4. Сомнительный.

5. Вазобрал, актовегин, пиразидол, психотерапия.

**Задача №2**

Больной 55 лет за последние годы стал придирчив, жаден, часто пересчитывает деньги. Жалуется на быструю утомляемость и снижение памяти. Стал сентиментален и плаксив.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

**Эталон ответа**

1. Личностные изменеиия, гтпомнезия, слабодушие, астения

2. Психопатоподобный, астенический, дисмнестический

3. Церебральный атеросклероз

4. Наследственные, ситуационные, особенности питания

5. Сосудистые препараты, рациональная диета, психотерапия

**Задача№3**

Пациентка 60 лет, с 45-летнего возраста страдает гипертонической болезнью, регулярно принимает гипотензивную терапию. Артериальное давление контролируется не всегда. Дважды отмечались эпизоды подъема АД до 210/115, в это время появлялось обморочное состояние, тошнота, сильная головная боль, неотчетливо воспринимала окружающее. В последующем появилась плаксивость, раздражительность. Стала забывать выключать свет, электроплиту. Речь несколько дизартрична, тремор пальцев рук, сглаженность носогубной складки слева, девиация языка вправо.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Нарастающие расстройства памяти и внимания, эмоциональная лабильность, эксплозивность, неврологические знаки.

2. Психоорганический синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта.

4. Сосудистая деменция.

5. Возможна стабилизация патологического процесса при адекватной терапии.

**Задача№4**

Пациент 72 лет, много лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Не всегда регулярно принимает лекарства и соблюдает диету. Отмечаются подъемы сахара крови до 10-12 единиц. Родственники отмечают у него изменения характера – стал медлительным, равнодушным к семейным проблемам, скупым. Иногда путает текущую дату, но с привычными домашними делами справляется, ходит за продуктами в магазин. При неврологическом обследовании выявляется легкое нарушение координации, слабость конвергенции слева, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1. Умеренно выраженные расстройства памяти и внимания, эмоциональное равнодушие, изменение личностных черт, неврологические знаки.

2. Психоорганический синдром.

3. Сфера памяти и интеллекта.

4. Мягкое когнитивное расстройство.

5. С учетом возраста и клиники – благоприятный.

**Задача№5**

Пациентке 65лет. Предъявляет жалобы на раздражительность, плаксивость - «раньше так не было», повышенную утомляемость, невнимательность. Стали беспокоить головная боль, поверхностный сон, ухудшение памяти – завела записную книжку с планами дел. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью. Четко выполняет все рекомендации, регулярно контролирует АД. Трижды отмечались гипертонические кризы, вызывала скорую помощь. Выявляется умеренная рассеянная неврологическая симптоматика.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Для расстройства какой сферы психической деятельности характерен?

4. Для каких заболеваний характерна данная патология?

5. Какой прогноз?

**Эталон ответа**

1.Легкие расстройства памяти и внимания, эмоциональное лабильность, нарушение сна, сохранная критика, неврологические знаки.

2. Астеническое синдром на фоне сосудистого процесса .

3. Сфера памяти и интеллекта.

4. Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство.

5. С учетом возраста и клиники – благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Знать диагностические критерии деменции.

2). Уметь выявить данные расстройства у больных.

3). Уметь правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Болезнь Альцгеймера.

2) Сосудистые деменции.

3) Старческое слабоумие.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.76. **Тема:** «Сосудистая деменция. Эндоформные психические расстройства».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Психические заболевания являются одной из важнейших медико-социальных проблем современности. Любое соматическое заболевание, острое или хроническое, в той или иной степени оказывает влияние на психическую деятельность. С этой точки зрения, при всяком соматическом заболевании могут возникать психические расстройства различной интенсивности, в некоторых случаях достигающие степени выраженного психоза.Они по своей клинической картине неоднородны и выражаются в различных психопатологических синдромах и могут развиваться на различных этапах течения соматического заболевания. К психическим расстройствам при сосудистых заболеваниях относятся состояния, которые развиваются вследствие нарушений мозгового кровообращения разной этиологии и патогенеза.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с сосудистой патологией головного мозга в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики психических нарушений, связанных с сосудистой патологией головного мозга.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с психическими нарушениями, связанных с сосудистой патологией головного мозга, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с психическими расстройствами, связанных с сосудистой патологией головного мозга; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при сосудистой деменции |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств, связанных с сосудистой патологией головного мозга  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Сосудистая деменция».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Сосудистая деменция** (сосудистое слабоумие) – это прогрессирующее нарушение когнитивных функций, которое вызвано сосудистой патологией головного мозга различной степени тяжести и приводит к нарушению социальной адаптации.

В МКБ -10 сосудистая деменция представлена в рубрике F0 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» подрубриками:

F01. Сосудистая деменция

F01.0 Сосудистая деменция с острым началом

F01.1 Мультиинфарктная деменция

F01.2 Подкорковая сосудистая деменция

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F01.4 Другая сосудистая деменция

F01.5 Сосудистая деменция неуточненная.

***Клиническая картина.***

Наряду с мнестико-интеллектуальными расстройствами, характеризующимися ослаблением памяти на прошлые и текущие события и снижением уровня суждений, для большинства больных сосудистой деменцией характерны наличие астенического фона, замедленности, ригидности психических процессов и их лабильность. Последняя проявляется как продолжительными периодами углубления (декомпенсации) или, напротив, ослабления (компенсации) признаков деменции — макроколебаниями, так и кратковременными флюктуациями состояния мнестико-интеллектуальных функций — микроколебаниями, во многом обусловленными повышенной их истощаемостью. Более чем у 50 % больных сосу- диетой деменцией наблюдается эмоциональное недержание (слабодушие, насильственный плач). Сосудистой деменции присущи длительные периоды стабилизации и даже известного обратного развития мнестико-интеллектуальных нарушений, и поэтому степень ее выраженности нередко колеблется весьма значительно в ту или иную сторону. Все эти особенности отражают доминирование дисфункции подкорковой области в большинстве случаев сосудистой деменции, на что указывают как данные нейропсихологических, так и клинико-томографических исследований. Кроме того, в подобных случаях имеют значение колебания в состоянии регионального мозгового кровотока.

Сосудистое слабоумие редко достигает степени глубокого тотального распада психики, характерного для конечных стадий таких дегенеративных деменции, как болезни Альцгеймера или Пика. Своеобразие клинической картины сосудистой деменции проявляется и в сочетании ее с другими психопатологическими и неврологическими расстройствами (такими, как спутанность, нарушения высших корковых функций, очаговые неврологические симптомы, эпилептические припадки). Если при болезни Альцгеймера отчетливые неврологические симптомы (псевдобульбарные, неконтролируемость тазовых функций, паркинсонические расстройства, эпилептические припадки) более характерны для поздних, «конечных стадий» болезни, то подобные проявления при сосудистой форме деменции возможны на любом этапе заболевания, начиная с самых ранних (адементных) ее этапов. Вместе с тем такие симптомы нарушения высших корковых функций, как афазия, апраксия, агнозия, реже сочетаются в отличие от болезни Альцгеймера с мнестико-интеллектуальными нарушениями. Имеются и отличия в возникающих при той и другой основных разновидностях деменции позднего возраста состояниях спутанности. Спутанность при сосудистой форме деменции в большей мере характеризуется наличием элементов расстроенного сознания со спонтанностью их возникновения и довольно четкой их демаркацией от собственно проявлений деменции, на фоне которых она возникает. Спутанность при болезни Альцгеймера (если она не возникает в результате дополнительных экзогенных воздействий) чаще всего представляет собой как бы усиление основных проявлений деменции, нередко под влиянием ситуационных факторов.

Клинические проявления сосудистой деменции отличаются исключительным многообразием. Наряду с клиническими картинами, характерными для сосудистого поражения мозга, встречаются малоспецифические варианты, но также и случаи, симптоматика которых скорее имитирует иные (не сосудистые) формы деменции. Столь широкая вариабельность клинических проявлений сосудистой формы слабоумия объясняется, с одной стороны, различной локализацией поражения головного мозга, а с другой — различиями в особенностях формирования деменции. Примерно в 40 % случаев слабоумие возникает непосредственно после инсультов (постинсультная деменция в узком смысле слова, или инсультный тип течения), у 1/3 больных оно волнообразно нарастает, обычно в связи с преходящими нарушениями мозгового кровообращения при отсутствии явных клинических признаков инсульта (безынсультный тип течения), наконец в 1/4 случаев слабоумие появляется и прогрессирует в условиях сочетания инсультного и безынсультного типов течения болезни. В старческом возрасте иногда наблюдается медленное нарастание деменции при отсутствии клинических признаков сосудистого заболевания мозга. При этом происходит диффузное поражение мелких сосудов мозга с множественными корковыми и подкорковыми микроинфарктами.

В зависимости от выступающих на первый план в структуре деменции тех или иных черт мнестико-интеллектуального снижения, а также других клинических особенностей различают следующие синдромальные разновидности сосудистой формы слабоумия:

* дисмнестическое,
* амнестическое,
* псевдопаралитическое и
* асемическое.

*Дисмнестическое слабоумие* составляет до 2/3случаев сосудистой деменции. Такая форма сосудистой деменции ранее обозначалась как «лакунарная». Использование этого термина нецелесообразно не только из-за относительности понятия лакунарности по отношению к деменции, но и потому, что термин «лакунарная сосудистая деменция» применяется в настоящее время не в психопатологическом, а патогенетическом смысле, а именно в случаях деменции, развивающейся вследствие множественных лакунарных инфарктов. Его клинико-психопатологические особенности в наибольшей степени отражают черты, присущие сосудистой форме деменции, и более всего соответствуют классическому понятию «атеросклеротическая деменция». Это обычно не достигающее значительной глубины мнестико-интеллектуальное снижение с ослаблением памяти на прошлые и текущие события, снижение уровня суждений, нерезко выраженная амнестическая афазия, замедленность психомоторных реакций, лабильность клинических проявлений при относительной сохранности критики. В качестве вариантов дисмнестического слабоумия целесообразно различать *общеорганический,* при котором отмеченные признаки выражены довольно равномерно, и *торпидный* — с выступающей на первый план замедленностью психических процессов.

*Амнестическое слабоумие,* встречающееся примерно в 15 % случаев сосудистой формы деменции, характеризуется выраженным ослаблением памяти на текущие события, которое порой может достигать степени корсаковского синдрома. Снижение памяти на прошлые события обычно не столь заметно. Типична разной степени выраженности дезориентировка во времени и месте. Конфабуляции, если и наблюдаются, то лишь отрывочные и эпизодические. Больные обычно пассивны. Эмоциональный фон чаще всего определяется преобладанием благодушного настроения.

*Псевдопаралитическое слабоумие* составляет около 10 % наблюдений сосудистой формы деменции. На первый план при нем выступает монотонно-благодушный фон настроения с заметным снижением критических возможностей при относительно нерезких мнестических нарушениях. Данный вариант слабоумия возникает при локализации ишемических макроочагов в лобных отделах мозга, в правом полушарии, также при множественных лакунарных инфарктах в подкорковой области, распространяющихся на белое вещество лобной доли.

*Асемическое слабоумие* встречается сравнительно редко. Оно отличается наличием выраженных расстройств высших корковых функций, прежде всего афазии, и напоминает по стереотипу своего развития картину болезни Альцгеймера или Пика. Деменция развивается медленно, с постепенным нарастанием афазии и мнестико-интеллектуальных нарушений или аспонтанности, эмоциональной тупости. Этот тип слабоумия развивается при клинически безынсультном течении сосудистого процесса с возникновением ишемических очагов в височно-теменно-затылочных отделах левого полушария (в частности, с вовлечением ангулярной извилины) или в лобной доле, по-видимому, в результате повторных мелких эмболии соответствующих артериальных ветвей.

В зависимости от преобладания тех или иных патогенетических, а также этиологических факторов выделяют следующие виды сосудистой деменции:

*Мультиинфарктная деменция.* Она обусловлена большими или средней величины множественными инфарктами, преимущественно корковыми, и возникающими в основном в результате тромбоэмболии крупных сосудов. Описаны семейные случаи заболевания.

*Деменция, обусловленная единичными инфарктами.* Такая форма слабоумия развивается вследствие небольших одиночных инфарктов таких корковых и подкорковых областей, как угловая извилина, лобные, височная (гиппокамп), теменные доли, таламус (билатерально).

*Энцефалопатия Бинсвангера (подкорковая атеросклеротическая энцефалопатия).* Данное обозначение энцефалопатии Бинсвангера не вполне точно, поскольку при ней поражение сосудов мозга чаще определяется не столько атеросклерозом, сколько гиалинозом. Относится к микроангиопатическим деменциям. Впервые описана O. Binswanger в 1894 г., выделившим ее как разновидность сосудистого слабоумия с преимущественным поражением белого подкоркового вещества. Сосудистая природа заболевания доказана A. Alzheimer на основании гистологического изучения мозга. Он предложил называть эту патологию болезнью Бинсвангера. Патологические изменения мозга при энцефалопатии Бинсвангера включают обширную диффузную или пятнистую демиелинизацию семиовального центра, исключая U-волокна; астроцитарный глиоз, микрокисты (лакунарные инфаркты) в подкорковом белом и сером веществе. Возможны единичные корковые инфаркты. Характерны выраженное истончение, склероз и гиалиноз мелких мозговых сосудов, питающих подкорковую область, расширение периваскулярных пространств (etat crible — «статус криброзус»). До введения методов нейровизуализации энцефалопатия Бинсвангера диагностировалась почти исключительно посмертно и считалась редкой болезненной формой. Компьютерная и особенно ядерно-резонансная томография, визуализирующие белое подкорковое вещество головного мозга и его патологию, позволили диагностировать эту форму прижизненно. При КТ и МРТ характерные для энцефалопатии изменения белого подкоркового вещества обнаруживаются в виде лейкоараиозиса, нередко в сочетании с лакунарными инфарктами. Оказалось, что энцефалопатия Бинсвангера встречается довольно часто. По данным клинико-компьютерно-томографического исследования, она составляет около 1/3 всех случаев сосудистой деменции. Факторами риска развития энцефалопатии Бинсвангера является прежде всего стойкая артериальная гипертензия, которая отмечается у 75-90% больных с этой патологией. У лиц старческого возраста таким фактором может быть и артериальная гипотензия. Описаны также семейные случаи заболевания с началом до 40 лет, без артериальной гипертензии. Более чем в 80% случаев болезнь дебютирует в возрастном промежутке от 50 до 70 лет. Она развивается чаще всего исподволь. Характерны повторные преходящие нарушения мозгового кровообращения, а также «малые инсульты» (с обратимыми гемипарезами, чисто моторными гемисимптомами, неравномерностью рефлексов, акинезами). Возникают такие стойкие неврологические расстройства, как явления паркинсонизма, «магнитная походка». Нередки выраженное эмоциональное недержание вплоть до насильственного плача и смеха, дизартрия, нарушения контроля мочеиспускания. Признаки мнестико-интеллектуального снижения почти в 2/3 случаев появляются уже в начале болезни.

Картина слабоумия значительно варьирует как по степени тяжести, так и по особенностям симптоматики. За исключением асемического, наблюдаются практически те же самые синдромальные варианты деменции, что и при сосудистом слабоумии: дисмнестическое (торпидный и общеорганический варианты), амнестическое и псевдопаралитическое. При этом часты в той или иной степени выраженные явления аспонтанности, эйфории. Вместе с тем нейропсихологический анализ деменции указывает на доминирование признаков подкорковой и лобной дисфункции, представленных в различных пропорциях: при более легкой деменции преобладают признаки подкорковой дисфункции, при более тяжелой — лобной. Описаны также случаи с эпилептическими припадками. В целом для энцефалопатии Бинсвангера характерно неуклонно-прогредиентное течение, но возможны и периоды длительной стабилизации. Причинами слабоумия в этих случаях считается наличие «disconnection-syndrome», т. е. разобщение корково-подкорковых связей, наступающее в результате поражения подкоркового белого вещества, а также дисфункция базальных ганглиев и таламуса.

Энцефалопатию Бинсвангера следует дифференцировать от нормотензивной гидроцефалии, которая проявляется сходными клиническими (триадой Хаким-Адамса: деменцией лобно-подкоркового типа, нарушениями походки и недержанием мочи) и компьютерно-томографическими признаками (расширение боковых желудочков, лейкоараиозис). Решающими в диагностике нормотензивной гидроцефалии являются результаты цистернографии. При последней обнаруживается накопление контрастного вещества в желудочках при значительном замедлении скорости его выведения и отсутствии или незначительном попадании в область наружной поверхности больших полушарий мозга.

*Церебральная амилоидная ангиопатия.* Довольно редкое, но все более привлекающее к себе внимание сосудистое заболевание, характеризующееся первичным амилоидозом мозга с накоплением конгофильного протеина в стенках мозговых артерий. Возникает главным образом у лиц старше 60 лет (50% случаев приходится на возраст после 70 лет), хотя описаны и юношеские формы. Различают геморрагический тип, сопровождающийся множественными рецидивирующими лобарными кровоизлияниями; дементно-геморрагический тип, при котором множественные лобарные кровоизлияния сочетаются с атипичными проявлениями деменции альцгеймеровского типа, и дементный тип с постепенным развитием слабоумия, которое может быть единственным клиническим признаком заболевания. При последнем обнаруживается ишемическое поражение белого подкоркового вещества мозга, в известной мере сходное с тем, которое свойственно энцефалопатии Бинсвангера. При КТ мозга в этих случаях выявляется феномен лейкоараиозиса, поэтому дементный тип амилоидной ангиопатии следует дифференцировать от энцефалопатии Бинсвангера.

*Мозговые васкулиты.* Это группа «аутоиммунных васкулитов», к которым относятся панартериит, системная красная волчанка, «височный артериит». Возможно изолированное поражение головного мозга, особенно в возрасте 50-80 лет, с явлениями спутанности и деменции, вариабельной по своим проявлениям. Для точной диагностики требуется ангиография.

*Субарахноидальные кровоизлияния (спонтанные).* Чаще всего обусловлены разрывом артериальных (мешотчатых) аневризм. Деменция может развиться в результате деструкции мозгового вещества при геморрагии (субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние), а также вследствие его ишемической деструкции, обусловленной спазмом крупных артериальных ветвей. Особенно часто (до 40 % случаев) деменция возникает после разрыва аневризм передней мозговой (соединительной) артерии. Могут наблюдаться все основные синдромальные разновидности сосудистой деменции за исключением асемической.

***Эндоформные психические расстройства***

В эту группу входят психические нарушения, клинико-психопатологические проявления которых сходны с симптомами «эндогенных психических заболеваний» — шизофрении, бредовых психозов, аффективных расстройств. Генез этих нарушений не может быть объяснен только сосудистым поражением мозга. Сосудистый фактор играет лишь частичную и не всегда убедительно доказуемую роль в их развитии, а нередко лишь предположительную и обычно в комплексе с другими факторами, к важнейшим из которых относятся конституционально-генетические. Кроме того, сам фактор сосудистого поражения мозга оказывается в этих случаях весьма многозначным и включает в себя разные составляющие: структурно-органические и функционально-гемодинамические изменения мозга, неврологический дефект, изменения когнитивной сферы, реагирование личности на возможные многообразные последствия (физические, психологические, социальные) сосудистого заболевания мозга. Именно в качестве потенциально многообразного стрессорного воздействия фактор сосудистого поражения мозга может рассматриваться как условно- и неспецифически-патогенное звено в случаях развития при нем эндоформных психических нарушений.

Как и при любых других «психозах на соматической основе» основным критерием эндоформных психозов у больных с сосудистым заболеванием мозга является наличие связи их развития, течения и исхода с динамикой сосудистого поражения мозга. Нужно, однако, отметить, что полного параллелизма между клинической картиной эндоформного психоза, с одной стороны, и особенностями сосудисто-мозгового процесса, с другой, как правило, не наблюдается. Вместе с тем при диагностике эндоформного психоза должны выявляться патогенетические звенья между различными сторонами сосудистого поражения мозга и клиническими проявлениями психоза, что не сводится к констатации лишь провоцирующей роли сосудистого заболевания. Эндоформные психозы могут возникать как при преходящих нарушениях мозгового кровообращения, так и в связи с инсультами.

Различают бредовые психозы, депрессии и другие эндоформные расстройства.

*Бредовые психозы.* Острые и подострые сосудистые (постинсультные) бредовые психозы развиваются непосредственно после инсульта и продолжаются от нескольких часов до нескольких дней. Они характеризуются выраженным аффектом страха с иллюзорно-бредовым восприятием окружающей обстановки как несущей угрозу больному. Обычно отмечаются элементы спутанности. Состояние отличается значительной лабильностью. Оно усиливается или провоцируется попаданием больного в незнакомую обстановку (больницу). По миновании бреда характерна по крайней мере частичная его амнезия. В целом эти бредовые психозы имеют сходство с острыми параноидами («реакциями измененной почвы»).

Протрагированные и хронические бредовые психозы определяются преимущественно паранойяльным малосистематизированным бредом ревности, ущерба, отравления. Они могут возникать как на фоне постепенно прогрессирующего психоорганического синдрома при клинически безынсультном течении болезни, так и на фоне постинсультных психоорганических расстройств. Развитие этих психозов возможно по механизмам резидуального бреда, содержанием которого являются воспоминания о пережитых в постинсультном делирии сценах воровства или грабежа в квартире (резидуальный бред ущерба) или о супружеской неверности (резидуальный бред ревности). Протрагированные и хронические формы бреда обычно развиваются у лиц с гипопараноическим или шизоидным складом, который может заостряться перед развитием бреда. Возможны более редкие психозы в виде зрительных галлюцинозов с конфабуляторным компонентом. Например, больная с клинически безынсультной сосудистой формой деменции (ишемические очаги в височно-теменно-затылочной области правой гемисферы) в течение нескольких месяцев «видела маленьких медвежат и негритят» вокруг дома и в квартире, мысленно и вслух общалась с ними и рассказывала о них различные вымышленные истории.

В случаях с более сложными по структуре бредовыми расстройствами (с явлениями вербального истинного и псевдогаллюциноза, бреда воздействия, развернутых картин параноида жилья с обонятельным или слуховым галлюцинозом) у больных с сосудистым поражением головного мозга обычно отмечается сочетание психозов иной природы (шизофренических или бредовых). Вместе с тем при таких психозах сосудистый мозговой процесс, несомненно, может играть роль провоцирующего или патопластического фактора. Например, после инсульта может возникать бред физического воздействия у больных с афазией и явлениями световой и звуковой гиперестезии, которая вместе с нарушениями речевой коммуникации становится своего рода физикальной основой для развития этого бреда.

*Депрессии.* Несмотря на то что депрессивные состояния, как правило, не достигающие значительной глубины, весьма часто наблюдаются у больных с сосудистым поражением головного мозга, они не могут быть однозначно объяснены лишь самим этим поражением, поскольку выступают с комплексом психогенных факторов, обычно находящих отражение в структуре депрессии, и поэтому не могут рассматриваться только как «органические» или «соматогенные» депрессии. Среди депрессивных расстройств у больных с сосудистой патологией головного мозга к собственно «сосудистым» депрессиям более всего приближаются гипотимические состояния (различной степени выраженности), возникающие у лиц, перенесших инсульт. Частота таких постинсультных депрессий составляет от 25 до 60 %. Они могут возникать в различные сроки после перенесенного инсульта и в соответствии с этим коррелировать с различными патогенетическими факторами: ранние депрессии, развивающиеся в первые 3 мес. после инсульта, чаще коррелируют с поражением левой гемисферы и с нарушениями речи; поздние депрессии (срок развития после 2 лет) — с поражением правого полушария и мозговой атрофией. Развитие же депрессий в сроки между 3 мес. и 2 годами после инсульта совпадает с повышенной частотой психогенных факторов (неблагоприятные внутрисемейные отношения). Постинсультная депрессия является фактором, ухудшающим прогноз: у лиц с такой депрессией отмечается более высокая смертность, чем у лиц без нее.

*Другие психозы.* Описаны случаи кататоноподобных психозов у больных с субарахноидальными кровоизлияниями вследствие разрыва артериальных и артериовенозных аневризм, при маниакальном и биполярном аффективных расстройствах, развившихся после инсульта правой гемисферы.

***Лечение, профилактика***

Цель терапевтических мероприятий при лечении сосудистой деменции – это оптимизация кровообращения головного мозга и улучшение трофики нейронов, что способствует улучшению когнитивных функций. Для улучшения мозгового кровообращения назначают такие препараты как: циннаризин, актовегин, церебролизин, номодипин, препараты с экстрактом листьев Гинкго билоба.

Для улучшения когнитивных функций используют препараты воздействующие на нейротрансмиттерные системы: холиномиметики ( ривастигмин, галантамин, донепезил) и нормализаторы функционирования глутаматергической системы ( мемантин ).

Для купирования спутанности сознания назначают небольшие дозы галоперидола, хлропротексена, рисперидона. При лечении депрессивных расстройств используются антидепрессанты, бредовые и галлюцинаторные расстройства при сосудистой деменции предполагают включение в схему лечения нейролептиков.

Профилактика психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга заключается прежде всего в мероприятиях, направленных на устранение или по крайней мере на смягчение тех факторов риска, которые вызывают эти заболевания. Это прежде всего относится к артериальной гипертензии. Показано, что контроль над артериальной гипертензией в несколько раз уменьшает вероятность развития инсульта и соответственно вероятность появления стойких психоорганических расстройств и деменции. Это справедливо и в отношении других факторов риска — сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, гиперлипидемии. Вместе с тем контроль всех этих факторов очень существен и при развившемся сосудистом поражении головного мозга, в том числе с признаками мнестико-интеллектуальной недостаточности. Согласно данным J. S. Meyer и соавт., удерживание систолического АД на уровне 135—150 мм рт. ст. сопровождается улучшением или стабилизацией показателей интеллектуальных функций у больных мультиинфарктной деменцией, тогда как в аналогичных случаях, если АД не контролируется, эти показатели ухудшаются. Отмечен стабилизирующий эффект ацетилсалициловой кислоты — аспирина (в дозе 325 мг в день в течение 2 лет) — препарата, рекомендуемого для профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения, на состояние мнестико-интеллектуальных функций при сосудистой деменции.

Для лечения собственно мнестико-интеллектуальных расстройств при сосудистом поражении головного мозга в настоящее время широко используются ноотропы — сборная по своему химическому составу и фармакологическим свойствам группа препаратов, механизмы действия которых остаются во многих отношениях неясными. К ним относятся пирацетам (ноотропил), пиритинол (энцефабол, пиридитол), акатинол, амиридин. Применяется также церебролизин. Все эти препараты рекомендуется использовать при легкой и средней тяжести слабоумия в больших дозах и в течение достаточно продолжительного времени (4—6 мес). Их нецелесообразно применять при острых психотических состояниях, психомоторном возбуждении, выраженной тревожной депрессии.

При лечении депрессий следует избегать трициклических антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин), а также лудиомила из-за высокого риска развития спутанности, аритмии, гипотензии В этих случаях предпочтительнее миансан (миансерин), нортриптилин, а также ингибиторы обратного захвата серотонина (сертралин, циталопрам).

Большая часть психических нарушений при сосудистой патологии головного мозга (астенические состояния, неглубокие деменции, субдепрессии) лечатся амбулаторно психиатрами или неврологами. Стационарному лечению подлежат больные со спутанностью, бредовыми психозами. Оптимальными вариантами являются психосоматические и геронтопсихиатрические отделения больниц.

В связи с большим диапазоном клинических проявлений вопросы трудовой и судебной экспертизы решаются индивидуально.

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение сосудистой деменции.

2). Дайте определение эндоформных психических расстройств.

3). Назовите синдромальные разновидности сосудистой формы слабоумия.

4). Дайте характеристику псевдопаралитического слабоумия.

5). Перечислите формы оказания помощи больным с сосудистой деменцией.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ВЫРАЖЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) биполярного аффективного расстройства

2) психопатий

3) органического поражения головного мозга с психическими нарушениями

4) неврозов

5) шизофрении

2. ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

1) маниакальный

2) делириозный

3) астенический

4) Корсакова

5) обсессивный

3. СЛАБОДУШИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) шизофрении

2) алкогольных психозов

3) умственной отсталости

4) сосудистых заболеваний головного мозга

5) психопатий

4. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) бредовыми идеями

2) нарушением сознания

3) галлюцинациями

4) мнестическими нарушениями

5) резонерством

5. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) бредовыми идеями

2) нарушением сознания

3) галлюцинациями

4) интеллектуальным снижением

5) резонерством

6. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) бредовыми идеями

2) нарушением сознания

3) галлюцинациями

4) недержанием аффекта

5) резонерством

7. НАРАСТАЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

1) реактивных психозах

2) шизофрении

3) биполярном аффективном расстройстве

4) расстройствах личности

5) органической патологии головного мозга

8. ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ ХАРАКТЕРНО

1) неуклонное прогрессирование

2) волнообразный характер прогрессирования

3) быстрое наступление стационарного состояния

4) отсутствие компенсаторных возможностей

5) отсутствие динамики процесса

9. В РЕЗУЛЬТАТЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВОЗНИКАЕТ

1) тотальное слабоумие

2) лакунарное слабоумие

3) концентрическое слабоумие

4) шизофреническое слабоумие

5) гипертоническое слабоумие

10. ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЛАКУНАРНОГО СЛАБОУМИЯ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ

1) прогрессивный паралич

2) опухоли лобных долей головного мозга

3) болезнь Пика

4) болезнь Альцгеймера

5) безинсультное течение атеросклероза головного мозга

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной 60 лет, инженер. На протяжении последних лет «забывчив», выражено снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие.   
Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры – «чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к врачам за помощью по поводу снижения памяти и сообразительности, плакал. При посещении врачей был вежливым,   
приветливым.

1. Перечислите симптомы.

1. Квалифицируйте состояние.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипомнезия, снижение сообразительности, эмоциональная лабильность, астения.

2. Лакунарная деменция.

3. Сосудистая патология головного мозга.

4. Терапия основного соматического заболевания, нейротропные препараты .

5. Относительно благоприятный.

**Задача №2**

Больной 76 лет, плотник. Последние 3 года родственники замечают, что он стал забывать цифры, имена, даты. Прячет свой инструмент и забывает куда положил его. Раньше был «смекалистым», а теперь дает нелепые советы. С трудом вспоминает имена своих детей, жены, с которой прожил 50 лет.По характеру стал ворчливым, эгоистичным, подозрительным. Не может смотреть сентиментальные фильмы – сразу плачет. Данным обстоятельством тяготится, считает, что с памятью у него «серьезные проблемы». Просит помощи. Наблюдается у участкового терапевта по поводу гипертонической болезни.

1. Перечислите симптомы.

1. Квалифицируйте состояние.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипомнезия, снижение сообразительности, эмоциональная лабильность, изменение характера.

2. Лакунарная деменция.

3. Сосудистая патология головного мозга.

4. Терапия основного соматического заболевания, нейротропные препараты .

5. Относительно благоприятный.

**Задача №3**

Больной, 67 лет, преподаватель университета. Обратился к участковому врачу с жалобами на значительное ухудшение памяти, невозможность сдерживать свои эмоции («то плачу, то начинаю смеяться в зависимости от ситуации»), повышенную утомляемость, раздражительность. В работе стал делать много ошибок, но относится к ним критично. Просит помощи, потому что «бестолковость нарастает». Однажды не мог найти дорогу домой. Был сильно напуган. При расспросе выяснилось, что «рабочее артериальное давление 150/100».

1. Перечислите симптомы.

1. Квалифицируйте состояние.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипомнезия, снижение сообразительности, эмоциональная лабильность, астения.

2. Лакунарная деменция.

3. Сосудистая патология головного мозга.

4. Терапия основного соматического заболевания, нейротропные препараты .

5. Относительно благоприятный.

**Задача №4**

Больная, 59 лет. Обратилась с жалобами на снижение памяти на текущие событие, невнимательность, снижение сообразительности. Отмечает снижение настроения. В анамнезе гипертоническая болезнь на протяжении 15 лет. Наследственность отягощена в отношении сосудистых заболеваний головного мозга.

1. Перечислите симптомы.

1. Квалифицируйте состояние.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гипомнезия, снижение сообразительности, снижение внимания, гипотимия.

2. Лакунарная деменция.

3. Сосудистая патология головного мозга.

4. Терапия основного соматического заболевания, нейротропные препараты .

5. Относительно благоприятный.

**Задача №5**

Больная К., 69 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь, перенесенный инсульт. Лечится в психиатрическом стационаре в течение 1 месяца. В беседе с врачом по нескольку раз спрашивает его имя. Внешне кажется растерянной. Не может ответить на вопрос, что ела на завтрак. В палате не находит свою койку. Окружающих больных воспринимает как своих родственников. Не знает, какое сейчас число, месяц, год. Считает, что она дома. Рассказывает, что вчера приходили гости и принесли много подарков.

1. Перечислите симптомы.

1. Квалифицируйте состояние.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Фиксационная амнезия, дезориентировка, спутанность.

2. Эндоформное психическое расстройство.

3. Сосудистая патология головного мозга.

4. Терапия основного соматического заболевания, психофармакотерапия .

5. Относительно благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного с сосудистой деменцией, зная клинические проявления.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между клиническими вариантами психических расстройств при сосудистой патологии головного мозга.

3). Уметь правильно обследовать больного с психическими расстройствами при сосудистой патологии головного мозга и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Диагностика и терапия сосудистой деменции.

2. Функционально-анатомические типы деменции.

3. Обследование больных с сосудистой деменцией.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.77. **Тема:** «Психические расстройства при органических заболеваниях с наследственным предрасположением».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям органических заболеваний с наследственным предрасположением является важной частью работы врача-психиатра. Знание основ классификации этой патологии помогает выработать правильную тактику лечения заболевания на ранних стадиях. Своевременное и адекватное лечение психических расстройств, характерных для органических заболеваний с наследственной предрасположенностью, может в значительной мере обеспечить поддержание стабильности состояния и задержать развитие хронической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с органическими заболеваниями с наследственным предрасположением.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и клинических проявлений различных форм органических заболеваний с наследственным предрасположением.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы органических расстройств с наследственным предрасположением.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основных признаков и клинических особенностей органических заболеваний с наследственным предрасположением. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Ознакомление с современными подходами к диагностике клинических вариантов генетических органических заболеваний. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 30 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Психогенетика органических заболеваний».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 90 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Психические расстройства при органических заболеваниях с наследственным предрасположением**

**1. Боле́знь Паркинсо́на** (синонимы: идиопатический синдром паркинсонизма, дрожательный паралич) — медленно прогрессирующее хроническое неврологическое заболевание, характерное для лиц старшей возрастной группы. Относится к дегенеративным заболеваниям [экстрапирамидной моторной системы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BA%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0). Вызвано прогрессирующим разрушением и гибелью [нейронов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%BD), вырабатывающих [нейромедиатор](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80) [дофамин](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD), — прежде всего в [чёрной субстанции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D1%91%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D1%83%D0%B1%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%8F), а также и в других отделах [центральной нервной системы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0). Недостаточная выработка дофамина ведет к активирующему влиянию [базальных ганглиев](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B8) на кору головного мозга. Ведущими симптомами (иначе: основные или кардинальные симптомы) являются:

* мышечная [ригидность](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C);
* [гипокинезия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F);
* [тремор](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80);
* [постуральная](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B7%D0%B0) неустойчивость.

Болезнью Паркинсона страдают многие пожилые люди, после 65 лет данный диагноз слышит 1% всего населения планеты, а после 85 – более 2,5% людей. В среднем, заболевание начинает постигать пациентов после 55 лет, но бывают случаи паркинсонизма с ранним началом – в 10% всех известных науке случаев заболевание возникло в возрасте до 40 лет, либо даже в возрасте до 20 лет, что свидетельствует о ювенильном паркинсонизме.

Под ювенильным паркинсонизмом следует понимать ранний генетически детерминированный паркинсонизм, возникающий в возрасте до 20-25 лет. Проявляется клиника такой патологии симметричными статическими и кинетическими дрожаниями, дискинезией, пирамидными знаками, интеллектуальной сохранностью. Ювенильная патология является наследственной болезнью центральной нервной системы, которая передается генетически при помощи аутосомно-рецессивных механизмов. Наследственный характер является главным отличием ювенильной патологии от стандартной болезни Паркинсона, которая характеризуется мультифакторной этиологией.

Главными проявлениями болезни Паркинсона принято считать тремор, гипокинезию, ригидность мышц и постуральную неустойчивость, а также психические и вегетативные расстройства.

Тремор или дрожание является самым очевидным и выраженным симптомом заболевания, который чаще всего беспокоит человека в покое, однако может возникать и в качестве постурального или интенционного проявлений. Частота тремора при паркинсонизме достигает 4-6 движений за секунду. Начинается тремор обычно с дистального отдела любой руки, а в ходе прогрессии распространяется на вторую руку и обе ноги. Движение пальцев пациента при треморе может напоминать пересчет монет по внешнему виду. Также тремор может возникать и в области головы, выражаясь движениями «да-да» или «нет-нет», дрожанием век, челюсти или языка. Очень редко тремор при паркинсонизме охватывает тело полностью. Чаще всего он усиливается в волнительных ситуациях, обычно его можно заметить у пациента в состоянии покоя, а при движении дрожь стихает или исчезает совсем.

Под гипокинезией понимается понижение уровня спонтанной активности движений, которая выливается в многочасовую неподвижность больного.

В теле человека присутствует скованность, активно двигаться он может лишь после некоторого промедления и то, с замедленным темпом (характеризует возникшую брадикинезию). Шаги у человека становятся мелкими, походка кукольной, ступни располагаются при этом четко параллельно между собой. Выражение лица и взгляд у пациента при этом застывшие, присутствует выраженная амимия, улыбка, а гримаса плача возникает на лице очень медленно, заторможено.

Человек часто застывает в позе манекена. Речь его монотонная и постепенно сходит к затуханию. Почерк становится прерывистым и мелким, что характеризует развитие микрографии. Также в качестве проявления гипокинезии может возникать олигокинезия и синкинезия, то есть сокращение общего количества движений и исчезновение дружественных движений у пациента, типа размашистых движений рук при ходьбе, сморщивания лба при взгляде наверх и прочего. Параллельных действий пациент уже не может совершать, все его движения становятся автоматическими.

Ригидность мышечной ткани проявляется равномерным увеличением тонуса мышц пластического плана. При этом конечности застывают в согнутом положении либо при полностью разогнутом состоянии, что является проявлением пластической восковой гибкости. Если ригидность начинает преобладать в некоторых группах мышц, то возникает поза манекена или просителя, при которой выражена сутулость, наклон головы вперед, руки полусогнуты в локтях и прижимаются к туловищу, а ноги полусогнуты в тазобедренных и в коленных суставах. Если попробовать пассивно сгибать-разгибать лучезапястные суставы, предплечья, то можно ощутить ступенчатость мышечного напряжения или симптом зубчатого колеса.

При изменении тонуса мышц конечности уже не могут самопроизвольно возвращаться в первоначальную позицию после любого выполненного действия. Это характеризует возникновение феномена Вестфаля, когда при резком тыльном сгибе стопы она какое-то время остается в такой позиции и не разгибается самостоятельно.

На поздних сроках и стадиях болезни возникает постуральная неустойчивость. Пациент в данной ситуации не может самопроизвольно преодолевать ни инерцию покоя, ни инерцию движения. Человек с трудом может начать двигаться, а начав, уже не может остановиться. При движении вперед туловище начинает опережать ноги, нарушается центр тяжести в теле, возникает потеря устойчивости и человек падает. Данная симптоматика может самоустраняться после сна либо под воздействием других факторов, но спустя какое-то время она возвращается снова.

Помимо нарушения двигательной активности у пациентов с болезнью Паркинсона ярко выражены обычно психические и вегетативные расстройства, нарушен обмен веществ. Вследствие данных процессов у пациента может возникнуть ожирение, истощение, усилиться секреторная деятельность сальных, потовых и слюнных желез.

Психические расстройства при болезни Паркинсона могут быть обусловлены как самим заболеванием, так и антипаркинсоническими препаратами. Начальные признаки [психоза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B7) (страх, растерянность, бессонница, галлюцинаторно-параноидное состояние с нарушением ориентировки) отмечают у 20% амбулаторных и двух третей больных с тяжёлой формой паркинсонизма. Слабоумие выражено слабее, чем при сенильной [деменции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%8F). У 47% наблюдают [депрессии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F), у 40% — расстройства сна и патологическую утомляемость. Больные безынициативны, вялы, а также назойливы, склонны к повторению одних и тех же вопросов.

**2. Рассе́янный склеро́з** (РС) — хроническое [аутоиммунное заболевание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%83%D1%82%D0%BE%D0%B8%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F), при котором поражается [миелиновая](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%BD) оболочка нервных волокон головного и [спинного мозга](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3).

Заболевание в основном возникает в молодом и среднем возрасте (15 — 40 лет). Особенностью болезни является одновременное поражение нескольких различных отделов нервной системы, что приводит к появлению у больных разнообразных неврологических [симптомов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC). Морфологической основой болезни является образование так называемых бляшек рассеянного склероза — очагов разрушения [миелина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%BD) (демиелинизация) белого вещества [головного](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3) и [спинного](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3) мозга. Размеры бляшек, как правило, от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, но при прогрессировании заболевания возможно образование крупных слившихся бляшек. У одного и того же больного специальными методами исследования можно выявить бляшки различной степени активности — свежие и старые.

Рассеянный склероз не считается [наследственным](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) заболеванием. Однако показано, что некоторые генетические изменения увеличивают риск развития заболевания. Риск возникновения РС выше у родственников больного по сравнению с общей популяцией, особенно в случае [сиблингов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B8), родителей и детей. Семейный рассеянный склероз встречается в 2-10% всех случаев в зависимости от популяции (в России — не более 3%).

Клинические проявления рассеянного склероза связаны с очаговым поражением нескольких различных отделов головного и спинного мозга.

Симптомы поражения [мозжечка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D0%B7%D0%B6%D0%B5%D1%87%D0%BE%D0%BA) и его проводников проявляются незначительной или выраженной [атаксией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F) туловища и конечностей, интенционным тремором, дисметрией при выполнении координационных проб. Степень выраженности этих симптомов может варьировать от минимальной вплоть до невозможности выполнения каких-либо движений из-за атаксии. При оценке нарушений функций мозжечка необходимо помнить, что невозможность выполнить задание может быть связана с наличием у больного [пареза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7) конечностей (3 балла и менее по шкале ASIA). Типичной для поражения мозжечка является мышечная гипотония.

У больных рассеянным склерозом могут выявляться центральные и периферические параличи [черепных нервов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D1%8B), наиболее часто— глазодвигательных нервов, [тройничного](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2), [лицевого](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2), [подъязычного нервов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D1%8A%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2). Очаги в надъядерных отделах кортиконуклеарного тракта могут привести к развитию [псевдобульбарного синдрома](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%B4%D0%BE%D0%B1%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC), а очаги в стволе мозга — к появлению бульбарных симптомов. У 50-70% больных рассеянным склерозом выявляется вертикальный и горизонтальный [нистагм](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B3%D0%BC).

Симптомы нарушения глубокой и поверхностной чувствительности выявляются у 60% больных. Это могут быть: снижение вибрационной суставно-мышечной болевой, тактильной чувствительности или чувство давления на одной или нескольких конечностях, а также мозаичное или без чёткой локализации. Наряду с этим могут выявляться дизэстезия, чувство покалывания и жжения в дистальных отделах пальцев рук и ног, которое в последующем может распространяться в проксимальном направлении и на туловище.

Частыми симптомами рассеянного склероза являются нарушения функций тазовых органов: императивные позывы, учащения, задержки мочи и стула, на более поздних стадиях — недержание. Возможно неполное опорожнение мочевого пузыря, что часто бывает причиной урологической инфекции. У некоторых больных могут возникать проблемы, связанные с половой функцией, которые могут совпадать с нарушением функции тазовых органов или быть самостоятельным симптомом. По данным H.Livins и соавторов, изменения в сексуальной жизни происходят у 91% больных рассеянным склерозом мужчин и 72% женщин.

У 70% больных выявляются симптомы нарушения зрительных функций: снижение остроты зрения одного или обоих глаз, изменение полей зрения, появление скотом, нечёткость изображения предметов, потеря яркости видения, искажение цветов, нарушение контрастности.

Нейропсихологические изменения при рассеянном склерозе включают снижение [интеллекта](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82), нарушение поведения, изменение высших корковых функций. Выделяют неврозоподобные симптомы, аффективные нарушения и своеобразное органическое слабоумие. Неврозоподобные расстройства могут выражаться в виде [астенического синдрома](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), истерических и истероформных реакций. Аффективные нарушения чаще проявляются депрессией или эйфорией, нарушением контроля над эмоциями. Чаще у больных рассеянным склерозом преобладает депрессия, причём она может быть связана не только с органическим поражением мозга, но и быть обусловлена реакцией на информацию о диагнозе, возникновением проблем в быту и на работе. При рассеянном склерозе эйфория часто сочетается со снижением интеллекта, недооценкой тяжести своего состояния, расторможенностью поведения. Около 80% больных рассеянным склерозом на ранних стадиях заболевания имеют признаки эмоциональной неустойчивости с многократной резкой сменой настроения за короткий промежуток времени.

**3. Миоклонус —** эпилепсия (болезнь Унферрихта-Дундборг1). Существует три генетических варианта заболевания, обсуждается возможность и вирусной его этиологии. Чаще болезнь начинается в возрасте 10–16 лет ночными эпилептическими припадками. Позднее к ним присоединяются миоклонии, мозжечковые расстройства, экстрапирамидная скованность. Наблюдаются эндокринные расстройства, в терминальной стадии болезни миоклонии и припадки делаются реже, развивается децеребрационная ригидность. На ранних стадиях болезни преобладают явления психопатизации личности. Позднее на первый план выходит психоорганическое снижение с исходом в слабоумие.

**4. Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вестфаля-Вильсона-Коновалова, гепатолентикулярная дегенерация**) - врождённое нарушение метаболизма меди, приводящее к тяжелейшим наследственным болезням центральной нервной системы и внутренних органов. При этой болезни повышено содержание меди в плазме и тканях, развиваются атрофический цирроз печени и изменения в других внутренних органах, наблюдается вторичная деструкция преимущественно в подкорковых ядрах мозга. Типичны изменения глаз — роговичное кольцо Кайзера-Флейшера. Заболевание начинается в возрасте от 10–12 до 30 лет, чаще в возрасте 15–25 лет; от этого во многом зависит характер психических расстройств, наблюдаются различные неврологические нарушения: мышечная ригидность, тремор, дизартрия, дисфагия, мозжечковые и пирамидные расстройства, эпилептические припадки. Разнообразны и соматические нарушения: желтуха, анемия, асцит, пигментация кожи, гиперплазия селезенки и др. На ранних этапах течения болезни преобладают аффективные расстройства: депрессии, эмоциональная лабильность.

Выявляется также психопатизация личности: импульсивность, гневливость, расторможенность, лживость, антисоциальность. В дальнейшем нарастают психоорганические изменения: брадифрения, обеднение содержания психической деятельности, апрозексия, неспособность усвоения нового; память снижается в меньшей степени. Возможны эпизоды спутанности сознания, психомоторного возбуждения, бредовые явления. В дальнейшем развивается слабоумие с такими характерными симптомами, как насильственный плач и смех, оральные и хватательные автоматизмы. При раннем начале болезни происходит задержка или остановка психического развития.

Около 80% больных умирает в возрасте до 30 лет. Болезнь пытаются лечить препаратами, связывающими медь и способствующими ее экскреции (унитиол, α-пеницилламин, тиояблочная и тиоянтарная кислоты).

**5. Двойной атетоз.** Врожденное или выявляющееся у младенцев заболевание с двусторонними атетозными гиперкинезами и дистрофией стриатума. Типичны признаки психического инфантилизма, а если возникают эпилептические припадки, то и задержка умственного развития вплоть до идиотии. Могут быть также эйфория, аффективная лабильность, раздражительность и дурашливость.

**6. Миотоническая дистрофия (атрофическая миотония), болезнь Штейнерта-Баттена.** Характерны восходящие с предплечий атрофии мышц и миотония. Часто выявляются психоорганическое снижение, амнестический синдром, нарколепсия, реже — картины экзогенного или шизоформного психоза.

**7. Синдром Галлервордена-Шпатца.** Выявляются дистрофические изменения в стриатуме. Неврологическими симптомами болезни являются экстрапирамидная ригидность (особенно но4) с контрактурами, дизартрия, насильственный смех и плач. Депрессия или лабильность настроения в начале болезни сменяются позднее состояниями спутанности, а далее — деменции.

**8. Хронические прогрессирующие наследственные атаксии.** Известны болезнь Фридрейха с ранним ее началом, болезнь Мари с началом в более позднем возрасте и ряд переходных между ними форм, самостоятельность которых не доказана. Болезнь Фридрейха чаще начинается в возрасте 6–10 лет и проявляется преимущественно спинальными нарушениями: атаксией, миатонией, снижением или отсутствием сухожильных рефлексов, патологическими рефлексами, выпадением чувствительности, атрофией мышц, дизартрией, деформацией стоп и др. Болезнь Мари проявляется преобладанием мозжечковых нарушений: атаксией, интенционным дрожанием, адиадохокинезом, атрофией зрительных нервов и др.; сухожильные рефлексы сохранены. Психические нарушения при разных нормах болезни сходны. Преобладает психоорганическое снижение (снижение памяти, психической активности и продуктивности, безучастность, возбудимость). Могут быть депрессии. B дальнейшем наступает выраженное слабоумие. Психотические расстройства редки и носят экзогенной характер. При болезни Мари психические нарушения наблюдаются чаще.

**9. Наследственные лейкодистрофии.** Объединяют ряд болезненных форм (семейная лейкодистрофия, лейкодистрофия Краббе, энцефалит Шильдера и др.), так как общей для них является демиелинизация в белом веществе больших полушарий. Болезни впервые обнаруживаются чаще в детском и юношеском возрасте, начинаясь остро, подостро или медленно. Из неврологических симптомов чаще встречаются припадки, гемианопсия или амавроз, тугоухость, афазия, парезы, параличи, гиперкинезы и др. При раннем начале болезни отмечается умственное недоразвитие. При более позднем начале и относительно медленном течении болезни на первых порах преобладают явления психопатизации личности и нарушения поведения. Могут быть эйфория, апатия, дисфорическое настроение, эмоциональное притупление. Затем все более заметным становится психоорганическое снижение, завершающееся в итоге глубоким слабоумием. Бывают и психотические эпизоды со спутанностью, галлюцинациями, эпилептиформным возбуждением.

**10. Болезнь Пелицеуса-Мерцбахера.** Редкое и выявляемое уже у младенцев заболевание со спастическими церебральными параличами. Вызвано аплазией и демиелинизацией подкорковых нервных волокон. В неврологическом статусе отмечаются нистагм, дрожание головы, нарушения моторики и речи, спастические парезы и параличи. При раннем начале болезни выражена задержка умственного развития, при более позднем — психоорганическое расстройство, обычно не ведущее к деменции. В первые годы болезнь быстро прогрессирует, затем состояние может стабилизироваться.

**11. Амавротическая идиотия.** В основе болезни лежит нарушение внутриклеточного липидного обмена, это влечет гибель нейронов и клеточных элементов сетчатки. Описано пять форм болезни. Болезнь Тоя-Сакса обнаруживается у детей в первые месяцы после рождения. Они делаются вялыми, апатичными, затем перестают играть, узнавать близких, держать головку. Далее развиваются кахексия, параличи, слепота, глубокое слабоумие. На глазном дне находят помутнение области желтого пятна и пятно вишнево-красного цвета.

Болезнь Шпильмейера-Фогта начинается в возрасте 14–16 лет и приводит к смерти спустя 4–6 лет. Вначале развиваются вялость, апатия, затем теряются навыки чтения, письма, речи, а далее формируется слабоумие. Наблюдаются также частые эпилептические припадки, выраженные экстрапирамидные расстройства, ригидность и др. Зрение полностью может не пропадать. Болезнь Янского-Бильшовского занимает как бы промежуточное место между первыми двумя заболеваниями. Болезнь Куфса начинается позднее и протекает более атипично. Помимо глухоты и снижения зрения выявляются экстрапирамидные и мозжечковые нарушения, а также эпилептические припадки. Слабоумие менее выражено развивается не всегда.

Лечение пациентов со всеми вышеупомянутыми заболеваниями ведется в основном неврологами. Проводится симптоматическая терапия, при гепатоцеребральной дистрофии — и патогенетическая. При необходимости назначаются седативные средства, антидепрессанты, антиконвульсанты. Полезны общеукрепляющие средства, ЛФК, массаж, физио- и бальнеотерапия. Профилактика строится с учетом результатов медико-генетической консультации и молекулярно-генетического исследования.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Какие заболевания относят к органическим заболеваниям с наследственным предрасположением?

2. Дайте характеристику основным проявлениям болезни Паркинсона.

3. Опишите основные признаки рассеянного склероза.

4. Чем проявляется гепатоцеребральная дистрофия?

5. Чем проявляется миотоническая дистрофия?

6. Чем проявляются хронические прогрессирующие наследственные атаксии?

7. Чем проявляются наследственные лейкодистрофии?

8. Чем проявляется амавротическая идиотия?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА С НАИБОЛЬШИМ ЭФФЕКТОМ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. антибиотики
2. кортикостероиды
3. блокаторы кальциевых каналов
4. препараты железа
5. аспирин

2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МИАСТЕНИИ

1. общее недомогание
2. мышечная слабость
3. изменение частоты пульса
4. возникновение симптомов в ранние утренние часы
5. гипертермия

3. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЦНС

1. сосудистым
2. наследственным
3. демиелинизирующим
4. хромосомным
5. инфекционным

4. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. 5-10 лет
2. 10 -14 лет
3. 18 - 30 лет
4. 40 - 55 лет
5. после 60 лет

5. ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗАХАРАКТЕРЕН

1. ретробульбарный неврит
2. симпатоадреналовый криз
3. Кожевниковская эпилепсия
4. Джексоновская эпилепсия
5. синдром Корсакова

6. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ

1. рассеянный склероз
2. торсионная дистония
3. миастения
4. малая хорея
5. Джексоновская эпилепсия

7. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКОДИСТРОФИИ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1. избыточного накопления липидов в нервных клетках
2. развития кистозных изменений в веществе головного мозга
3. развития заместительной гидроцефалии
4. повышения внутричерепного давления

8. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ

1. хореоатетоидным
2. акинетико-ригидным
3. вестибуломозжечковым
4. миастеническим
5. гипердинамическим

9. АТРОФИЧЕСКАЯ МИОТОНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМАМИ

1. восходящими с предплечий атрофиями мышц и миотониями
2. дрожательного паралича
3. мозжечковой атаксии
4. экстрапирамидных расстройств
5. гиперрефлексии

10. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АМАВРОТИЧЕСКОЙ ИДИОТИИ ЛЕЖИТ

1. нарушение внутриклеточного липидного обмена
2. нарушение обмена серотонина
3. нарушение обмена дофамина
4. недостаточная секреция окситоцина
5. гиперплазия глиальных клеток

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

У мальчика 5 лет родители обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую задержку умственного развития.

При осмотре определяется слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Признаки какого заболевания имеются у больного?

3. Что поражено?

4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

5. Назначить лечение.

**Эталон ответа**

1. Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии икроножных мышц.

2. Подозрение на миопатию Дюшенна.

3. Поражены мышцы нижних конечностей.

4. Для уточнения диагноза необходимо провестиэлектронейромиографию (ЭНМГ-исследование) ослабленных мышц, биопсию и гистологическое их исследование, составление родословной, КФК крови, цитогенетическое исследование.

5. Лечение симптоматическое:

- витамины группы В, А, Е;

- оротат калия, АТФ, рибоксин;

- сосудистая терапия (трентал);

- массаж, ЛФК, физиотерапия.

**Задача №2**

Ребенок 14 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость рук и утомляемость ног. До 7 лет рос и развивался нормально. Затем появилась и постепенно нарастала слабость в руках, с трудом поднимал руки вверх.

Родители обратили внимание на то, что у него стало худеть лицо и плечевой пояс, что он спит с не полностью опущенными веками. В последнее время слабость в руках настолько выражена, что с трудом носит портфель.

При обследовании выявляется амимия, не может наморщить лоб, при закрывании глаз – лагофтальм с обеих сторон. Губы утолщены, вытянуть их в трубочку и надуть щеки не может. Отмечается «поперечная» улыбка. Выражена атрофия мышц плечевого пояса, усилен поясничный лордоз. Снижена сила мышц в проксимальных отделах верхних конечностей и длинных мышцах спины. Сухожильные рефлексы с рук снижены, с ног – живые. Все виды чувствительности сохранены.

Активность альдолазы сыворотки крови 12 ед/мл (норма до 7 ед.).

При ЭМГ-исследовании пораженных мышц выявлено снижение их электрической активности.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Признаки какого заболевания имеются у больного?

3. Клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**Эталон ответа**

1. Синдром слабости мышц лица и верхнего плечевого пояса.

2. Патологический процесс локализуется в мышцах лица и верхнего плечевого пояса.

3. Погрессирующая мышечная дистрофия.

4. ЭМГ, КФК крови.

5. Лечение симптоматическое:

- витамины группы В, А, Е;

- оротат калия, АТФ, рибоксин;

- сосудистая терапия (трентал);

- массаж, ЛФК, физиотерапия.

**Задача №3**

Девочка 11 лет, жалуется на слабость в ногах и руках, чувство «ползания мурашек» в стопах.

Заболела два года назад. Вначале заметила утомляемость ног, стала запинаться при ходьбе, с трудом бегать. Постепенно слабость в ногах нарастала. Год назад заметили похудание голеней. В последнее время отмечает слабость и в руках, появилось чувство «ползания мурашек» и зябкости в стопах. В семье подобным заболеванием болеет с детства отец.

При обследовании обнаружены атрофии мышц голеней и кистей. Снижена сила мышц в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, но наиболее значительно – мышц разгибателей стопы с обеих сторон; стопы свисают. Походка – степпаж. Не вызываются ахилловы рефлексы. Снижена поверхностная чувствительность по полиневритическому типу (в виде «перчаток» и «носков») и вибрационная чувствительность на внутренних и наружных лодыжках.

На ЭМГ с мышц голеней регистрируется снижение скорости проведения возбуждения по малоберцовым нервам.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить необходимые методы обследования.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**Эталон ответа**

1. Синдром периферического пареза кистей и стоп с полиневритическим типом расстройства поверхностной и глубокой чувствительности в них.

2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.

3. Подозрение на семейный вариант невральной амиотрофии Шарко-Мари.

4. Изменения на ЭМГ свидетельствуют о поражении малоберцовых нервов.

5. Лечение симптоматическое: массаж, ЛФК, общеукрепляющая терапия, антихолинэстеразные препараты (прозерин), витамины группы В (мильгамм1), антиоксиданты (тиоктацид, берлитион).

**Задача№4**

Больной В., 20 лет. В 18-летнем возрасте в течение 3-5 дней отмечал двоение при взгляде вправо. Через год появилось пошатывание при ходьбе, больше вправо, слабость в ногах, периодически задержка мочеиспускания, которые прошли после гормональной терапии. Месяц назад, после стресса вновь почувствовал слабость в ногах и шаткость при ходьбе.

В неврологическом статусе: легкое сходящееся косоглазие справа, диплопия при взгляде вправо, горизонтальный нистагм, скандированная речь, нижний спастический парапарез с высокими сухожильными рефлексами и патологическими рефлексами Бабинского, отсутствуют брюшные рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга, походка с широко расставленными ногами. Мимопопадание и интенционный тремор в правой руке при выполнении пальценосовой пробы.

На глазном дне – побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

На МРТ в белом веществе лобных и височных долей, а также в мозолистом теле множественные очаги демиелинизации.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить данные МРТ, глазного дна и назначить дополнительные методы обследования.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение в период обострения и определить методы профилактики.

**Эталон ответа**

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, парез правого отводящего нерва, тазовые расстройства.

2. Поражены пирамидные и вегетативные пути в грудном отделе спинного мозга, мозжечок, отводящий нерв.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга и изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза;

4. Рассеянный склероз ремиттирующее течение, стадия обострения.

5. Лечение:

- «пульс-терапия» метилпреднизолоном 1000 мг в/в капельно 3-5 дней, затем преднизолон per os, 1-1,5 мг/кг;

- плазмаферез;

- нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, кортексин;

- антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион.

Для профилактики обострений – иммуномодуляторы (копаксон, бетаферон, ребиф, авонекс) в период ремиссии, как метод превентивной терапии.

**Задача №5**

Больную З., 55 лет беспокоит дрожание левой руки в покое, которое уменьшается при движении и усиливается при волнении; некоторая неловкость в левых конечностях, периодические головные боли, головокружение несистемного характера, шаткость при ходьбе.

Впервые периодическое дрожание левой руки в покое отметила около 1 года назад, которое постепенно усиливается.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, слабость конвергенции. Асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Глотание и фонация сохранены, глоточные рефлексы снижены. Легкая гипомимия. Намечены рефлексы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в левой ноге. Мышечная сила сохранена. ПНП, КПП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга неустойчива. Ходьба в целом удовлетворительная, но снижен темп ходьбы, незначительные элементы атаксии. Легкая гипокинезия. Выражен тремор покоя левой руки, низкочастотный, крупноамплитудный.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

5. Назначить лечение, указать препараты каких групп рационально использовать в терапии данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Синдром дрожательного гиперкинеза в виде тремора покоя левой руки.

2. Экстрапирамидная система: черная субстанция, нигростриарные нейроны.

3. Болезнь Паркинсона, дрожательная форма, умеренно прогредиентное течение.

4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. С учетом возраста, целесообразно начало терапии: с агнонистов дофаминовых рецепторов: мирапекс 1,5-4,5 мг/сут., проноран 150-250 мг/сут. или амантадинов: пк-мерц 300-500мг/сут.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при помощи обследования психические и неврологические нарушения, характерные для органических заболеваний с наследственной предрасположенностью.

2. Уметь описать выявленные расстройства.

3. Уметь определить регистр и основные клинические особенности выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Миоклонус-эпилепсия.

2. Наслдственные лейкодистрофии.

3. Генетическое консультирование в диагностике наследственных заболеваний.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.78. **Тема:** «Психические нарушения при черепно-мозговой травме».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям психических расстройств, характерных для ЧМТ, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Своевременное и адекватное лечение данных заболеваний может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с психическими нарушениями при черепно-мозговой травме.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и клинических проявлений различных вариантов и этапов развития психических расстройств при черепно-мозговой травме в остром и отдаленном периодах заболевания.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы психических нарушений при черепно-мозговой травме.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения закономерности развития и клинических проявлений психических расстройств при черепно-мозговой травме. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными принципами диагностики психических расстройств при черепно-мозговой травме.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  1) курация под руководством преподавателя;  2) разбор курируемых пациентов;  3) выявление типичных ошибок | 30 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Динамика психических расстройств в остром и отдаленном периодах черепно-мозговой травмы».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 90 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) являются одними из наиболее частых причин смертности и стойкой потери трудоспособности. Количество больных с травматическими повреждениями головного мозга ежегодно возрастает на 2 %. В структуре травм мирного времени преобладают бытовые, транспортные, производственные, спортивные травмы. Важное медицинское значение имеют осложнения черепно-мозговых травм, такие как развитие травматической церебрастении, энцефалопатии, эпилептиформного синдрома, патохарактерологических расстройств, деменции, а также их влияние на социальную адаптацию больных. Травмы черепа бо­лее чем в 20 % случаев являются причиной инвалидности из-за нервно-психических заболеваний.

Выделяют 5 клинических форм ЧМТ:

1. сотрясение мозга — характеризуется выключением сознания про­должительностью от нескольких секунд до нескольких минут;
2. ушиб головного мозга легкой степени — характеризуется выключе­нием сознания после травмы продолжительностью от нескольких минут до 1 часа;
3. ушиб головного мозга средней степени — характеризуется выключе­нием сознания после травмы продолжительностью от нескольких десятков минут до 4—6 часов;
4. ушиб головного мозга тяжелой степени — характеризуется выклю­чением сознания после травмы продолжительностью от нескольких часов до нескольких недель;
5. сдавление головного мозга — характеризуется опасными для жизни общемозговыми, очаговыми и стволовыми симптомами, которые возника­ют спустя некоторое время после травмы и носят нарастающий характер.

Тяжесть состояния пострадавшего определяется, прежде всего, нарушением функций ствола головного мозга и систем жизнеобеспечения организма (дыхание, кровообращение). Одним из ведущих признаков поражения ствола и отделов мозга, находящихся непосредственно над ним, является нарушение сознания.

Выделяют несколько вариантов состояния сознания при ЧМТ.

1. ясное сознание — полная сохранность сознания с адекватными реакциями на окружающие события;
2. оглушение — нарушение восприятия при сохранении ограниченного сло­весного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной активности;
3. сопор — выключение сознания с сохранением координаторных защитных реакций и закрыванием глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители;
4. кома — выключение сознания с полной потерей восприятия окружающего мира и самого себя.

Следует также оценивать нарушение жизненно важных функций, что нередко связано с поражением ствола мозга. Данные нарушения оцениваются по следующим критериям:

1) умеренные нарушения:

* умеренная брадикардия (51—59 в минуту) или тахикардия (81—100 в ми­нуту);
* умеренная артериальная гипертония (140/80—180/100 мм рт. ст.) или гипо­тония (ниже 110/60—90/50 мм рт. ст.);

2) выраженные нарушения:

* брадикардия (41—50 в минуту) или тахикардия (101 — 120 в минуту);
* тахипноэ (31—40 в минуту) или брадипноэ (8—10 в минуту);

— артериальная гипертензия (180/100—220/120 мм рт. ст.) или гипотония (менее 90/50—70/40 мм рт. ст.);

3) грубые нарушения:

* брадикардия (менее 40 в минуту) или тахикардия (свыше 120 в минуту);
* тахипноэ (свыше 40 в минуту) или брадипноэ (менее 8 в минуту);
* артериальная гипертензия (свыше 220/180 мм рт. ст.) или гипотония (мак­симальное давление менее 70 мм рт. ст.);

4) критические нарушения:

* периодическое дыхание или апноэ;
* максимальное артериальное давление менее 60 мм рт. ст.;
* пульс, который невозможно посчитать.

Одной из основных и непосредственных причин гибели пострадавших с тяжелой ЧМТ является процесс острой внутричерепной дислокации. Его опасность обусловлена развитием осевой деформации ствола головного мозга с последующей его деструкцией в результате необратимых дисциркуляторных нарушений. Дополнительным, но очень важным критерием оценки ЧМТ и ее тяжести является состояние покровов головы. Их повреждение в условиях поражения мозга и его барьерных функций повышает риск гнойно-септических осложнений. В связи с этим выделяют:

— закрытую ЧМТ, при которой отсутствует нарушение целостности покровов головы или имеются не проникающие в апоневроз раны, переломы костей осно­вания черепа, не сопровождающиеся ранением близлежащего участка скальпа;

— открытую ЧМТ когда имеются раны головы с повреждением апоневроза, переломы костей свода черепа с ранением близлежащих мягких тканей, переломы основания черепа, сопровождающиеся кровотечением или ликвореей (ушной, назальной):

1) непроникающая травма — твердая мозговая оболочка остается целостной;

2) проникающая травма — нарушается целостность твердой мозговой оболочки.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Острейший начальный период. Оглушение, сопор, кома, нарушение сердечно-со­судистой деятельности и дыхания.

Острый период. Непсихотические синдромы: астенический, апатикоабулический, эпилептиформные припадки, антероградная и ретроградная амнезия, сурдомутизм. Психотические синдромы: сумеречное состояние сознания, травматический делирий, дисфории, корсаковский синдром.

Поздний период. Непсихотические нарушения: астенический, астеноневротический, эпилептиформный, психопатоподобный (аффективной неустойчивости) синдромы. Поздние травматические психозы: галлюцинаторно-параноидный, маниакально-параноидный, депрессивно-параноидный синдромы.

Отдаленные последствия ЧМТ. Церебрастения, энцефалопатия, слабоумие, травматическая эпилепсия, посттравматическое развитие личности.

Психические нарушения острейшего периода представлены в основном со­стояниями выключения сознания разной степени: кома, сопор, оглушение. Глубина нарушения сознания зависит от механизма, локализации и тяжести травмы. При развитии комы сознание полностью отсутствует, больные неподвижны, у них нарушаются дыхание, сердечная деятельность, снижается артериальное давление, возникают патологические рефлексы, отсутствует реакция зрачков на свет. У большинства больных после черепно-мозговых травм легкой или средней тяжести развивается оглушение, характеризующееся замедлением мышления, неполной ориентацией. Больные сонливы, реагируют лишь на сильные раздражители. После выхода из оглушения возможны фрагментарные воспоминания об этом периоде.

В остром периоде травмы черепа развиваются астенические, астеноневротические состояния, реже — сурдомутизм, антеро- и ретроградная амнезии, у некоторых больных возникают психозы, протекающие в виде состояний измененного сознания: делирия, эпилептиформного нарушения, сумеречного расстройства сознания, возникающих непосредственно после выхода из бессознательного состояния. При астеническом синдроме в острый период черепно-мозговой травмы наблюдается снижение психической продуктивности, усиление утомляемости, ощущение усталости, гиперестезия, вегетативные расстройства, снижение двигательной активности. Больные часто жалуются на головную боль, помрачение сознания.

Делирий чаще всего развивается у больных, злоупотребляющих алкоголем, или при развитии токсико-инфекционных осложнений. Такие больные подвижны, вскакивают, пытаются куда-то бежать, испытывают устрашающие зрительные галлюцинации. Для травматического делирия характерно наличие вестибулярных расстройств. Прогностически неблагоприятным является переход делириозного синдрома в аментивный. Сумеречное состояние сознания развивается чаше всего в вечернее время, проявляясь полной дезориентацией, отрывистыми бредовыми идеями, отдельными галлюцинациями, страхом, двигательными нару­шениями. Выход из сумеречного состояния происходит через сон с дальнейшей амнезией болезненных переживаний. Сумеречное состояние сознания может протекать с приступами двигательного возбуждения, ступорозным состоянием, двигательными автоматизмами, пуэрильно-псевдодементным поведением.

В острый период у больных возможно развитие отдельных или серийных эпи-лептиформных припадков, галлюцинозов, чаще всего слухового, а также зритель­ного и тактильного. В случаях тяжелых черепно-мозговых травм, после выхода больного из комы возможно развитие Корсаковского синдрома с фиксационной, ретро- или антероградной амнезией, конфабуляциями и псевдореминисценция­ми. Иногда больные теряют способность критически оценивать тяжесть своего состояния. Корсаковский синдром может быть преходящим и исчезать через несколько дней или протекать продолжительное время и приводить к формированию органического слабоумия.

Продолжительность острого периода черепно-мозговой травмы колеблется от 2—3 недель до нескольких месяцев. В этот период также возможно развитие травматических аффективных и аффективно-бредовых психозов, в чем значительную роль играют экзогенные факторы: физическая нагрузка, утомление, интоксикация, инфекционные заболевания и др. Клиническая картина указанных расстройств представлена маниакальными, депрессивным и аффективно-бредовыми расстройствами, которые сочетаются с конфабуляциями. Депрессивные состояния сопровождаются ипохондрическим бредом. Чаще всего встречаются маниакальные состояния с эйфорией, бредом величия, анозогнозией, умеренно выраженной двигательной активностью с быстрым развитием изможденности, голов­ной болью, вялостью, сонливостью, которые проходят после отдыха. Нередко наблюдается мания гнева.

В период реконвалесценции или в поздний период острых травматических расстройств наблюдаются подострые и затяжные травматические психозы, которые могут иметь тенденцию к повторным приступам и периодическое течение.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Развитие психических расстройств травматического генеза у детей имеет свои особенности. Травмы головы встречаются довольно часто, особенно у детей в возрасте от 6 до 14 лет. Психические нарушения в острый период у детей возникают на фоне повышения внутричерепного давления: наблюдаются общемозговые и менингеальные расстройства, выраженные вегетативные и вестибулярные симптомы, а также признаки локального поражения мозга. Самые тяжелые сим­птомы у детей развиваются через несколько дней после черепно-мозговой трав­мы. Наиболее частые из них — пароксизмальные расстройства, которые наблю­даются как в острый период, так и в период реконвалесценции.

Течение травматической болезни у детей, как правило, доброкачественное, обратному развитию подвергаются даже тяжелые локальные расстройства. Астения в отдаленном периоде выражена слабо, преобладают двигательная расторможенность, эмоциональная лабильность, возбудимость. Иногда после тяжелых черепно-мозговых травм, перенесенных в раннем детстве, проявляется интеллектуальный дефект, напоминающий умственную отсталость.

У детей раннего возраста (до 3 лет) полное выключение сознания, как правило, не наблюдается, общемозговые расстройства бывают стертыми. Четкими признаками черепно-мозговой травмы являются рвота, часто многократная, и вегетативные симптомы: повышение температуры тела, гипергидроз, тахикардия, помрачение сознания и др. Характерно нарушение ритма сна и бодрствования. Ребенок не спит ночью и сонлив днем.

Травматическая церебрастения у детей часто проявляется головной болью, возникающей внезапно или при определенных условиях (в душном помещении, во время бега, в шумных местах), помрачение сознания и вестибулярные расстройства встречаются реже. Собственно астения бывает слабо выраженной, преобладают двигательная расторможенность, лабильность эмоций, возбудимость, вегетативно-сосудистые расстройства (усиление вазомоторных реакций, яркий дермографизм, тахикардия, гипергидроз).

Апатико-адинамический синдром у детей характеризуется вялостью, апатией, медлительностью, снижением активности и стремления к деятельности, ограни­чением контактов с окружающими их людьми в связи с быстрым истощением, отсутствием интересов. Такие дети не справляются со школьной программой, но не мешают окружающим и не вызывают нареканий у педагогов.

У детей с гипердинамическим синдромом преобладают двигательная растор­моженность, суетливость, иногда повышенное настроение с оттенком эйфории. Дети непоседливы, бегают, шумят, часто вскакивают, хватают какие-то вещи, но сразу же их бросают. Настроение характеризуется неустойчивостью и беззаботностью. Больные добродушны, иногда дурашливы. Наблюдаются снижение критики, трудности в усвоении нового материала. Дальнейшее развитие этих расстройств нередко приводит к более дифференцированному психопатоподобному поведению. Дети плохо ведут себя в коллективе, не усваивают учебный материал, нарушают дисциплину, мешают окружающим, терроризируют учителей. Поскольку такие больные не предъявляют жалоб на свое здоровье, их неадекватное поведение продолжительное время не расценивается как болезненное и к ним предъявляются дисциплинарные требования.

Психические нарушения при черепно-мозговой травме у лиц пожилого возраста обычно сопровождаются потерей сознания. В острый период преобладают вегетативные и сосудистые расстройства, помрачение сознания, колебание артериального давления, а тошнота и рвота встречаются относительно редко. В связи с неполноценностью сосудистой системы часто наблюдаются внутричерепные кровоизлияния, которые могут развиться спустя некоторое время и проявляются клинической картиной, напоминающей опухоль или эпилептиформные припадки.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

* 1. Какие клинические формы черепно-мозговой травмы выделяют?
  2. Какие варианты нарушений сознания могут быть при ЧМТ?
  3. Перечислите варианты нарушения жизненно важных функций при черепно-мозговой травме?
  4. Перечислите, какие периоды выделяют в развитии психических расстройств при ЧМТ?
  5. Назовите особенности делирия, развивающегося в остром периоде ЧМТ.
  6. Перечислите психические расстройства, характерные для отдаленного периода ЧМТ.
  7. Перечислите возрастные особенности психических расстройств при ЧМТ.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТ УШИБА МОЗГА ОТЛИЧАЕТСЯ

1) наличием «светлого промежутка»

2) отсутствием очаговой симптоматики

3) наличием повышенного АД

4) нарушением сна

5) гипертермией

2. ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1. общемозговые, помрачения сознания
2. галлюцинозы
3. органического поражения головного мозга
4. с синдром Корсакова
5. бредовые идеи

3. ТИПИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

1) кровотечение и ликворрея из носа и ушей

2) отек век

3) подкожная эмфизема

4) двоение в глазах

5) изменение полей зрения

4. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

1) наркотических анальгетиков

2) противорвотных препаратов

3) пузыря со льдом на голову

4) кордиамина

5) аспирина

5. ПРИ УШИБЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА СОЗНАНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО

1) утрачивается после «светлого промежутка»

2) утрачивается на несколько секунд или минут

3) ясное

4) утрачивается на длительное время

5) не меняется

6. РЕЗУЛЬТАТ СПИННОМОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЕ

1) нет изменений

2) примесь гноя

3) повышение давления ликвора

4) хлопья

5) наличие лейкоцитов

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ОТЕКОМ МОЗГА ПРИМЕНЯЮТ

1) оксигенотерапию

2) физиотерпию

3) дегидратационную терапию

4) баротерапию

5) жаропонижающую терапию

8. «СИМПТОМ ОЧКОВ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. сотрясении головного мозга
2. ушибе головного мозга
3. переломе основания черепа
4. сдавлении головного мозга
5. травме мягких тканей лица

9. К ОСТРЫМ (ПОДОСТРЫМ) ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПСИХОЗАМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСЯТСЯ

1) реактивный психоз

2) парафренный психоз

3) аменция, сумеречное состояние сознания

4) инволюционный психоз

5) интоксикационный

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПСИХОЗОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) аффективные психозы

2) сумеречное состояние сознания

3) Корсаковский психоз

4) синдром психического автоматизма

5) бред Котара

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациенту 28 лет. После черепно-мозговой травмы, полученной в аварии, забыл, как он собирался переходить улицу, как дошел до ее середины, где был сбит машиной. Текущие события воспроизводит правильно.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Ретроградная амнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. К органическим заболеваниям головного мозга.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №2**

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

1. Установите диагноз.

2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?

3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?

4. Где должен лечиться такой больной?

5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1. Сотрясение головного мозга.

2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.

3. Раздражением рвотного центра продолговатого мозга.

4. Показания для госпитализации в психиатрический стационар отсутствуют. Необходимо лечение в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении.

5. Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.

**Задача №3**

Мужчина 25 лет был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течение 20 минут находился без сознания. На момент осмотра врачом скорой помощи больной находился в сознании, выявлялась нерезко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение, где у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут.

1. Назовите состояние.

2. Установите диагноз.

3. Какова терапевтическая тактика?

4. Что явилось причиной развития данного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Эпилептический статус.

2. Травматическая эпилепсия.

3. Показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиум1) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. При неэффективности – повторить через 20 минут. При неэффективности – ингаляционный наркоз с применением миорелаксантов.

4. Черепно-мозговая травма.

5. Из-за нарушения кровоснабжения мозга и ликвородинамики возможно развитие отека мозга, приводящего к нарушению регуляции дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти.

**Задача №4.**

Реанимобилем в больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, проводится искусственная вентиляция легких. При осмотре нистагм, анизокория, в области обеих глазниц кровоизлияния, из левого уха – ликворрея.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Определите риск летального исхода.

3. Какие методы обследования необходимо выполнить?

4. Определите лечебную тактику.

5. Куда должен быть помещен пострадавший для лечения?

**Эталон ответа**

1. Перелом основания черепа, внутричерепная гематома, сдавление головного мозга.

2. Определяются признаки высокого риска летального исхода: отсутствие сознания и самостоятельного дыхания, наличие нистагма, анизокории, в области обеих глазниц кровоизлияния, ликворрея.

3. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография, люмбальная пункция.

4. Лазикс, маннитол, маннит, мочевина, 40% глюкоза с витамином «С», вводить в/в.

5. Необходимо лечение в реанимации нейрохирургического отделения.

**Задача №5**

Молодая пациентка доставлена бригадой скорой помощи в соматический стационар с подозрением на ЧМТ и субарахноидальное кровоизлияние. При осмотре речевому контакту недоступна, лежит на боку прижав руки к груди, ноги притянуты к животу. При обследовании выявляется выраженное диффузное повышение мышечного тонуса, застывает в неестественных позах, оказывает сопротивление при попытке разогнуть руки и ноги. Глаза закрыты, зубы плотно сжаты. На болевые раздражители не реагирует. Двигательной активности не проявляет.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите форму заболевания.

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Мутизм, эмбриональная поза, симптом восковой гибкости, активный негативизм.

2. Кататонический синдром (люцидная кататония).

3. Шизофрения.

4. Кататоническая форма.

5. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при помощи обследования психические и неврологические нарушения, характерные для различных периодов развития черепно-мозговой травмы.
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические особенности выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Варианты нарушений сознания при черепно-мозговой травме.

2. Психические расстройства в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.

3. Особенности развития и лечения травматической эпилепсии.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.79. **Тема:** «Исходы черепно-мозговой травмы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям психических расстройств, характерных для отдаленного периода ЧМТ, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Своевременное и адекватное лечение последствий черепно-мозговых травм может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с психическими нарушениями при черепно-мозговой травме.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и клинических проявлений различных вариантов и этапов развития психических расстройств при черепно-мозговой травме в остром и отдаленном периодах заболевания.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы психических нарушений при черепно-мозговой травме.

Владеть: способностью распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям психических расстройствв отдаленном периоде ЧМТ.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения закономерности развития и клинических проявлений психических расстройств при черепно-мозговой травме. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными принципами диагностики психических расстройств в исходе черепно-мозговой травмы.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Динамика психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Психические нарушения отдаленного периода характеризуются разными ва­риантами психоорганического синдрома в рамках травматической энцефалопатии. Выраженность сформировавшегося дефекта определяется тяжестью черепно-мозговой травмы, объемом повреждений мозга, возрастом пострадавшего, качеством проведенного лечения, наследственными и личностными особенностями, установками личности, дополнительными экзогенными вредностями, соматическим состоянием и др. Наиболее частым последствием ЧМТ является травматическая церебрастения, которая развивается в 60-75% случаев. В клинической картине заболевания преобладают слабость, снижение умственной и физической работоспособности в сочетании с раздражительностью и утомляемостью. Отмечаются кратковременные вспышки раздражительности, после чего больные, как правило, жалеют о своей несдержанности. Вегетативные расстройства проявляются колебаниями артериального давления, тахикардией, помрачением сознания, головной болью, потливостью, вестибулярными нарушениями, расстройством ритма сон—бодрствование. Больные плохо переносят поездку в транспорте, не могут качаться на качелях, смотреть на экран телевизора или движущиеся предметы. Нередко они предъявляют жалобы на ухудшение самочувствия при изменении погоды и пребывании в душном помещении.

Характерны торпидность и ригидность нервных процессов. Снижается спо­собность к быстрому переключению видов деятельности, а вынужденная необхо­димость выполнять такую работу приводит к декомпенсации состояния и нарас­танию выраженной церебрастенической симптоматики.

Травматическая церебрастения нередко сочетается с разными неврозоподобными симптомами, фобиями, истерическими реакциями, вегетативными и сома­тическими расстройствами, тревогой и субдепрессивной симптоматикой, вегета­тивными пароксизмами.

Травматическая энцефалопатия развивается в результате остаточных явлений органического поражения головного мозга, от локализации и тяжести которых зависят особенности клинической картины — психопатоподобные синдромы, травматические психозы или дефектно-органические состояния. Чаще всего встречаются аффективные нарушения на фоне психопатоподобных расстройств возбудимого и истерического типов. Больные с апатическим вариантом энцефа­лопатии характеризуются выраженными астеническими расстройствами, преиму­щественно истощаемостью и утомляемостью, они вялые, бездеятельные, отмеча­ется снижение круга их интересов, нарушение памяти, затруднение интеллекту­альной деятельности.

При травматической энцефалопатии чаще превалирует эмоциональная воз­бужденность, чем заторможенность. Такие больные грубы, вспыльчивы, склонны к агрессивным действиям. У них отмечаются колебания настроения, легко возникающие вспышки гнева, которые не адекватны вызвавшей их причине. Продуктивная деятельность может быть затруднена из-за аффективных наруше­ний, что еще больше вызывает недовольство собой и реакции раздражения. Мышление больных характеризуется инертностью, склонностью к застреванию на неприятных эмоциональных переживаниях. Возможно развитие дисфории в виде приступов тоскливо-злобного или тревожного настроения продолжитель­ностью несколько дней, во время которых больные могут совершать агрессивные и аутоагрессивные поступки, обнаруживают склонность к бродяжничеству (дромомании).

Кроме травматической энцефалопатии в отдаленный период черепно-мозговой травмы возможно развитие циклотимоподобных расстройств, которые обычно сочетаются с астеническими или психопатоподобными синдромами и сопровождаются дисфорическим компонентом. Наиболее часто встречаются субдепрессивные состояния, характеризующиеся мнительностью, слезливостью, сенестопатия-ми, вегетососудистыми расстройствами, ипохондрической настроенностью относительно своего здоровья, иногда достигающей степени сверхценных идей со стремлением получить именно то лечение, которое, по мнению больного, ему необходимо.

Симптоматика гипоманиакальных состояний характеризуется восторженным отношением больных к окружению, эмоциональной лабильностью, слабодушием. Возможно также появление сверхценных идей по поводу своего здоровья, сутяжное поведение, повышенная раздражительность, склонность к конфликтам. Продолжительность этих состояний различна. Часто встречаются монополярные при­ступы. Нередко на фоне аффективных расстройств происходит злоупотребление алкоголем.

Эпилептиформные пароксизмальные расстройства (травматическая эпилепсия) могут формироваться в разные сроки после перенесенной черепно-мозговой травмы, чаще всего через несколько лет. Они отличаются полиморфизмом — встречаются генерализованные, джексоновские припадки, бессудорожные пароксизмы: абсансы, приступы каталепсии, так называемые эпилептические сны, психосенсорные расстройства (метаморфопсии и расстройства схемы тела). Возможно появление вегетативных пароксизмов с выраженными тревогой, страхом, гиперпатией и общей гиперестезией. Нередко после судорожных припадков возникают сумеречные состояния сознания, что обычно свидетельствует о неблаго­приятном течении заболевания. Они часто обусловлены дополнительными экзогенными факторами и прежде всего алкогольной интоксикацией, а также психической травматизацией. Продолжительность сумеречных состояний незначительна, но иногда достигает нескольких часов.

Имеет значение для клиники локальность чмт. При поражении лобных долей мозга, например, в структуре изменений личности превалируют вялость, заторможенность, вязкость, общая брадифрения. Прогрессирует безволие, равнодушие к своему заболеванию. При травматическом поражении лобного отдела мозга могут развиваться нарушение счета (акалькулия), упрощение и уплощение мыслительного процесса с формированием деменции, склонность к [персеверации](http://www.psyportal.net/6378/perseveratsiya/), выраженное снижение двигательной, волевой активности (абулия). Подобная симптоматика объясняется отсутствием волевого импульса, что не позволяет доводить начатое до конца из-за отсутствия активности. Для таких больных характерны непоследовательность действий, разбросанность, небрежность во всем, включая одежду, неадекватность действий, беззаботность, беспечность. Утрата инициативы, активности и спонтанности вследствие резкого снижения «лобного импульса» приводит иногда к невозможности без посторонней помощи выполнять повседневные действия (принимать пищу, мыться, ходить в туалет).

На поздних (исходных) стадиях болезни выражены полное отсутствие интересов, безучастность ко всему, оскудение словарного запаса и мыслительных способностей (дефицит когнитивных функций).

При повреждении базальных частей височной доли мозга развиваются тяжелые изменения личности с выраженными проявлениями душевного безразличия, холодности, расторможенности инстинктов, агрессивности, с антисоциальным поведением, извращенной оценкой своей личности, своих способностей.

Повреждения самой височной доли приводит к появлению эпилептических черт: отсутствию чувства юмора, раздражительности, недоверчивости, замедлению речи, моторики, склонности к сутяжничеству. Темпорально-базальные травматические повреждения мозга являются причиной возникновения раздражительности, агрессивности, гиперсексуальности. При сочетании с алкоголизмом выявляются половая распущенность, аморальное поведение, цинизм. Очень часто отмечается сексуальная патология с повышением либидо и ослаблением эрекционной функции, наблюдаются и явления преждевременного семяизвержения при наличии заинтересованности (локального поражения) парацентральных долек.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы могут наблюдаться так на­зываемые эндоформные психозы: аффективные и галлюцинаторно-бредовые, па­ранойяльные.

Аффективные психозы протекают в виде монополярных маниакальных или (реже) депрессивных состояний и характеризуются острым началом, чередовани­ем эйфории и гнева, мориоподобным бессмысленным поведением. В большинс­тве случаев маниакальное состояние возникает на фоне экзогенных факторов (интоксикаций, повторных травм, оперативного вмешательства, соматического заболевания).

Депрессивные состояния могут быть спровоцированы психическими травма­ми. Кроме тоски, появляются тревога, ипохондрические переживания с дисфори-ческой оценкой своего состояния и окружающей среды.

Галлюцинаторно-бредовые психозы, как правило, возникают остро на фоне симптомов травматической энцефалопатии с преимуществом апатических рас­стройств. Риск заболевания повышается у больных с соматическими расстройствами, а также после перенесенных оперативных вмешательств. Наблюдаются несистематизированный конкретный бред, настоящие галлюцинации, чередование психомоторного возбуждения и заторможенности, аффективные переживания обусловлены бредом и галлюцинациями.

Паранойяльные психозы развиваются чаще всего у мужчин в течение 10 и более лет после черепно-мозговой травмы. Клиническая картина характеризуется наличием сверхценных и бредовых идей ревности с сутяжными и кверулянтскими тенденциями. Паранойяльные идеи ревности могут сочетаться с идеями ущерба, отравления, преследования. Психоз протекает хронически и сопровождается фор­мированием психоорганического синдрома.

Травматическое слабоумие после черепно-мозговой травмы развивается в 3-5% случаев. Оно может быть последствием травматических психозов или прогредиентного течения травматической болезни с повторными травмами, а также возникать в результате развивающегося церебрального атеросклероза. При трав­матическом слабоумии у больных преобладают нарушения памяти, снижение круга интересов, вялость, слабодушие, иногда назойливость, эйфория, растормо-женность влечений, переоценка своих возможностей, отсутствие критики.

К редким видам травм в условиях мирного времени относят травмирование взрывной волной, представляющее собой комплексное поражение в виде сотрясения, ушиба мозга, травматизации звукового анализатора, нарушения мозгового кровообращения в связи с резкими колебаниями атмосферного давления. При травмировании взрывной волной человек ощущает как бы удар упругим телом в область затылка, у него наблюдается кратковременная потеря сознания, во время которой он находится в неподвижном состоянии, из ушей, носа, рта течет кровь. После прояснения сознания может развиться выраженная адинамия: больные малоподвижные, вялые, равнодушные к окружающему, хотят лежать даже в неудобных позах. Ретро- и антероградная амнезия встречаются редко, постоянные жалобы — головная боль, тяжесть, шум в голове.

Возможны развитие адинамической астении, ощущение физического или психического дискомфорта, раздражительность, чувство слабости и бессилия. Нередко отмечаются вегетативные и вестибулярные расстройства в виде головной боли, помрачения сознания, внезапно возникающего чувства жара, затрудненного дыхания, давления в голове или области сердца. Больные предъявляют различные ипохондрические жалобы, отмечается гиперестезия к звукам, свету, запахам. По вечерам у них часто наблюдается ухудшение. Процесс засыпания, как правило, нарушен, сон состоит из неприятных, ярких, часто устрашающих сновидений военной тематики.

Наиболее характерным признаком травматического поражения взрывной волной является сурдомутизм. Слух, как правило, восстанавливается раньше речи, больные начинают слышать, но говорить не могут. Восстановление речи проис­ходит спонтанно под влиянием эмоционально значимых ситуаций. При объетивном обследовании определяется легкая рассеянная неврологическая симпто­матика: анизокория, нарушение движений глаз, отклонение языка.

Острый период этих расстройств колеблется от 4 до 6 недель, затем появля­ются другие психические нарушения. В этот период возможны колебания настро­ения, причем у людей молодого возраста может наблюдаться состояние эйфории с повышенной раздражительностью и склонностью к приступам злости или истерическим припадкам. В зрелом возрасте преобладает сниженное настроение с дисфорическим оттенком или апатией, часто отмечаются жалобы на плохое физическое самочувствие, гиперестезию в отношении всех раздражителей.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

* 1. Чем характеризуются психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговых травм?
  2. Перечислите основные клинические проявления травматической церебрастении.
  3. Перечислите особенности неврозоподобной и психопатоподобной симптоматики в отдаленном периоде черепно-мозговых травм.
  4. Дайте характеристику аффективным расстройствам в отдаленном периоде черепно-мозговых травм.
  5. Какие варианты пароксизмальных расстройств характерны для отдаленного периода черепно-мозговых травм.
  6. Перечислите клинические признаки травматического поражения лобных долей головного мозга.
  7. Перечислите клинические признаки травматического поражения височных долей головного мозга.
  8. Какие варианты эндоформных психозов могут развиваться в отдаленном периоде черепно-мозговых травм?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТ УШИБА МОЗГА ОТЛИЧАЕТСЯ

1. наличием «светлого промежутка»
2. отсутствием очаговой симптоматики
3. наличием повышенного АД
4. нарушением сна
5. гипертермией

2. ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1. общемозговые, помрачения сознания
2. выключения сознания
3. органического поражения головного мозга
4. с синдромм корсакова
5. с бредовыми идеями

3. ТИПИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

1. кровотечение и ликворрея из носа и ушей
2. отек век
3. подкожная эмфизема
4. двоение в глазах
5. изменение полей зрения

4. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

1. наркотических анальгетиков
2. противорвотных препаратов
3. пузыря со льдом на голову
4. кордиамина
5. аспирина

5. ПРИ УШИБЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА СОЗНАНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО

1. утрачивается после «светлого промежутка»
2. утрачивается на несколько секунд или минут
3. ясное
4. утрачивается на длительное время
5. не меняется

6. РЕЗУЛЬТАТ СПИННОМОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЕ

1. нет изменений
2. примесь гноя
3. повышение давления ликвора
4. хлопья
5. наличие лейкоцитов

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ОТЕКОМ МОЗГА ПРИМЕНЯЮТ

1. оксигенотерапию
2. физиотерпию
3. дегидратационную терапию
4. баротерапию
5. жаропонижающую терапию

8. «СИМПТОМ ОЧКОВ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. сотрясении головного мозга
2. ушибе головного мозга
3. переломе основания черепа
4. сдавлении головного мозга
5. травме мягких тканей лица

9. К ОСТРЫМ (ПОДОСТРЫМ) ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПСИХОЗАМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСЯТСЯ

1. реактивный психоз
2. парафренный психоз
3. аменция, сумеречное состояние сознания
4. инволюционный психоз
5. интоксикационный

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПСИХОЗОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. аффективные психозы
2. сумеречное состояние сознания
3. Корсаковский психоз
4. синдром психического автоматизма
5. бред Котара

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больного 18 лет беспокоят судорожные приступы, впервые возникшие 2 года назад. В анамнезе черепно-мозговая травма трехлетней давности. Вначале приступы характеризовались неприятными ощущениями за грудиной, сердцебиением, гипергидрозом, побледнением кожи и слизистых лица. На протяжении последнего года за перечисленными явлениями следует потеря сознания с последующими тоническими и клоническими судорогами.

1. Какие клинические синдромы можно выделить?
2. Признаки какого заболевания имеются у больного?
3. С чем связано развитие заболевания?
4. Какова лечебная тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Вегетативно-сосудистые пароксизмы и вторично-генерализованные судорожные приступы.
2. Травматическая эпилепсия.
3. Заболевание связано с последствиями органического поражения головного мозга в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.
4. Показаны регулярный прием антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия) и курсовая дегидратационная, сосудистая, нейропротективная терапия.
5. Прогноз достаточно благоприятный. На фоне лечения возможно полное купирование пароксизмальных расстройств и предотвращение развития эпилептического слабоумия.

**Задача №2**

Больного 24 лет стали беспокоить судорожные приступы. В анамнезе черепно-мозговая травма около года назад. Судороги начинаются в мышцах левой руки с переходом на мимическую мускулатуру левой половины лица, сопровождающиеся поворотом головы и глаз влево. Сознание не утрачивается. Слева определяется сглаженность носогубной складки, легкий гемипарез, усиление сухожильных рефлексов. По данным ЭЭГ – межполушарная асимметрия за счет пароксизмальной активности в правой лобной области. ЭхоЭГ – дислокации срединных структур мозга не обнаруживает.

1. Какие клинические синдромы можно выделить?
2. Признаки какого заболевания имеются у больного?
3. С чем связано развитие заболевания?
4. Какова лечебная тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Очаговые сомато-моторные приступы с явлениями раздражения правых передней центральной и второй лобной извилин.
2. Травматическая эпилепсия.
3. Заболевание связано с последствиями органического поражения головного мозга в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.
4. Показаны регулярный прием антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия) и курсовая дегидратационная, сосудистая, нейропротективная терапия.
5. Прогноз достаточно благоприятный. На фоне лечения возможно полное купирование пароксизмальных расстройств и предотвращение развития эпилептического слабоумия

**Задача №3**

Мужчина 45 лет, перенес черепно-мозговую травму с ушибом головного мозга. По характеру стал очень вспыльчивым, склонным к вспышкам гнева по незначительному поводу. Недавно из-за пустяка бросился на жену, пролил суп на скатерть, разбил тарелку, опрокинул стол. Ударом кулака разбил стеклянную дверь. Успокоившись, раскаивался и сожалел о случившемся, просил прощения.

1. Какие клинические синдромы можно выделить?
2. Признаки какого заболевания имеются у больного?
3. С чем связано развитие заболевания?
4. Какова лечебная тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Эмоциональная лабильность и дисфории с агрессивным поведением.
2. Органическое расстройство личности эмоционально-неустойчивого типа.
3. Заболевание связано с последствиями органического поражения головного мозга в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.
4. Показаны регулярный прием антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия) и курсовая дегидратационная, сосудистая, нейропротективная терапия.
5. Прогноз достаточно благоприятный. На фоне лечения возможно полное купирование пароксизмальных расстройств и предотвращение развития эпилептического слабоумия

**Задача №4**

Больной 60 лет, инженер. На протяжении последних двух лет, после черепно-мозговой травмы, стал «забывчивым» с нарастающими признаками снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры – «чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к невропатологу за помощью по поводу снижения памяти и ухудшения внимания.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие причины могли привести к данному заболеванию?
5. Какова терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Гипомнезия, снижение абстрагирования, эмоциональная лабильность.

2. Психоорганический синдром.

3. Органическое расстройство личности.

4. Последствия травматического и, возможно, сосудистого поражения головного мозга.

5. Контроль за АД, глюкозой крови, холестерином, ноотропные препараты, нейропротекторы.

**Задача №5**

Пациенту 43 года. Два года назад он перенес тяжелую черепно-мозговую травму с нарушением сознания по типу оглушения. Вскоре после этого родственники отметили изменение характера: стал грубым, раздражительным, несдержанным. Любое критическое замечание, даже шутки, вызывают у него озлобление. Бросается с кулаками на жену. Приступ злобы заканчивается плачем. Отмечается некоторое снижение памяти, особенно на текущие события.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Укажите степень выраженности синдрома.

4. Что послужило провоцирующим фактором для его развития?

5. Для каких заболеваний он характерен?

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Эмоциональное огрубение, эмоциональная лабильность, агрессивность, гипомнезия.

2. Психоорганический синдром.

3. Вторая (психопатическая) стадия.

4. Черепно-мозговая травма.

5. Для органических заболеваний головного мозга.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при помощи обследования психические и неврологические нарушения, характерные для отдаленного периода развития черепно-мозговой травмы.
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические особенности выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Роль черепно-мозговых травм в развитии болезни Альцгеймера.

2. Эндоформные психозы в отдаленном периоде черепно-мозговых травм.

3. Современные стандарты лечения травматического слабоумия.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.80. **Тема:** «Психические расстройства при опухолях головного мозга».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям психических расстройств, характерных для онкопатологии головного мозга, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Своевременное и адекватное лечение и диагностика данных заболеваний может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам подбора фармакологических средств для лечения психических расстройств, связанных с онкопатологией головного мозга в соответствии с клиническими проявлениями заболевания и индивидуальными особенностями пациента.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные группы фармакологических средств, используемых в лечении психических расстройств при онкопатологии головного мозга.

Уметь: выявлять основные показания к назначению лекарственных препаратов.

Владеть: методами оценки эффективности фармакотерапии психических расстройств при онкопатологии головного мозга.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения психических расстройств при онкопатологии головного мозга. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными клиническими проявлениями психических расстройствах связанных с онкопатологией головного мозга.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Лечение психических расстройств при онкопатологии головного мозга».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

В большинстве случаев первыми проявлениями внутричерепных опухолей служат различные неврологические симптомы, поэтому больные обращаются в первую очередь к невропатологам. Лишь в части случаев психические расстройства бывают ранним и основным проявлением болезни. Их характер во многом зависит от локализации процесса. Обычно психические расстройства становятся ведущими в случае расположения опухолей в таких неврологически «немых» областях, как лобные доли, мозолистое тело, глубокие отделы височных долей. Разнообразие симптоматики опухолей обуславливает сложности диагностики. Этим объясняется то, что до 50% опухолей мозга в психиатрической практике впервые диагностируется при патологоанатомическом исследовании.

Функции головного мозга нарушаются в связи с воздействием опухоли, сопровождающимся: 1. повышением внутричерепного давления; 2. сдавлением и смещением отдельных участков мозга; 3. разрушением ткани мозга в месте развития опухоли; 4. расстройствами крово- и ликворообращения; 5. реактивным отеком и набуханием ткани головного мозга.

**Этиология, патогенез и патологическая анатомия**

Причиной психических нарушений при опухолях мозга является сам опухолевый процесс, повреждающий мозг. Обобщая имеющиеся к настоящему времени сведения, можно сделать вывод, что в формировании психических нарушений принимают участие многие патогенетические факторы, которые отражают сложность взаимоотношений между опухолью головного мозга и организмом в целом и которые условно можно разделить на две группы. С одной стороны, это факторы, находящиеся в зависимости от самой опухоли (локализация, гистологическая и биологическая природа, темп роста, механическое и токсические воздействия отека и набухания мозга, расстройства крово- и ликворообращения, внутричерепная гипертензия, смещение и ущемление мозга), с другой – факторы, связанные с индивидуальными особенностями поражения организма и его компенсаторными возможностями (возраст, пол, генетическая и конституциональная предрасположенность к возникновению психических нарушений, перенесенные ранее травмы головы и нейроинфекции, эндокринные сдвиги, хронические соматические заболевания и т.д.).

**Топографо-анатомическая классификация опухолей головного мозга**

Опухоли по локализации делятся на супратенториальные (больших полушарий) и субтенториальные ( задней черепной ямки), а также на внемозговые (экстрацеребральные) и внутримозговые (интрацеребральные), а также внутрижелудочковые. Опухоли больших полушарий, в свою очередь, топически подразделяются по долям мозга – опухоли лобной, теменной, височной и затылочной доли, боковых и III желудочков, мозолистого тела, полосатого тела, зрительного бугра, межуточного и среднего мозга с шишковидной железой. К субтенториальным опухолям относятся новообразования мозжечка (червь и полушария), опухоли мостомозжечкового угла (или боковой цистерны мозга), опухоли IV желудочка и опухоли ствола мозга (мост мозга и продолговатый мозг).

Указывается, что у больных с метастатическим поражением головного мозга психические расстройства предшествуют очаговой неврологической симптоматике. В связи с этим очевидно, что своевременная и адекватная диагностика психических расстройств при метастатическом поражении головного мозга могла бы способствовать выявлению данной нейроонкологической патологии на ранних этапах. Частота психических нарушений при опухолях головного мозга увеличивается с возрастом: если в возрасте до 20 лет психические нарушения наблюдались в 45%, то свыше 60 лет – в 88% случаев. В позднем возрасте при опухолях головного мозга преобладают острые (транзиторные и пароксизмальные) психотические состояния.

**Функциональная асимметрия полушарий**

Установление факта нарушения речи при опухолях передних отделов левого полушария стало началом учения о доминантности левого полушария по речи. Оно преобразовалось за последние десятилетия в представление о функциональной асимметрии полушарий как фундаментальном свойстве мозга человека. Доминантны оба полушария, но в разных функциях: левое – в обеспечении речи и основанных на ней вербальных функций – мышления, памяти, а также в организации движений, т.е. психомоторной сферы; правое – в обеспечении восприятия мира, самого себя в этом мире, организации чувственных образов, их переживания, т.е. психосенсорной сферы психической деятельности. Симптоматика внутричерепных опухолей включает общемозговые и локальные симптомы. Общемозговые симптомы: - признаки повышения внутричерепного давления - проявления интоксикации Признаки повышения внутричерепного давления: - распирающие головные боли (упорные, усиливающиеся после сна и при перемене положения головы); - брадикардия; - рвота не связанная с принятием пищи; периоды нарушения сознания (оглушение, обнубиляция, сомноленция, реже делириозные приступы) с затруднением понимания обращенной к больному речи, заторможенностью мышления. Локальные симптомы: - признаки раздражения (галлюцинации, судороги, припадки); - признаки выпадения (слабоумие, афазия, амнезия, апраксия, апатия, абулия, парезы)

**Симптоматика клинических проявлений**

Наиболее частым из психических нарушений при опухолях является нарушение сознания от неглубоких состояний оглушения (обнубиляций) до выраженных состояний оглушения, сопора и комы, которые связаны с нарастающим внутричерепным давлением и становятся отчетливыми при достижении его определенной степени. При оглушении наблюдается снижение активного внимания, нарушается в дальнейшем и пассивное, внимание больного привлекается только громкими раздражителями. Больные вялы, апатичны, безучастны к происходящему. Все психические процессы обеднены, затруднены и замедлены. На фоне оглушенности развиваются другие состояния нарушенного сознания (делириозные, сумеречные), а также острые психотические состояния по типу экзогенных. От оглушенности некоторые авторы отграничивают состояния патологического сна, патологически повышенной сонливости (сомноленция) указывают на близость этих расстройств к летаргическому синдрому при эпидемическом энцефалите. Гейманович особенно подчеркивал наличие у больного резкой подавленности и склонности к спячке. Сновидения отмечены у 37,4% больных с опухолями больших полушарий, у 62,5% - гипофиза, у 72,8% - мозжечка, у 60% - ствола мозга. Они наблюдаются чаще при правополушарных (53%), реже при левополушарных (32%) опухолях. В.В.Михеев, перечисляя психические расстройства при раке мозга, указывает, что в начальных стадиях болезни имеет место апатия, вялость, сонливость, а затем наступает нарушение сознания, спутанность, делириозные состояния, дезориентировка, двигательное возбуждение. При опухолях могут наблюдаться так называемые особые состояния, возникающие пароксизмально с типичной органической симптоматикой: искаженные пространственные восприятия, метаморфопсии, аутометаморфопсии (расстройства схемы тела), вестибулярные и деперсонализационные расстройства. Существует определенная связь психотических состояний с локализацией опухолей. Так, например, делириозные и сновидные состояния чаще наблюдаются при опухолях височной доли, сумеречные состояния – при опухолях мозгового ствола.

Психоорганические расстройства отмечаются при различной локализации опухолей. Выраженность этих расстройств зависит от темпа роста опухоли, давности заболевания и возраста больных. У 25% больных наблюдается клиническая картина Корсаковского синдрома, который развивается постепенно и прогрессирует. В мыслительной деятельности нарушения проявляются в сужении и обеднении ассоциативных процессов, утрате четкости понятий и представлений, снижении уровня суждений. Аффективная лабильность, имеющаяся на первых этапах развития опухоли, сменяется эмоциональным обеднением или состоянием слабоумия с веселым возбуждением – морией. При опухолях возможны приступообразные галлюцинаторные расстройства – рудиментарные галлюцинации, галлюцинозы, которые имеют значение для топической диагностики опухолей. Неприятные вкусовые, обонятельные (гарь, гниль, дым) галлюцинации и устрашающие зрительные пароксизмально возникающие самостоятельно или как аура перед припадком являются признаком височных опухолей. При опухолях лобных отделов головного мозга наблюдается т.н. акинетико-абулический сндром. Характеризующийся: выраженным снижением двигательной активности, апатией, безразличием к себе и окружающему, эмоциональной неадекватностью, мореей. При опухолях затылочной области наблюдаются элементарные зрительные галлюцинации, сочетающиеся с нарушением цветоощущения и различного рода гемианопсиями. Нарушения восприятия собственного тела (расстройства сенсорного синтеза, схемы тела), когда больные жалуются, что руки или ноги стали непомерно большими, голова увеличивается, шея перекручивается, наблюдаются чаще при опухолях теменной области.

Эпилептические расстройства (припадки, абсансы, сумеречные состояния сознания) относятся к частым симптомам опухолей головного мозга. Ограниченные (джексоновские) припадки чаще наблюдаются при локализации опухолей в области центральных извилин. Страдает и аффективная сфера: больные становятся раздражительными, легковозбудимыми, легкомысленными, дурашливыми или агрессивными, но чаще бывают вялыми, апатичными, безразличными, постепенно утрачивают интерес к событиям и окружающему, делаются безучастными к делам, дому, семье. Утрачивается способность к суждениям, отвлеченному и комбинированному мышлению. Ответы становятся односложными, суждения и поступки - немотивированными. У больных появляется не обоснованная ни их положением, ни окружающей действительностью склонность к шутливости и нелепым замечаниям (т.н. лобная симптоматика). Расстройства памяти, как правило, сопровождаются дезориентировкой больного в месте и времени. Ориентировка же в собственной личности, если нет очаговых неврологических расстройств, обуславливающих ее, остается очень долго сохранной. Такие больные не могут назвать год, месяц, время года, где они находятся. Чаще память расстраивалась на недавно прошедшие и текущие события. Больные не помнят, когда они поступили в больницу, когда заболели, путают данные анамнеза, говорят о не имевщих места болезненных проявлениях, не могут запомнить имени лечащего врача, удержать в памяти показания времени на часах спустя несколько секунд. При возвращении из другой комнаты в палату не могут найти свою кровать.

Максимальным нарушением образной (невербальной) памяти является Корсаковский синдром. Он чаще проявляется до или после удаления опухолей III желудочка, задних отделов правого полушария. В синдроме представлены следующие симптомы: фиксационная амнезия, ретроградная амнезия. Отмечается дезориентировка в личной, окружающей ситуации, месте, времени. Конфабуляции, как правило, высказываются больными не спонтанно, а в ответ на расспросы; их содержание составляют бывшие события до периода, охваченного амнезией, постепенно сокращающегося. Полиморфизм клинической картины зависит от сочетания таких факторов как: 1. общемозговые симптомы; 2. менингеальных, сосудистых, токсических факторов; 3. особенностей темпа роста опухоли; 4. локализации поражения; 5. степени кахексии; 6. возраста больного; 7. особенностей преморбидной личности. Метастатический рак необходимо отличать от первичных опухолей головного мозга. Метастатические раки могут появляться в головном мозгу из любого органа, пораженного раком. Принято считать, что метастазирование может идти двумя путями – лимфатическим и кровеносным. Подавляющее большинство авторов сходится во мнении о том, что чаще всего метастазы поступают в головной мозг из пораженного раком легкого; на втором месте стоит молочная железа. Пай и Роже говорят об особой энцефалофильности рака легкого и грудной железы.

**Диагностика опухолей головного мозга**

Ликвородиагностика традиционно включает в себя ряд исследований, главнейшими из которых являются:

* Определение давления ликвора, состояния субарахноидального пространства головного и спинного мозга и желудочковой системы;
* Макроскопическое исследование (определение цвета, прозрачности, примеси крови, гноя и т.п.);
* Микроскопическое исследование (определение форменных элементов, клеток опухоли);
* Бактериологическое и бактериоскопическое исследования;
* Биохимические исследования (определение белка и его фракций, липо- и глюкопротеидов, свободных аминокислот, сахара, ферментов, гормонов, биогенных аминов, электролитов и др. веществ);
* Серологические исследования (реакция Вассермана. Иммунофлюоресценции, связывания комплемента с цистицерковым антигеном и др.).

В литературе чаще всего приводятся сведения о нормальном давлении в пределах 120-150 мм.вод.ст., хотя ряд авторов считают нижней границей 80-100 мм.вод.ст., а верхней – 120-200 мм.вод.ст. Белково-клеточная диссоциация ликвора – это увеличение содержания белка (альбуминов, глобулинов) при нормальном или слегка повыщенном цитозе. Увеличение содержания белка в ликворе при опухолях головного мозга обнаруживается в 79,1% наблюдений. Застойные диски зрительных нервов – весьма ценный объективный симптом венозного застоя и повышения внутричерепного давления. Они наблюдаются в 70-72% случаев всех опухолей головного мозга.

Ультразвуковая эхоэнцефалография (ЭхоЭГ)- современный, неинвазивный метод исследования ультразвуком анатомических взаимоотношений мозговых структур, основанный на принципе эхолокации, без дополнительного применения контрастных веществ. В основе метода лежит способность тканей черепа и мозга поглощать и отражать часть ультразвуковых колебаний, регистрируемых с помощью специальной аппаратуры и дающих прямую или косвенную информацию о наличии объемного процесса (опухоли) в полости черепа и состоянии желудочковой системы мозга.

Компьютерная томография - современный, неинвазивный, метод исследования, позволяющий визуализировать взаимоотношение церебральных структур без дополнительного введения рентгеноконтрастных веществ, основанный на измерении показателей поглощения рентгеновских лучей с последующим построением с помощью ЭВМ по полученным данным изображений горизонтальных «срезов» мозга на экране компьютера. Опухоли головного мозга дают на компьютерной томографии участки повышенной (белые) и пониженной (черные) плотности.

Рентгенологическое изменение костей черепа при опухолях головного мозга неоднородны. Наибольшее диагностическое значение среди них имеют следующие изменения:

* Общие изменения костей черепа (гипертензионно-гидроцефальные признаки);
* Местные изменения костей черепа;
* Интракраниальные обызвествления.

Наибольшее значение из них имеют местные изменения, указывающие не только на наличие опухоли мозга, но и на ее локализацию.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – современный, неинвазивный метод исследования функционального состояния головного мозга путем регистрации биопотенциалов последнего с неповрежденной поверхности головы с помощью специального электронного устройства – электроэнцефалографа.

ЭЭГпозволяет: 1) получить объективные данные о функциональном состоянии головного мозга и установить насколько они соответствуют «нормальным» данным здорового человека; 2) выявить наличие в головном мозге патологического очага, установить степень его выраженности и локализацию; 3) получить сведения о динамике патологического процесса.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Какие причины приводят к психическим расстройствам при опухолях головного мозга?
2. Какие варианты локализации опухолей головного мозга выделяют?
3. Чем проявляется функциональная асимметрия полушарий?
4. Какие клинические варианты психических расстройств характерны для опухолей головного мозга?
5. Перечислите органические психические расстройства, характерные для опухолей головного мозга.
6. Перечислите особенности пароксизмальных расстройств при опухолях головного мозга.
7. Назовите методы диагностики при опухолях головного мозга.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ИЗ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. делирий
2. онейроид
3. аменция
4. сумеречное помрачение сознания
5. обнубиляция

2. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

1. восприятия и мышления
2. движений и эмоций
3. памяти и интеллекта
4. воли и влечений
5. внимания и сознания

**3.** ОБЩЕМОЗГОВЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1. синдром внутричерепной гипертензии
2. гемипарез
3. моторная афазия
4. [джексоновские двигательные припадки](http://topuch.ru/dvigatelenie-kachestva-vvedenie/index.html)
5. нарушения чувствительности

4. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ

1. психоорганический
2. галлюцинаторно-параноидный
3. апато-абулический синдром
4. психопатоподобный
5. эпилептиформный

5. ДЖЕКСОНОВСКИЕ ПРИПАДКИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

1. в области центральных извилин
2. в лобных долях
3. в области III и IV желудочков
4. в области хиазмы
5. в области ретикулярной формации

6. ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ

1. элементарные зрительные галлюцинации, сочетающиеся с нарушением цветоощущения и различного рода гемианопсиями
2. фиксационная амнезия с парамнезиями
3. псевдогаллюцинации с идеями преследования
4. акинетико-абулические нарушения с выраженным снижением двигательной активности
5. аффективные приступы

7. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СО СТОРОНЫ ЛИКВОРА ХАРАКТЕРНО

1. белково-клеточная диссоциация
2. наличие большого количества лимфоцитов
3. положительная реакция Вассермана
4. повышенное содержание сахара
5. повышенное содержание молочной кислоты

**8.** ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МОГУТ НЕ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, РАСПОЛОЖЕННЫЕ

1. в височных отделах
2. в теменных отделах
3. на основании черепа
4. в лобных отделах

**9.** СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1. применение психотропных средств по показаниям
2. дегидратацию
3. противосудорожные средства
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

10. ПРИ ОПУХОЛЯХ ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙТВА

1. слуховые и зрительные галлюцинации
2. синдром Корсакова
3. синдром Кандинского-Клерамбо
4. биполярное аффективное расстройство
5. расстройства личности

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациенту 38 лет. На фоне относительного благополучия развилось состояние характеризующееся: апатией, безразличием к себе и окружающему, выраженным снижением двигательной активности, неадекватностью эмоциональных реакций.

1. Назовите синдром.
2. Какая патология головного мозга может вызвать данное состояние?
3. Показана ли недобровольная госпитализация данному пациенту?
4. Какие диагностические исследования необходимо провести данному пациенту?
5. Где должен лечиться такой больной?

**Эталон ответа**

1. Акинетико-абулический синдром.
2. Опухоль лобных отделов головного мозга.
3. Оснований для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар нет.
4. Нуждается в проведении МРТ головного мозга
5. В специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении онкоцентра.

**Задача №2**

У больная 47лет, на фоне полного благополучия, стали отмечаться пароксизмально возникающие обонятельные галлюцинации с ощущением запаха гари, дыма. Никакой иной патологической симптоматики в психическом статусе не выявляется.

1. Установите предположительный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимо выполнить?

3. Чем может быть обусловлено развитие галлюцинаций?

4. Где должен лечиться такой больной?

5. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

**Эталон ответа**

1. Опухоль височных отделов головного мозга.

2. Необходимо проведение МРТ-исследования головного мозга.

3. Развитие галлюцинаций обусловлено раздражением корковых и подкорковых структур височных отделов головного мозга.

4. В специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении онкоцентра.

5. Показаний для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар нет.

**Задача №3**

У мужчины 25 лет впервые в жизни на фоне полного благополучия развилась серия развернутых приступов тонико-клонических судорог, сопровождавшихся потерей сознания, прикусом языка. При осмотре глазного дна окулистом выявлен застой дисков зрительных нервов

1. Назовите состояние.
2. Установите предполагаемый диагноз?
3. Какова дальнейшая диагностическая тактика?
4. Что могло явиться причиной развития данного состояния?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Эпилептический статус.

2. Симптоматическая эпилепсия в связи с объемным образованием головного мозга.

3. Направление пациента на дополнительные консультации к неврологу, эпилептологу, проведение МРТ-исследований.

4. Повышение внутричерепного давления.

5. Из-за нарушения кровоснабжения мозга и ликвородинамики возможно развитие отека мозга, приводящего к нарушению регуляции дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти.

**Задача №4**

У пациентки 69 лет, на фоне относительного благополучия и сохранности психической деятельности отмечаются эпизоды элементарных зрительных иллюзий, галлюцинаций.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Определите предположительную локализацию патологического процесса.

3. Какие методы обследования необходимо выполнить с целью верификации диагноза?

4. Нуждается ли пациентка в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Определите стратегию лечения.

**Эталон ответа**

1. Опухоль головного мозга.

2. Затылочные отделы головного мозга.

3. МРТ-исследование голоного мозга.

4. Показаний для госпитализации в психический стационар нет.

5. Симптоматическая терапия, лечение в специализированном отделении онкоцентра.

**Задача №5**

Пациент 58 лет отмечает приступообразные состояния характеризующиеся нарушением схемы тела, ощущением того, что конечности внезапно изменились в размерах. Состояние сопровождалось вестибулярными нарушениями.

1. Назовите психопатологические симптомы.

2. Предположительная локализация патологического процесса?

3. Предположительный диагноз заболевания?

4. Какие методы диагностики показаны?

5. Нуждается ли пациент в недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

**Эталон ответа**

1. Психосенсорные расстройства в форме нарушения схемы тела, вестибулярные нарушения.

2. Теменные отделы голоного мозга.

3. Опухоль головного мозга.

4. МРТ-исследование головного мозга.

5. Оснований для госпитализации в психиатрический стационар нет.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить психические и неврологические расстройства, характерные для опухолей головного мозга
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические особенности выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Психические расстройства, характерные для опухолей лобных отделов головного мозга.

2. Психические расстройства, характерные для опухолей височных отделов головного мозга.

3. Методы дифференциальной диагностики психических расстройств при опухолях головного мозга.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.81. **Тема:** «Психические расстройства при инфекционно-органических заболеваниях головного мозга».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям психических расстройств, характерных для инфекционно-органических заболеваний головного мозга, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Своевременное и адекватное лечение данных заболеваний может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с инфекционно-органическими заболеваниями головного мозга.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и клинических проявлений различных вариантов инфекционно-органических заболеваний головного мозга.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы инфекционно-органических заболеваний головного мозга.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основных проявлений инфекционно-органических заболеваний головного мозга. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными диагностики инфекционно-органических заболеваний головного мозга.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Лечение психических расстройств при инфекционно-органических заболеваниях головного мозга».  - Беседа с больным, выявление характерных признаков инфекционно-органических заболеваний головного мозга с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Несмотря на огромное разнообразие причин, способных вызвать органическое поражение мозга (инфекции, интоксикации, травмы, опухоли, сосудистые заболевания и пр.), обнаруживается значительное сходство между проявлениями различных органических заболеваний. Одной из попыток объяснить его является ***концепция экзогенного типа реакций,*** предложенная немецким психиатром К. Бонгеффером. В его работах высказывается мнение, что в процессе филогенеза человеческий мозг выработал ограниченное число стандартных реакций на все возможные внешние воздействия. Таким образом, в ответ на самые различные повреждающие воздействия возникают однотипные реакции. Выводы К. Бонгеффера основывались на анализе проявлений инфекционных, интоксикационных и травматических психозов. Появление в XX в. новых токсических веществ, инфекций (например, СПИДа), неизвестных прежде повреждающих факторов (лучевое поражение) продемонстрировало принципиальную правоту основных положений данной концепции.

К реакциям экзогенного типа относятся:

* астенический синдром
* синдромы нарушения сознания (делирий, аменция, сумеречное расстройство, оглушение, сопор, кома)
* галлюциноз
* эпилептиформные пароксизмы
* Корсаковский амнестический синдром
* деменция

Перечисленные синдромы нетипичны для эндогенных функциональных психозов (шизофрении и МДП). Однако среди проявлений органических заболеваний могут встретиться и расстройства, сходные с проявлениями эндогенных психозов — бред, депрессия, кататоническая симптоматика.

Ведущий синдром может указывать на острый или хронический характер заболевания, свидетельствовать об инициальных проявлениях болезни или о заключительном ее этапе (исходе). Так, астеническая симптоматика наблюдается в инициальном периоде медленно развивающихся заболеваний или в периоде реконвалесценции. Обильная психотическая продуктивная симптоматика (помрачение сознания, бред, галлюциноз) часто возникает при остром начале заболевания или при его последующих обострениях. Конечным состояниям соответствуют такие негативные расстройства, как деменция, корсаковский синдром, грубые изменения личности, часто в сочетании с нарушением критики, эйфорией и благодушием.

**Инфекционные психозы** – это симптоматические психические расстройства, развивающиеся на различных стадиях инфекционных заболеваний. В начальном и остром периоде проявляются помрачением сознания, бредом и зрительными галлюцинациями. Возникает дезориентация во времени и пространстве, двигательное и аффективное возбуждение. Для психозов отдаленного периода инфекции характерна тревожно-депрессивная и тревожно-бредовая симптоматика, маниакальные состояния, астения. Диагностика проводится клиническими и психологическими методами. Лечение медикаментозное, направлено на устранение основного заболевания и купирование психопатологических симптомов.

Слово «психоз» в переводе с древнегреческого означает «нарушенный рассудок», «душевное расстройство». Данный термин объединяет группу нарушений психической деятельности, при которых искажено восприятие окружающего мира, дезорганизовано поведение. Инфекционные психозы активно исследуются с начала XX столетия, выяснены этиопатогенетические механизмы, систематизированы клинические проявления, разработаны стандарты лечения. Статистические данные о заболеваемости психозами при инфекционных болезнях недостаточны, зависят от сезонности эпидемий, доступности медицинской профилактической помощи, соблюдения санитарно-гигиенических правил. Для [брюшного тифа](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/typhoid) показатель составляет 1,5-38%, для [крупозной пневмонии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/lobar-pneumonia) – до 20%, для [рожистого воспаления](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/erysipelas) – 7-9%.

Первые случаи психотических симптомов были зарегистрированы еще в прошлом веке при острых инфекциях с повышением температуры и лихорадкой. Позже немецкий [психиатр](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/psychiatrist) Э. Крепелин отметил, что расстройства психики нередко развиваются в отдаленной стадии заболевания. Таким образом, осложнение может сформироваться на любом этапе болезни, его вероятность определяется несколькими факторами:

* Вид инфекционного агента. Психические нарушения возникают не при любой инфекции. Они часто диагностируются у больных с [энцефалитами](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis), [бешенством](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/rabies), брюшным тифом, гриппом, [малярией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/malaria), [сыпным тифом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/typhus) и [гепатитом A](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/hepatitis-A).
* Тяжесть инфекционного процесса. Формирование психотических осложнений чаще происходит при интенсивном течении инфекции с лихорадкой. Вероятность постинфекционных психозов выше при продолжительном выздоровлении.
* Ослабленность организма. Воздействие вредных факторов в период до заражения и в процессе развития инфекции способствует формированию психоза. К группе риска относятся лица с хроническими соматическими заболеваниями, иммунодефицитными состояниями, испытывающие постоянные стрессовые нагрузки (профессиональные, личные).
* Предрасположенность к психозам. Большое значение имеет наследственная отягощенность, предшествующие [черепно-мозговые травмы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), сосудистые и неврологические заболевания. Данные факторы особенно существенны в развитии острых форм психозов.

**Патогенез**

В основе психозов лежит дисбаланс обменных процессов в ЦНС и аутоинтоксикация. При соматических инфекциях в крови появляется большое количество токсинов, как результат их негативного воздействия на нервную систему развиваются инфекционные психозы. Воспалительные процессы, геморрагические очаги и их последствия нарушают деятельность корковых отделов и/или подкорковых структур. В зависимости от интенсивности поражения, степени изменения корково-подкорковых взаимодействий психоз проявляется острым психомоторным возбуждением или заторможенностью, дезориентацией, помрачением сознания, продуктивной психопатологией (галлюцинациями, бредом).

Согласно отечественным исследованиям, общие психопатологические симптомы при различных экзогенных психозах являются отражением единого варианта реагирования, который объясняется специфической чувствительностью таламогипоталамического комплекса к интоксикации. При нейроинфекциях психоз провоцируется непосредственным внедрением патогенного агента в ткани головного мозга.

**Классификация**

Психозы возникают при общих инфекционных заболеваниях и нейроинфекциях. С учетом этого фактора производится разделение на симптоматические и органические. Симптоматические инфекционные психотические расстройства являются осложнениями гриппа, малярии, [скарлатины](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/scarlatina), гепатита A, [кори](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/measles). При этих заболеваниях вся нервная ткань истощается и подвергается влиянию токсинов, циркулирующих в крови. Органические психозы инфекционного происхождения развиваются на базе энцефалитов, [менингитов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/meningitis), поражение ЦНС при них относительно избирательное. Данная классификация считается наиболее простой и распространенной, однако недостаточно информативна в практическом смысле, так как многие инфекции являются общими, но при этом непосредственно воздействуют на нервные клетки. Более подробное разделение психозов выглядит следующим образом:

1. Психозы острых общих инфекций. Психотическая симптоматика возникает как эффект от воздействия токсинов. Непосредственная мозговая локализация отсутствует. Включены:

* Симптоматические психозы. Кратковременны, заканчиваются благоприятно. Специфического лечения и помещения в психоневрологическое отделение не требуют.
* Постинфекционные психозы. Отличаются большей продолжительностью, являются следствием истощения ЦНС без грубого поражения мозгового субстрата.

2. Острые психозы нейроинфекций. Возникают на основе непосредственного инфицирования мозга. [Нейроинфекции](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/neuroinfection) характеризуются более тяжелой общей реакцией (менингиты, энцефалиты).

3. Последствия острых инфекционных психозов. Представляют собой остаточные явления стойких изменений ткани мозга. Проявляются в четырех вариантах:

* Постинфекционное слабоумие. Обусловлено диффузным поражением ЦНС. Характерно регредиентное течение (постепенное улучшение состояния).
* Корсаковский синдром. [Постинфекционный Корсаковский психоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/Korsakoff) часто развивается у пожилых пациентов при недостаточной восстановительной способности нервной ткани. Течение хроническое.
* Психопатологические постинфекционные синдромы. Формируются у больных молодого возраста. Прогноз определяется условиями лечения, реабилитации.
* Локальные выпадения функций. Типичны для детского и юного возраста. Сопровождаются [олигофренией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/oligophrenia), [афазией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia), [апраксией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/apraxia), параличом.

**Симптомы инфекционных психозов**

Наиболее типичным признаком симптоматических форм психозов является бессвязное мышление, которое возникает на пике инфекции, зависит от влияния токсических веществ и уровня гипертермии. Дополнительно могут наблюдаться галлюцинации, помрачение сознания, пространственная дезориентировка, моторное возбуждение, [бессонница](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/insomnia). Состояние резко улучается после исчезновения лихорадки. В самом начале болезни, до повышения температуры, может развиться инфекционный бред. Он провоцируется токсинами, сопровождается резким оглушением, чувством общей разбитости, головной болью, расстройством сознания, состоянием возбуждения. Бредовые идеи, формирующиеся после падения температуры, называются бредом коллапса, а остаточные патологические идеи, сохраняющиеся после устранения инфекции – резидуальным бредом.

Постинфекционные формы психотических расстройств характеризуются острой спутанностью ([аменцией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/amentia)). При аменции отмечаются галлюцинации, иллюзии, [делирий](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/delirium), бред, возбуждение, беспокойство, бессонница. Пациенты растеряны, не узнают окружающих, много и бессвязно говорят, находятся в маниакальном состоянии с преобладанием страха, тревоги, гнева, религиозного экстаза. Постинфекционная слабость противоположна аменции. Наблюдается истощенность, вялость, апатичность, снижение аппетита, забывчивость. Больные раздражительны, с трудом решают повседневные интеллектуальные задачи. Настроение подавленное, ориентировка замедленная.

Острые психотические проявления нейроинфекций определяются локализацией пораженного участка мозга. На начальных этапах симптоматика схожа с таковой при инфекциях общего типа, выявляется бред, оглушенность, спутанное сознание, психическое возбуждение, возможна аменция. В отдаленном периоде нередко нарастает [церебрастения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/cerebranic-syndrome), галлюцинаторно-бредовые и [кататонические расстройства](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/catatonia), неврозоподобные симптомы – тревога, [депрессия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/depression), апатия, навязчивые мысли, [ипохондрия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/hypochondria). Редко обнаруживается интеллектуально-мнестическое снижение.

Хронические длительно текущие инфекции способствуют развитию пролонгированных психозов. Вначале такие расстройства протекают без помрачения сознания, симптомы носят переходящий характер. Возникает [астения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/asthenia), иногда – корсаковский и [психоорганический синдром](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/psychoorganic-syndrome) (нарушения памяти, интеллекта, утомляемость, расстройства внимания). Общая клиническая картина характеризуется изменчивостью. Депрессивное состояние сменяется маниакально-эйфоричным, двигательная заторможенность – возбуждением. Пациенты высказывают бредовые идеи о неизлечимых, фантастических заболеваниях, преследовании, попытках нанесения вреда.

К нейроинфекциям относятся болезни, при которых возбудитель инфекции локализуется преимущественно в центральной нервной системе и имеются клинические признаки поражения каких-либо ее отделов. В настоящее время, изменился спектр симптомов нейроинфекции. Легкие головные и мышечные боли, нарушения сна, чувство “разбитости”, снижение аппетита и трудоспособности и другие проявления астенического синдрома могут быть симптомом как обычной, спонтанно проходящей, инфекции, так и несущей большую опасность нейроинфекции.

К этой группе заболеваний относятся первичные инфекционные заболевания головного мозга (эпидемический, весенне-летний, японский энцефалит), так называемые, параинфекционные энцефалиты, т.е. энцефалиты, возникающие в виде осложнений при общих инфекциях (кори, гриппе, тифе, эпидемическом паротите), нейроревматизм, нейросифилис и т.д.

Клинические особенности острых мозговых инфекций зависят не только от этиологического фактора, но и от преимущественной локализации воспалительного процесса (в оболочках или самом веществе мозга), первичного или вторичного характера поражения мозга, особенностей патологических процессов в нем (например, гнойное или серозное воспаление оболочек).

В случаях первичных энцефалитов (эпидемический, клещевой, японский), острый период, нередко, сопровождается помрачением сознания в виде делириозного, аментивного, онейроидного синдромов, сумеречного состояния, различными степенями выключения сознания от оглушенности до комы.

В стадии затяжного и хронического течения описываются психосенсорные, галлюцинаторно-бредовые, аффективные, психопатоподобные расстройства с импульсивностью, жестокостью, расторможенностью сексуальных и пищевых влечений. В отдаленном периоде клещевого энцефалита нередко развивается миоклонус эпилепсия (эпилепсия Кожевникова). Хроническая стадия эпидемического энцефалита характеризуется явлениями паркинсонизма, аспонтанностью, брадифренией, замедленностью, затрудненностью движений и психических процессов, а также в некоторых случаях пароксизмами двигательного возбуждения, насильственными действиями (смех, плач).

Среди параинфекционных энцефалитов, возникающих при общих инфекционных заболеваниях в качестве осложнения, наиболее часты энцефалиты при кори, эпидемическом паротите, ветряной оспе. При них обычно не возникает очерченных психотических состояний. Как правило, на высоте температуры развивается состояние оглушения, на фоне которого возможны кратковременные эпизоды деририозных, онейроидных и аментивных расстройств. Нередко возникают фебрильные судорожные припадки.

Характер патологического процесса в головном мозге при ревматических психозах оценивали различно на разных этапах их изучения, что в значительной степени обусловлено взглядами на патогенез ревматизма в тот или иной период. Пока дискуссионным остается вопрос о преобладании энцефалитических или сосудисто-воспалительных изменений мозга при ревматизме. Однако большинство авторов считают основной формой поражения мозга васкулит средних и мелких сосудов (ревмоваскулиты).

Общепризнано, что психозы при ревматизме могут возникать в различных фазах заболевания, в том числе и в «холодном» периоде, так как латентное течение ревматизма является активным процессом, протекающим субклинически, что подтверждается биохимическими, иммунологическими и патогистологическими исследованиями. Вместе с тем наблюдается определенная зависимость между фазой ревматического процесса и картиной психоза: при остром течении ревматизма чаще возникают синдромы помрачения сознания, при затяжно-вялом, латентном течении, а также в межприступный период – астенические, параноидные, шизофреноподобные картины, вербальный галлюциноз (Н.Я.Дворкина). Особенно типичны при затяжных ревматических психозах тревожно-депрессивные синдромы с мыслями о неминуемой смерти, ипохондрическими, нигилистическими, бредовыми идеями. Продолжительность затяжных психозов от 2 месяцев до 1 года. По выходе из них наблюдаются длительные церебрастенические состояния.

**Осложнения**

Развитию осложнений наиболее подвержены дети и пожилые больные. В детском возрасте тяжелым последствием является постинфекционная олигофрения, стойкие нарушения речевого развития, параличи. У старых и пожилых людей формируется психоорганический и корсаковский амнестический синдром: ослабляется память, в том числе на текущие события, снижается интеллект, нарушается ориентировка, развивается выраженная аффективная лабильность. Больные нуждаются в постоянном уходе, теряют приобретенные навыки, дети не осваивают сложные формы мыслительной деятельности.

**Диагностика**

Диагноз выставляется на основании данных об инфекционной болезни. Важна дифференциация психозов инфекционного происхождения от приступов [шизофрении](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/schizophrenia) и острых маниакальных фаз [биполярного аффективного расстройства](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/manic-depression). Для различения этих заболеваний необходимо отслеживание клинической картины в динамике и проведение патопсихологического тестирования, способного выявить признаки эндогенности. Обследование проводится врачом-психиатром и медицинским психологом, включает:

* Беседу. Осуществляется клинико-анамнестический опрос пациента и близкого родственника (для получения достоверной и более точной информации). В ходе непосредственного общения врач оценивает способность больного поддерживать контакт, его ориентировку в пространстве и времени, выявляет бред, снижение интеллектуально-мнестических функций.
* Наблюдение. При обследовании психиатр определяет ясность сознания, адекватность эмоциональных и поведенческих реакций, психомоторную заторможенность или возбуждение. Отмечает наличие или отсутствие двойственности, разноплановости аффекта и суждений.
* Психодиагностику. Используются стандартные патопсихологические пробы на исследование работоспособности, внимания, памяти, мышления. Результаты позволяют обнаружить признаки психоорганического и корсаковского синдрома, качественные изменения мышления, характерные для шизофрении.

**Лечение инфекционных психозов**

Терапия проводится в условиях стационара инфекционного отделения психоневрологического диспансера или в общем инфекционном отделении под наблюдением психиатра и инфекциониста. Необходимо обеспечение круглосуточного надзора. Основное лечение заключается в устранении причины, спровоцировавшей психотическое состояние. С этой целью используются противовирусные, общеукрепляющие и симптоматические препараты, проводится активная дезинтоксикация. Для купирования проявлений психоза применяется [психофармакотерапия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mental-sphere/drug-therapy). Выбор лекарств определяется ведущими симптомами:

* Психомоторное возбуждение. При помрачении сознания препаратом выбора является хлорпромазин. Маниакальные, галлюцинаторные состояния купируются нейролептиками с седативным действием.
* Тревога и ажитация. Показано сочетание антидепрессантов с нейролептиками, транквилизаторами (хлордиазепоксид). При бессоннице дополнительно назначаются снотворные средства.
* Депрессия. Используются трициклические антидепрессанты (амитриптилин). Для лечения детей нередко применяются СИОЗС.

**Прогноз и профилактика**

При своевременном адекватном лечении основного заболевания острые инфекционные психозы имеют благоприятный прогноз, симптомы проходят бесследно, пациент возвращается к привычному образу жизни. Пролонгированные формы иногда приводят к изменениям личности по органическому типу. Исход заболевания более благоприятный у молодых больных, не имеющих органических поражений ЦНС в анамнезе и наследственной отягощенности по психическим расстройствам. Специфической профилактики не существует, чтобы избежать развития психоза рекомендуется соблюдать меры по предупреждению заражения инфекциями.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Чем определяется понятие реакций экзогенного типа?

2. Какие состояния относят к реакциям экзогенного типа?

3. Дайте определение инфекционным психозам.

4. Какие факторы способствуют развитию психических нарушений при инфекционных заболеваниях?

5. Какие группы инфекционных психозов выделяют?

6. Чем характеризуются психозы острых общих инфекций?

**7.** Чем характеризуются острые психозы нейроинфекций?

8. Чем характеризуются последствия острых инфекционных психозов?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ХАРАКТЕРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ СОЗНАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. делирий
2. онейроид
3. фиксационная амнезия
4. конфабуляции
5. мания

2. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА

1. зависят от особенностей инфекционного агента
2. имеют временный обратимый характер
3. проявляются бредом и галлюцинациями
4. проявляются аффективными расстройствами
5. одинаковы при различных инфекциях

3. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА НАБЛЮДАЮТСЯ

1. делириозные и галлюцинаторные картины с яркими зрительными иллюзиями и галлюцинациями
2. деменция
3. кататонические расстройства
4. маниакальные состояния
5. аменция

4. ДЛЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. апатоабулические расстройства
2. интеллектуально-мнестические расстройства
3. состояния психической спутанности
4. психопатоподобное поведение
5. галлюцинаторная симптоматика

5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ

1. гормональных препаратов
2. нейролептиков
3. атипичных антипсихотиков
4. антибиотиков
5. антиконвульсантах

6. В ОСТРОЙ СТАДИИ КОМАРИНОГО (ЛЕТНЕ-ВЕСЕННЕГО) ЭНЦЕФАЛИТА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1. маниакальное возбуждение
2. депрессивный ступор
3. эпилептиформное возбуждение
4. синдром Кандинского-Клерамбо
5. онейроидное нарушение сознания

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ОТЕКОМ МОЗГА ПРИМЕНЯЮТ

1. оксигенотерапию
2. физиотерпию
3. дегидратационную терапию
4. баротерапию
5. жаропонижающую терапию

8. К РЕАКЦИЯМ ЭКЗОГЕННОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ

1) депрессия

2) делирий

3) кататония

4) бредовые идеи

5) мания

9. ИЗ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) обнубиляция

10. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

1) восприятия и мышления

2) движений и эмоций

3) памяти и интеллекта

4) воли и влечений

5) внимания и сознания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной М., 38 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль и боли в мышцах, повышение температуры до 37,5°, общую слабость, недомогание. Эти симптомы появились после укуса клеща в правой подлопаточной области. В течение первой недели на месте присасывания клеща, имевшая место гиперемия, увеличилась с 1,5см до 12×20см. При осмотре неврологической и кардиальной патологии не выявлено. В подлопаточной области справа имеется кольцевидная эритема размером 14×26см. В правой подмышечной области пальпируется безболезненный лимфоузел 1x1,5см. Печень увеличена до 1,5см.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить методы профилактики.

**Эталон ответа**

1. Синдромы:

- инфекционный синдром с болями в мышцах, развившийся через 3 дня после укуса клеща;

- синдром кольцевидной эритемы.

2. Поражение кожи в виде кольцевидной эритемы.

3. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), стадия мигрирующей эритемы.

4. ИФА и ПЦР в сыворотке крови, а при необходимости и в ликворе.

5. Лечение: доксициклин –100 мг 2 раза в день per os 14 дней; витамины В1, В6, В12 – в/м.

По причине отсутствия мер специфической профилактики сделать акцент на применении репеллентов и ношении защитной одежды.

**Задача №2**

Больной К., 42 лет, заболел остро, сегодня утром, когда возникла сильная головная боль и многократная рвота, повысилась температура тела до 40°, сердцебиение, одышка, судороги, днем была вызвана скорая помощь и больной доставлен в больницу.

При осмотре: сознание расстроено по типу сопора, пульс 110 уд в мин., АД 100/60 мм рт. ст. В области ягодиц, бедер и голеней обнаружена геморрагическая сыпь.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, положительный симптом Манн-Гуревича. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Ригидность мышц затылка 4 см, симптом Кернига под углом 90°. Положительный нижний симптом Брудзинского. Больному произведена люмбальная пункция.

Ликвор мутный, вытекает под давлением 300мм вод.ст. Цитоз – 2320 клеток в 1 мкл за счет нейтрофилов, белок – 2,6 г/л, глюкоза – 0,22 г/л.

1. Выделить клинические синдромы и поставить топический диагноз

2. Назначить дополнительные методы обследования.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости, полученный при люмбальной пункции.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить методы профилактики.

**Эталон ответа**

1. Общемозговой, инфекционный, интоксикационный и менингеальный синдромы.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Нейтрофильный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о гнойном воспалении, которое вызвано обнаруженными в клетках менингококками.

4. Менингококковый менингит, менингококкцемия, острый период, тяжелое течение.

Необходима изоляция больного.

5. Лечение:

- пенициллин 24 млн. ЕД/сут. вводить внутривенно 5-7 сут.;

- дегидратация: лазикс, маннитол, кортикостероиды;

- детоксикация: гемодез, физ. р-р, плазмаферез.

**Задача №3**

Через месяц после перенесенного клещевого энцефалита у больного 43 лет впервые в жизни развился тонико-клонический припадок с внезапной потерей сознания, падением на пол, непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. Припадок длился около двух минут, закончился глубоким сном. Впоследствии пациент о нем не помнил, не понимал, что произошло. В дальнейшем подобные припадки возникали с частотой 2-3 раза в месяц.

1. Назовите состояние

2. Установите диагноз

3. Какова первая помощь во время припадка?

4. Какова терапевтическая тактика?

5. Что явилось причиной развития данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Большой (генерализованный) судорожный припадок.

2. Симптоматическая эпилепсия.

3. Сразу после прекращения судорог показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

4. Лечение основного заболевания, назначение антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия.

5. Перенесенный клещевой энцефалит.

**Задача №4**

Больной Л., 32 лет. Заболел остро 15 июня, через неделю после укуса клеща. когда повысилась температура до 39°С, появилась головная боль, боли и слабость в мышцах рук и плечевого пояса, стало трудно глотать и говорить.

В неврологическом статусе: больной в сознании. Зрачки D=S, движения глазных яблок не ограничены. Определяется дизартрия, дисфония, дисфагия, вялые парезы рук и мышц шеи (симптом «свислой головы»), фибриллярные подергивания в проксимальных отделах рук, их тонус и сила снижены, рефлексы угнетены. Поверхностные и глубокие виды чувствительности сохранены.

Ликвор: давление 250 мм вод..ст., цитоз 95 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок 0,46 г/л.

Титр антител к вирусу КЭ в ИФА: 20 июня IgM – 1:6400

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости и анализ крови на антитела к вирусу КЭ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

**Эталон ответа**

1. Синдромы:

- инфекционный синдром, развившийся через неделю после укуса клеща;

- очаговые синдромы в виде периферического пареза рук, мышц шеи и бульбарного пареза.

2. Поражен продолговатый мозг (ядра IX-X-XI-XII пар ЧМН) и шейный отдел спинного мозга (передние рога).

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о серозном характере воспаления, а высокий титр IgM по данным ИФА на клещевой энцефалит подтверждает этот диагноз.

4. Клещевой энцефалит, полиоэнцефаломиелитическая форма с верхним периферическим парапарезом, парезом мышц шеи и бульбарным синдромом.

5. Лечение:

- противоэнцефалитный иммуноглобулин 0,1-0,15 мл/кг массы тела в сутки в/м 3-4 дня;

- рибонуклеаза 20-30 мг в/м 6 раз в сутки в течение лихорадочного периода;

- дегидратация: фуросемид, маннитол;

- детоксикация: гемодез, р-р электролитов;

- ангиопротекторы: кавинтон, пентоксифиллин;

- нейропротекторы: витамины, пирацетам, актовегин, церебролизин;

- ранняя двигательная реабилитация.

**Задача №5**

У больного Ш., 43 лет, на фоне полного здоровья повысилась температура тела до 38°, возникла головная боль и рвота, боли в глазных яблоках.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, положительный симптом Манн-Гуревича, ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернига под углом 120°, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. На глазном дне омечается отёк сосков зрительных нервов.

Ликвор: давление 250мм водн.ст., бесцветный, прозрачный, плеоцитоз 300 клеток в 1 мкл. за счет лимфоцитов, белок 0,6 г/л. Содержание сахара и хлоридов в норме.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**Эталон ответа**

1. Инфекционный, общемозговой, менингеальный синдромы.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о серозном характере воспаления.

4. Острый серозный менингит, средняя степень тяжести.

5. Лечение симптоматическое:

- дегидратационная терапия: фуросемид, маннитол;

- детоксикация: гемодез, р-р электролитов;

- нейропротекторы: витамины, пирацетам, мексидол;

- симптоматическая терапия: седативные средства, анальгетики.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при помощи обследования психические нарушения, характерные для инфекционно-органических заболеваний головного мозга.
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические особенности выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Психические расстройства инфекционной природы

2. Нейросифилис

3. Психические расстройства вследствие интоксикаций

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.82. **Тема:** «Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям психических расстройств, характерных для синдрома приобретенного иммунодефицита, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Своевременное и адекватное лечение данных заболеваний может в значительной мере предотвратить развитие хронической психической патологии, ведущей к инвалидизации и трудовой и социальной дезадаптации больных.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам оценки состояния и организации помощи пациентам с синдромом приобретенного иммунодефицита.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и клинических проявлений различных психических расстройств при синдроме приобретенного иммунодефицита.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы психических нарушений, развивающихся у пациентов с синдромом приобретенного иммунодефицита.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основных клинических проявлений психических расстройств при синдроме приобретенного иммунодефицита. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Ознакомление с современными подходами к диагностике психических нарушений при синдроме приобретенного иммунодефицита.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Лечение психических расстройств при синдроме приобретенного иммунодефицита».  - Беседа с больным, выявление показаний к назначению фармакотерапии с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) относится к подсемейству ретровирусов, которое носит название - лентивирусы (или «медленные» вирусы). Это означает, что от момента заражения до появления первых признаков заболевания и тем более до развития СПИДа проходит большой период времени, иногда несколько лет. У половины ВИЧ-инфицированных бессимптомный период составляет около 10 лет.

Выделяют 2 типа ВИЧ – ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Наиболее распространен в мире ВИЧ-1, ВИЧ-2 по морфологии ближе вирусу иммунодефицита обезьян – тому самому, который был найден в крови шимпанзе.

**Острая лихорадочная фаза** появляется примерно через 3-6 недель после заражения. Она имеет место не у всех больных – примерно у 50-70%. У остальных после инкубационного периода сразу наступает бессимптомная фаза.

Проявления острой лихорадочной фазы неспецифичны: лихорадка, повышение температуры, чаще субфебрилитет, т.е. не выше 37,5ºС. Боли в горле. Увеличение лимфоузлов: появления болезненных припухлостей на шее, подмышками, в паху. Головная боль, боль в глазах. Боли в мышцах и суставах. Сонливость, недомогание, потеря аппетита, похудание. Тошнота, рвота, понос. Кожные изменения: сыпь на коже, язвы на коже и слизистых. Может развиваться также серозный менингит – поражение оболочек головного мозга, что проявляется головной болью, светобоязнью. Острая фаза продолжается от одной до нескольких недель. У большинства больных вслед за ней следует бессимптомная фаза. Однако примерно у 10% больных наблюдается молниеносное течение ВИЧ-инфекции с резким ухудшением состояния.

**Бессимптомная фаза ВИЧ-инфекции**. Продолжительность бессимптомной фазы колеблется в широких пределах – у половины ВИЧ-инфицированных она составляет период до 10 лет. Длительность зависит от скорости размножения вируса. Во время бессимптомной фазы прогрессивно снижается число лимфоцитов CD 4, падение их уровня ниже 200/мкл свидетельствует о наличии СПИДа. Бессимптомная фаза может не иметь никаких клинических проявлений. У некоторых больных имеется лимфаденопатия – т.е. увеличение всех групп лимфоузлов.

**Развернутая стадия ВИЧ** - СПИД. На этой стадии активируются так называемые оппортунистические инфекции – это инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, являющимися нормальными обитателями нашего организма и в обычных условиях не способные вызывать заболевания.

Выделяют 2 стадии СПИДа:

А. Снижение массы тела на 10% по сравнению с исходной. Грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых. Кандидозный стоматит: молочница – белый творожистый налет на слизистой рта. Волосатая лейкоплакия рта – белые бляшки, покрытые бороздками на боковых поверхностях языка. Опоясывающий лишай – является проявлением реактивации вируса varicella zoster – возбудителя ветряной оспы. Проявляется резкой болезненностью и высыпаниями в виде пузырьков на обширных участках кожи, в основном туловища. Повторные частые явления герпетической инфекции. Кроме того, больные постоянно переносят фарингиты (боль в горле), синуситы (гаймориты, фронититы), отиты (воспаление среднего уха). Кровоточивость десен, геморрагическая сыпь (кровоизлияния) на коже рук и ног. Это связано с развивающейся тромбоцитопенией, т.е. снижением числа тромбоцитов – клеток крови, участвующих в свертывании.

Б. Снижение массы тела более, чем на 10% от исходной. При этом к вышеописанным инфекциям присоединяются и другие: необъяснимая диарея и/или лихорадка более 1 месяца, туберкулез легких и других органов, токсоплазмоз, гельминтоз кишечника, пневмоцистная пневмония, саркома Капоши, лимфомы.

Стандартный метод определения антител к ВИЧ называется иммуноферментный анализ (ИФА) или ELISA . Этот метод очень надежен, его чувствительность составляет более 99,5%. Результаты анализа могут быть положительными, отрицательными или сомнительными. При отрицательном результате и отсутствии подозрения на недавнее (в течение последних 6 месяцев) заражение, можно считать диагноз ВИЧ неподтвержденным. Если есть подозрение на недавнее заражение, проводят повторное исследование. Существует проблема так называемых ложноположительных результатов, поэтому при получении положительного или сомнительного ответа результат всегда проверяют более специфичным методом. Этот метод носит название иммуноблоттинг. Результат также может быть положительным, отрицательным или сомнительным. При получении положительного результата диагноз ВИЧ-инфекции считают подтвержденным. При сомнительном ответе требуется повторное исследование через 4-6 недель. Если результат повторного иммуноблоттинга остается сомнительным, диагноз ВИЧ-инфекции представляется маловероятным. Однако для окончательного его исключения иммуноблоттинг повторяют еще 2 раза с интервалом в 3 месяца или используют другие методы диагностики. Кроме серологических методов (т.е. определения антител), существуют методы прямого выявления ВИЧ, с помощью которых можно определить ДНК и РНК вируса. Это методы основаны на ПЦР (полимеразной цепной реакции) и являются очень точными методами диагностики инфекционных заболеваний. ПЦР может использоваться для ранней диагностики ВИЧ – через 2-3 недели после сомнительного контакта. Однако из-за высокой стоимости и большого количества ложноположительных результатов, обусловленных загрязнением исследуемых проб¸ эти методы применяют в тех случаях, когда стандартные методы не позволяют с уверенностью поставить или исключить ВИЧ.

**Психические расстройства** при СПИДе в основном соответствуют реакциям экзогенного типа. В инициальном периоде нередко наблюдаются явления стойкой астении с постоянным чувством усталости, повышенной потливости, нарушениями сна, снижением аппетита. Подавленность, тоска, депрессия могут возникнуть до того, как установлен диагноз. Изменения личности проявляются нарастанием раздражительности, вспыльчивости, капризности или расторможенности влечений. Уже на раннем этапе течения болезни нередко развиваются острые психозы в виде делирия, сумеречного помрачения сознания, галлюциноза, реже острые параноидные психозы, состояние возбуждения с маниакальным аффектом. Довольно часто возникают эпилептиформные припадки.

В последующем быстро (в течение нескольких недель или месяцев) нарастает негативная симптоматика в виде слабоумия. В 25 % случаев признаки слабоумия обнаруживаются уже в инициальной фазе заболевания.

Начальные признаки деменции — астения, апатия и психомоторная заторможенность. Они иногда ошибочно могут приниматься за депрессию. Постепенно ухудшаются память и внимание (при отсутствии явлений афазии и апраксии эти нарушения часто диагностируются как подкорковая деменция). Прогрессирующее снижение когнитивных способностей длительное время не сопровождается изменениями сознания. Могут возникать отдельные бредовые идеи, делириозные эпизоды, кататонические явления. В период развернутой картины деменции возможны также грубые аффективные расстройства типа недержания аффекта, расстройства влечений и регресс поведения в целом. Указанные явления протекают на фоне двигательных нарушений — экстрапирамидных, гиперкинезов, нарушений статики, координации движений и психомоторики в целом. При преимущественной локализации процесса в лобной коре формируется вариант деменции с мориоподобным поведением. В зависимости от прогредиентности основного заболевания, а также от соматического состояния пациентов описанные расстройства могут прогрессировать в течение нескольких недель или месяцев. Глобальная дезориентировка и кома предшествуют смерти больных. Об истинной частоте деменции при СПИДе судить трудно, так как многие больные не доживают до выраженных ее форм. С учетом этой особенности и должна оцениваться фигурирующая в литературе величина — 20 % случаев. Риск развития деменции выше у пациентов старших возрастных групп, у наркоманов; у женщин деменция развивается в 2 раза чаще, чем у мужчин. В отличие от деменции психозы при СПИДе развиваются относительно редко (в 0,9 % случаев) — у инфицированных ВИЧ лиц. Описано развитие маний, делириозных состояний (чаще у наркоманов), психозов с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Очень частыми и характерными для СПИДа психическими расстройствами являются психогенные реакции на факт инфицирования ВИЧ и особенно обнаружения заболевания. Они представлены депрессивно-тревожным синдромом с выраженным страхом перед неопределенностью будущего, чувством безнадежности и вины, отчаянием и другими характерными для этого синдрома сопутствующими нарушениями (расстройство сна и др.).

У инфицированных ВИЧ лиц этот симптомокомплекс может принимать картину спидофобии.

Лечение больных СПИДом основано на оценке стадии, тяжести и клинической картины болезни. Проводится этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия. К этиотропным препаратам относятся азидотимедин, дидезоксициллин, фосфонофомат и др. В первые 6—12 мес возможно также применение зидовудина (ингибитора репликации ВИЧ) и диданозина. Эти средства снижают риск развития деменции у пациентов с начальными признаками когнитивной дисфункции. Применяется также генцикловир. При прогрессирующем слабоумии широко используются традиционные средства симптоматической терапии — церебропротекторы, препараты, улучшающие церебральную гемодинамику, седативные средства, антидепрессанты, нейролептики (для коррекции поведенческих нарушений). Большое место в организации помощи больным СПИДом отводится специальным программам, предусматривающим психологическую и психотерапевтическую помощь пациентам, для чего создаются специальные психотерапевтические службы и центры для разных категорий больных и ВИЧ-инфицированных лиц без признаков манифестации заболевания. Конечными целями деятельности таких центров являются реализация соответствующих программ и улучшение «качества жизни» пациентов. В комплексе терапевтических мероприятий большое место занимают средства, направленные на лечение соматической патологии.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Перечислите основные этапы развития ВИЧ-инфекции.

2. Чем характеризуется острая лихорадочная фаза ВИЧ-инфекции?

3. Чем характеризуется бессимптомная фаза ВИЧ-инфекции?

4. Чем характеризуется развернутая стадия ВИЧ?

5. Дайте характеристику 1 стадии СПИДа.

6. Дайте характеристику 2 стадии СПИДа.

7. Перечислите основные варианты психических нарушений при СПИДе.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ СПИДА ЯВЛЯЮТСЯ

1. ВИЧ-инфицированный на стадии генерализованной лимфаденопатии
2. больной в стадии пре — СПИД
3. больной СПИДом в терминальной стадии
4. здоровый носитель ВИЧ-инфекции
5. ВИЧ-инфицированные в инкубационном периоде

2. НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ СПИД-ИНДИКАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 1 СТАДИИ

1. кандидоз пищевода, бронхов или легких
2. необъяснимая диарея и/или лихорадка более 1 месяца
3. туберкулез легких и других органов
4. токсоплазмоз, гельминтоз кишечника
5. саркома Капоши, лимфомы

3. НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ СПИД -ИНДИКАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 СТАДИИ

1. ВИЧ-энцефалопатия
2. кандидозный стоматит
3. волосатая лейкоплакия
4. опоясывающий лишай
5. фарингиты и проявления герпетической инфекции

4. МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВИЧ / СПИДА

1. биологическая проба
2. серологический
3. бактериологический
4. клинический
5. экспериментально-психологический

5. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ СПИДА ЯВЛЯЮТСЯ ВИРУСЫ СЕМЬИ

1. ортомиксовирусов
2. ретровирусов
3. флавивирусов
4. аденоирусов
5. герпесвирусов

6. ДЛЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ИНИЦИАЛЬНОГО ПЕРИОДА СИНДРОМА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ХАРАКТЕРНЫ

1. явления стойкой астении
2. грубые нарушения поведения
3. эпизоды маниакального возбуждения
4. выраженные нарушения памяти
5. признаки параноидного синдрома

7. ОСТРЫЕ ПСИХОЗЫ НА РАННЕМ ЭТАПЕ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА РАЗВИВАЮТСЯ В ВИДЕ

1. делирия, сумеречного помрачения сознания, галлюциноза
2. синдрома Кандинского-Клерамбо
3. фиксационной амнезии с конфабуляциями и псевдореминисценциями
4. онейроидной кататонии
5. обсессивно-фобических расстройств

8. В РАЗВЕРНУТОМ ПЕРИОДЕ СИНДРОМА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ДЕМЕНЦИЯ СОЧЕТАЕТСЯ С

1. экстрапирамидными расстройствами, гиперкинезами
2. выраженными признаками зависимости от алкоголя
3. бредом преследования и воздействия
4. онейроидным нарушением сознания
5. нарушением чувствительности по типу носков и перчаток

9. В РАЗВЕРНУТОМ ПЕРИОДЕ СИНДРОМА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ДЕМЕНЦИЯ СОЧЕТАЕТСЯ:

1. с нарушениями статики, координации движений и психомоторики в целом
2. с выраженными признаками зависимости от алкоголя
3. с бредом преследования и воздействия
4. с онейроидным нарушением сознания
5. с нарушением чувствительности по типу носков и перчаток

10. К ЭТИОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТАМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ

1. азидотимедин, дидезоксициллин, фосфонофомат
2. амитриптилин, сертралин, флуокситин
3. рисполепт, оланзапин, аминазин
4. диазепам, реланиум, сибазон
5. амоксиклав, эритромицин, цефазолин

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

В приемный покой наркологического стационара доставлен пациент. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Периодически возникают генерализованные судороги. Родственник, сопровождавший больного, сказал, что тот длительное время употреблял героин внутривенно, состоит на учете с зависимостью и по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем - рвота, судороги, дезориентация. Прием психоактивных веществ за время наблюдения отрицает

При лабораторном исследовании в иммунном статусе отмечается значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови - анемия, лейкопения. При проведении компьютерной томографии головного мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отечной тканью.

1. С чем может быть связано ухудшение состояния больного ВИЧ-инфекцией?
2. Нуждается ли в госпитализации в наркологический стационар?
3. Какое обследование можно рекомендовать?
4. Какова тактика ведения больного?
5. Определите прогноз.

**Эталон ответа**

1. У больного ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных проявлений IIIВ (СПИД) вероятнее всего церебральный токсоплазмоз, в пользу которого говорит ухудшение состояния в течение последних 3 недель с прогрессированием признаков поражения головного мозга (гемипарез, рвота, головная боль, судороги, психические расстройства).
2. Необходимо лечение в специализированном отделении для больных ВИЧ-инфекцией. Оснований для госпитализации наркологический стационар нет.
3. В дополнение к имеющимся сведениям о наличии глубокого иммунодефицита необходима информация о токсоплазмозном поражении мозга. Необходимо серологическое обследование: РИФ, РНГА, РСК с токсоплазменным антигеном, хотя основным доказательством токсоплазмоза являются данные компьютерной томографии (кольцевидные уплотнения в коре мозга, окруженные отечной тканью). Внутрикожная проба с токсоплазмином (КП) неинформативна у больных СПИДом, так как теряет свою специфичность.
4. Лечение комплексное. Для купирования судорог показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. Назначение противоретровирусных препаратов, если больной не получал их ранее. Для эффективного лечения церебрального токсоплазмоза применяют комбинацию пириметамина (50 мг в день) и сульфадиазина (1 г в день). Для профилактики побочных реакций (влияние на гематологические показатели) необходимо назначение фолиевой кислоты.
5. Если не проводить вторичную профилактику токсоплазмоза, неминуем рецидив болезни, присоединение психических нарушений, характерных для органического поражения головного мозга. Поэтому, в случае успешного лечения, назначение пириметамина и сульфадиазина - пожизненно. Для стабилизации когнитивных функций – нейропротективная терапия.

**Задача №2**

В психоневрологическом отделении на стационарном лечении находится больная, 25 лет с астено-депрессивной симптоматикой. Из анамнеза известно, что в течение последних трех лет часто и длительно болела острыми респираторными заболеваниями, перенесла бронхит и затяжную пневмонию. Антибиотикотерапия стала неэффективной. Появилась выраженная одышка, слабость, мучительный кашель на протяжении трех месяцев, резкое похудание (свыше 15 кг за пять месяцев), длительный субфебрилитет. Не замужем, вела беспорядочную половую жизнь. В отделении состояние прогрессивно ухудшается. При обследовании в анализе мокроты выявлено большое количество эозинофилов и пневмоцист.

1. Перечислите клинические признаки ухудшения соматического состояния.
2. Какое соматическое заболевание можно заподозрить?
3. Обоснуйте ответ на 2-й вопрос.
4. Какие есть показания для обследования на ВИЧ-инфекцию?
5. Определите дальнейшую тактику ведения больной.

**Эталон ответа**

1. На ухудшение состояния указывают выраженная одышка, слабость, мучительный кашель, резкое похудание, длительный субфебрилитет.
2. Можно заподозрить пневмоцистную пневмонию.
3. Предположительный диагноз подтверждается наличием в анализе мокроты большого количества эозинофилов и пневмоцист.
4. Присутствуют характерные для ВИЧ-инфицирования изменения в соматическом статусе, в лабораторных анализах на фоне специфического образа жизни.
5. Показано лечение пневмонии в специализированном отделении. Необходимо полное обследование на ВИЧ-инфицирование и решение вопроса о проведении противовирусной терапии. Наблюдение у психиатра по показаниям.

**Задача №3**

Пациент К., 22 лет, обратился к врачу с жалобами на похудение, субфебрильную температуру и на многократный жидкий стул с небольшой примесью крови в течение недели. Из анамнеза: в течение 3-х лет принимает наркотики внутривенно, 2 года тому назад выявлен гепатит С.

Объективно: сознание ясное, кожа бледная, по ходу вены на передней поверхности левого предплечья имеются многочисленные следы от инъекций. Температура тела 37,2о, пульс 58 уд/мин., слабого наполнения, АД 100/70.

1. Есть ли признаки развития угрожающего жизни состояния?
2. Какое заболевание можно предположить?
3. С чем связано ухудшение состояния?
4. Какими лабораторными исследованиями необходимо подтвердить диагноз?
5. Определите дальнейшую тактику ведения больного.

**Эталон ответа**

1. Признаков обезвоженности на фоне диареи нет, пациент в сознании, гемодинамика стабильная.
2. Можно предположить наличие синдрома приобретенного иммунодефицита в стадии развернутых проявлений.
3. Ухудшение состояния пациента, связанное с развитием вторичных заболеваний на фоне иммунодефицита при ВИЧ-инфекции.
4. Необходимо серологическое обследование: ИФА, ELISA или методом иммуноблоттинга.
5. Назначение антидиарейных и кровоостанавливающих препаратов, восполнение потерянной организмом жидкости и электролитов (калия, натрия). При подтверждении диагноза ВМЧ-инфекции – решение вопроса о проведении специфического лечения.

**Задача №4**

Больная Н., 51 год жалуется на головную боль, повышение температуры тела до 39°, снижение памяти и способности к концентрации внимания, замедленность мыслительных процессов, потерю интереса к работе, нарушение сна. Указанные симптомы развились постепенно в течение 2 лет.

При осмотре больная пониженного питания, эмоционально лабильна. Пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Определяется умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу и равномерно оживленные рефлексы с рук и ног, патологические рефлексы Россолимо на руках и ногах, а также стопные рефлексы: Бабинского, Оппенгейма, Гордона с обеих сторон.

В ликворе определяется небольшой лимфоцитарный плеоцитоз (48 клеток в 1 мкл), умеренное увеличение содержания белка, повышение концентрации IgG, бета-2-микроглобулина и хинолината.

На MP-томограмме головного мозга выявлена церебральная атрофия с расширением корковых борозд и желудочковой системы.

С помощью ИФА в крови обнаружены антитела к антигенам вируса ВИЧ.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Определить методы профилактики.

**Эталон ответа**

1. Инфекционный синдром и очаговые синдромы в виде центрального тетрапареза и умеренных когнитивных расстройств.

2. Поражены пирамидные пути в полушариях головного мозга с двух сторон и кора головного мозга.

3. Синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД), подострая энцефалопатия (СПИД-деменция) с умеренным спастическим тетрапарезом, синдромом УКР, прогрессирующее течение.

4. Лечение:

- зидовудин 200 мг 6 раз в сутки;

- саквинавир 1200 мг 3 раза в сутки;

- интерферон альфа внутримышечно 3 млн. МЕ в сутки в первые 3 дня; 4-6 день – 9 млн. МЕ в сутки; 7-8 день – 18 млн. МЕ с последующим повышением дозы до 36 млн. МЕ;

- эриус 1 таблетка 1 раз в сутки;

- геримакс 1 таблетка в сутки;

- церебролизин 10 мл внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора;

- берлитион 300 мг 2 раза в сутки.

5. Профилактика: при медицинских манипуляциях – применение одноразового инструментария, упорядоченная половая жизнь с использованием средств защиты.

**Задача №5**

Женщина Н., 30 лет, жалуется на затянувшуюся молочницу, от которой не может вылечиться уже около полутора месяцев; повышение температуры по вечерам, отмечающаяся более месяца; вялость и быструю утомляемость. Последнее время часто болеет, в течение года перенесла дважды фарингит, отит, несколько раз ОРВИ, опоясывающий лишай.

При осмотре отмечается лимфоаденопатия. Лимфоузлы безболезненные, плотные, величиной до 1-1,5 см, увеличены симметрично, Пальпируются затылочные, шейные, подчелюстные , подмышечные лимфоузлы. Ногти пальцев рук поражены грибком (руброфития). Других изменений не определяется. В анамнезе беспорядочные половые связи, женщина не замужем.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику.
3. Какими методами лабораторной диагностики можно подтвердить ВИЧ-инфекцию.
4. Назовите основные симптомы стадии развернутых проявлений ВИЧ-инфекции.
5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: – ВИЧ-инфекция, ставится на основании: анамнеза: беспорядочные половые контакты и частые повторные заболевания в течение последнего года; клинических данных: лимфаденопатия. Лимфоузлы плотные, безболезненные, симметричные и их 3 группы; грибковые заболевания – упорная молочница, руброфития; температура по вечерам, которая держится более месяца; психические астенические расстройства - вялость и быстрая утомляемость.

2. Необходимо направить больную к инфекционисту, провести обследование на ВИЧ-инфекцию.

3. Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ -иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных реакции ИФА диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

4.Для развернутой стадии характерны прогрессирующая потеря масса тела более 10%, длительная необъяснимая диарея, лихорадка более месяца, «волосистая лейкоплакия» языка, повторные или стойкие грибковые и герпетические поражения кожи и слизистых, ТБЦ легких и др.

5.При подтверждении диагноза показана этиотропная противовирусная и иммунокоррегирующая терапия, лечение вторичных заболеваний (оппортунистических инфекций, опухолей). В качестве дополнительных методов лечения применяют гипноз, психотерапию, общеукрепляющую терапию.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при помощи обследования психические нарушения, характерные для разных стадий развития синдрома приобретенного иммунодефицита.
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические особенности выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. ВИЧ-инфекция. История вопроса.

2 Диспансерное наблюдение и профилактика СПИДа.

3. Современные стандарты лечения синдрома приобретенного иммунодефицита.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.85. **Тема:** «Психические нарушения при соматических заболеваниях и интоксикациях».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: У больных с соматическими заболеваниями может наблюдаться широкий круг психических нарушений как невротического, так и психотического или субпсихотического уровней. Определение роли соматогенных и психогенных факторов в патогенезе психических нарушений у каждого конкретного больного с соматической патологией является необходимым условием выбора адекватной стратегии и тактики лечения. Именно поэтому очень важна правильная квалификация психического нарушения и его патогенетических механизмов. Кроме этого, различные нарушения психики могут развиться на фоне попадания в организм различных ядов. Психические расстройства могут проявиться в результате однократного воздействия токсических веществ, а могут стать реакцией организма на долговременную интоксикацию – в течение нескольких месяцев или даже лет.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с интоксикацией или развитием на фоне соматических заболеваний в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики психических нарушений при соматических заболеваниях и интоксикациях.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с психическими нарушениями при соматических заболеваниях и интоксикациях, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с психическими нарушениями при соматических заболеваниях и интоксикациях; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при соматических заболеваниях и интоксикациях |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств при соматических заболеваниях и интоксикациях- Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Интоксикационные психозы».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

К. Шнайдер предложил считать условиями появления соматически обусловленных психических нарушений наличие следующих признаков:

1) присутствие выраженной клиники соматического заболевания;

2) присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями;

3) определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств;

4) возможное, но не обязательное появление органической симптоматики  
Вероятность возникновения соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких свойств, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующий вредностей.  
      Таким образом, этиопатогенез психических расстройств при соматических заболеваниях определяются взаимодействием трех групп факторов:  
1. Соматогенные факторы

2. Психогенные факторы

3. Индивидуальные особенности пациента

Кроме того, в процессе возникновения соматогенных расстройств могут участвовать дополнительные психотравмирующие факторы, не связанные с заболеванием.

Соматогенные психические расстройства развиваются вследствие непосредственного влияния заболевания на деятельность ЦНС и проявляются преимущественно в виде неврозоподобной симптоматики, однако в ряде случаев на фоне тяжелой органической патологии возможно развитие психотических состояний, а также существенное нарушений высших психических функций вплоть до деменции.

Существует некоторая специфика психопатологических расстройств при соматических заболеваниях, например, для заболеваний сердца характерны депрессии, состояния эйфории и нарушения сознания, тревожно-фобические расстройства; при почечной патологии — астения и астеническая спутанность; при заболеваниях желудочно-кишечного тракта — невротические расстройства; при онкологической патологии — астения, депрессии, анозогнозия и «тихие» делирии.

***В клинической картине*** заметны взаимосвязь во времени основного заболевания и психопатологического синдрома, а также синхронная динамика психического расстройства и предполагаемого или известного основного заболевания. Важно также отсутствие данных об иной причине психического синдрома (стресс, наследственная отягощенность или интоксикация психоактивными веществами). Иногда соматическая симптоматика основного заболевания просматривается, и кажется, что расстройство манифестирует с психопатологической симптоматикой. Поэтому всегда важно: а) выявлять черты «экзогенности» психопатологии, б) тщательно исследовать соматическое и неврологическое состояние. При эндокринной патологии выявлять психоэндокринный синдром, который включает снижение активности, изменение влечений и аффективные нарушения

*К органическим психическим расстройствам относятся:*

Органический галлюциноз

Органическое кататоническое состояние

Органическое бредовое расстройство

Органические расстройства настроения

Органическое тревожное расстройство

Органическое диссоциативное расстройство

Расстройства личности и поведения органической этиологии

В МКБ-10 указываются следующие общие критерии соматогенных (в том числе органических) расстройств:

1. Объективные данные (результаты физического и неврологического обследований и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о поражениях ЦНС или заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.

2. Временная зависимость между развитием (обострением) заболевания и началом психического расстройства.

3. Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после устранения или ослабления действия предположительно соматогенных (органических) факторов.

4. Отсутствие других вероятных объяснений психического расстройства (например, высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами).  
     При соответствии клинической картины заболевания критериям 1, 2 и 4 оправдан временный диагноз, а при соответствии всем критериям диагноз соматогенного (органического, симптоматического) психического расстройства может считаться определенным.  
     В МКБ-10 соматогенные расстройства представлены преимущественно в Разделе F00-F09 (Органические, включая симптоматические психические расстройства) –Деменции

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменция при других заболеваниях (при болезни Пика, при эпилепсии, при травмах головного мозга и др.)

F03 Деменция неуточненная

F04 Органический амнестический синдром (выраженные нарушения памяти – антероградная и ретроградная амнезия – на фоне органической дисфункции)

F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоативными веществами (помрачение сознания на фоне тяжелого соматического заболевания или мозговой дисфункции)  
Другие психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфцункцией головного мозга или соматической болезнью

F06.0. Органический галлюциноз

F06.1. Органическое кататоническое состояние

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F06.3 Органические расстройства настроения: маниакальное, депрессивное, биполярное расстройства психотического уровня, а также  гипоманиакальное, депрессивное, биполярное расстройства непсихотического уровня

F06.4 Органическое тревожное расстройство

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство

F06. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство

F06.7 Легкое когнитивное расстройство в связи с мозговой дисфункцией или соматическим заболеванием

***Синдромы помрачения сознания***.  
Наиболее часто при соматической патологии возникают делириозные помрачения сознания, характеризующиеся дезориентировкой во времени и месте, наплывами ярких истинных зрительных  и слуховых галлюцинаций, психомоторным возбуждением.

При соматической патологии делирий может носить как волнообразный так и эпизодический характер, проявляясь в виде абортивных делириев, нередко сочетающихся с оглушением или с онейрическими (сновидными) состояниями.

Для тяжелых соматических заболеваний характерны такие варианты делирия, как мусситирующий и профессиональный с нередким переходом в кому.

При наличии органическою поражения головного мозга различного генеза также возможны различные варианты сумеречных расстройств.

***Синдромы выключения сознания***.

При выключенном сознании разной степени глубины отмечается повышение порога возбудимости, замедление психических процессов в целом, психомоторная заторможенность, нарушение восприятия и контакта с окружающим миром (вплоть до полной потери при коме).  
     Выключение сознания наступает в терминальных состояниях, при тяжелых интоксикациях, черепно-мозговых травмах, опухолях головного мозга и др.

Степени выключения сознания: сомноленция, оглушение, сопор, кома.  
  ***Психоорганический синдром и деменция***.

Психоорганический синдром – синдром нарушения интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы при поражениях головного мозга. Может развиваться на фоне сосудистых заболеваний, как последствие черепно-мозговых травм, нейроинфекций, при хронических обменных нарушениях, эпилепсии, атрофических старческих процессах и др.

Расстройства интеллектуальной деятельности проявляются снижением ее общей продуктивности и нарушением отдельных когнитивных функций – памяти, внимания, мышления. Отчетливо выступают снижение темпа, инертность и вязкость   познавательных процессов, обеднение речи, тенденция к персеверациям.

Нарушения эмоционально-волевой сферы проявляются эмоциональной неустойчивостью, вязкостью и недержанием аффекта, дисфоричностью, трудностями самоконтроля поведения, изменением структуры и иерархии мотивов, обеднением мотивационно-ценностной сферы личности.

При прогрессировании психоорганического синдрома (например, на фоне нейродегенеративных заболеваний) возможно развитие деменции.  
     Характерным признаком деменции является существенное нарушение познавательной деятельности и обучаемости, утрата приобретенных навыков и знаний. В ряде случаев наблюдаются нарушения сознания, расстройства восприятия (галлюцинации), явления кататонии, бреда.

При деменции отмечаются также выраженные эмоционально-волевые нарушения (депрессии, эйфорические состояния, тревожные расстройства) и отчетливые изменения личности с первичным заострением отдельных черт и последующим нивелированием личностных особенностей (вплоть до общего личностного распада).

***Астенический синдром при соматических заболеваниях***

Астенические явления наблюдаются у большинства больных с соматическими заболеваниями, в особенности при декомпенсации, неблагоприятном течении болезни, наличии осложнений, полиморбидности.

Астенический синдром проявляется следующей симптоматикой:  
1. повышенная физическая/умственная утомляемость и истощаемость психических процессов, раздражительность, гиперестезия (повышенная чувствительность к сенсорным, проприо- и интероцептивным раздражителям)

2. сомато-вегетативные симптомы;

3. расстройства сна.

Выделяют три формы астенического синдрома:

1. гиперстеническая форма;

2. раздражительная слабость;

3. гипостеническая форма.

Характерными признаками гиперстенического варианта астении являются повышенная раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, неспособность довести до конца энергично начатое дело вследствие неустойчивости внимания и быстрого утомления, нетерпеливость, слезливость, преобладание тревожного аффекта и т.п.

Для гипостенической формы астении более характерны упорная усталость, снижение умственной и физической работоспособности, общая слабость, вялость, иногда сонливость, потеря инициативы и т.п.

Раздражительная слабость представляет собой смешанную форму, сочетающую в себе признаки и гипер- и гипостенического вариантов астении.  
     Для соматогенных и цереброгенных астенических расстройств характерны:  
1. Постепенное развитие, часто на фоне убывания остроты заболевания.  
2. Четкая, стойкая, монотонная симптоматика (в противоположность динамичной симптоматики при психогенной астении с типичным присоединением других невротических симптомов).  
3. Понижение трудоспособности, особенно физической, не зависящее от эмоционального состояния (в противоположность снижению преимущественно умственной работоспособности при психогенной астении с отчетливой зависимостью от эмоциогенных факторов).  
4. Зависимость динамики астенической симптоматики от течения основного заболевания.  
     ***Соматогенные эмоциональные нарушения.***

Наиболее типичными эмоциональными нарушениями вследствие соматогенных воздействий являются депрессии.

Для органических депрессий (депрессий при органических расстройствах центральной нервной системы) характерны сочетание аффективной симптоматики с явлениями интеллектуального снижения, преобладание в клинической картине явлений негативной аффективности (адинамия, аспонтанность, ангедония и др.), выраженность астенического синдрома. При сосудистых депрессиях также могут отмечаться множественные устойчивые соматические и ипохондрические жалобы. При мозговых дисфункциях часто развиваются дисфорические депрессии с преобладание тоскливо-злобного настроения, раздражительностью, эксползивностью.  
     Депрессии на фоне соматической патологии характеризуются значительной выраженностью астенической составляющей. Типичны явления повышенной психической и физической истощаемости, гиперестезия, раздражительная слабость, слабодушие, слезливость. Витальный компонент депрессии при соматических расстройствах часто преобладает над собственно аффективным. Соматические симптомы в структуре депрессивного расстройства могут имитировать симптомы основного заболевания и, соответственно, существенно затруднять диагностику психического нарушения.

Следует подчеркнуть, что патогенез депрессивных состояний при соматических расстройствах, как правило, включает взаимодействие и взаимоподкрепление соматогенных и психогенных факторов. Депрессивные переживания часто выступают в структуре дезадаптивных личностных реакций на болезнь, развивающихся у пациентов на фоне общей повышенной психической истощаемости и недостаточности личностных ресурсов для преодоления стресса болезни.

***Организация помощи.***

Первичная профилактика соматогенных расстройств самым тесным образом связана с профилактикой и как можно более ранним выявлением и лечением соматических заболеваний.

Вторичная профилактика связана со своевременной и наиболее адекватной терапией взаимосвязанных основного заболевания и психических расстройств.

Учитывая, что психогенные факторы (реакция на заболевание и все то, что с ним связано, реакция на возможную неблагоприятную обстановку) имеют немаловажное значение как при формировании соматогенных психических расстройств, так и при возможном утяжелении течения основной соматической болезни, необходимо применять меры и по профилактике этого рода воздействий. Здесь самая активная роль принадлежит медицинской деонтологии, одним из основных аспектов которой является определение специфики деонтологических вопросов применительно к особенностям каждой специальности.

Наличие психических нарушений при соматических заболеваниях является относительным показанием к госпитализации в психиатрическое отделение соматической больницы. Такой больной должен постоянно находиться под наблюдением как терапевта, эндокринолога или инфекциониста, так и психиатра, т. е. ему должен быть обеспечен круглосуточный надзор. При выраженных затяжных нарушениях психической деятельности лечение может проводиться в условиях психиатрического стационара.

Терапия симптоматического психоза должно быть направлена на устранение основного соматического или инфекционного заболевания. Кроме того, назначают дезинтоксикационное лечение, а также психотропные средства в зависимости от синдромологических особенностей психотических расстройств. В процессе выздоровления могут быть использованы ноотропные препараты (ноотропил, пирацетам).

Если в психиатрической практике психотропные препараты в ряде случаев применяются как основное терапевтическое средство, то при лечении симптоматических психозов эти же средства играют дополнительную роль. Они показаны лишь на определенном этапе соматического заболевания и в зависимости от его тяжести, остроты, стадии развития и клинических особенностей назначаются однократно, в течение нескольких дней и даже недель или месяцев. Однако в любом случае психотропные средства, нормализуя психическую деятельность, способствуют успешному лечению основного соматического заболевания.

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Назовите условия появления соматически обусловленных психических нарушений.

2). Назовите варианты делирия, характерные для тяжелых соматических заболеваний.

3). Назовите наиболее типичные эмоциональные нарушения вследствие соматогенных воздействий.

4). Дайте характеристику астенического синдрома при соматических заболеваниях.

5). Перечислите формы оказания помощи больным с психическими нарушениями при соматических заболеваниях.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА НАБЛЮДАЮТСЯ

1) делириозные и галлюцинаторные картины с яркими зрительными иллюзиями и галлюцинациями

2) деменция

3) кататонические расстройства

4) маниакальные состояния

5) эйфория

2. ДЛЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) апатоабулические расстройства

2) интеллектуально-мнестические расстройства

3) состояния психической спутанности

4) психопатоподобное поведение

5) психические автоматизмы

3. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ

1) гормональных препаратов

2) нейролептиков

3) атипичных антипсихотиков

4) антибиотиков

5) витаминов

4. НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

1) эмоциональная неустойчивость с капризностью

2) снижение интеллекта

3) мнестические расстройства

4) вербальные галлюцинозы

5) парейдолии

5. ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРНЫ

1) ажитированные депрессии

2) апатические депрессии

3) неврозоподобные состояния

4) интеллектуально-мнестические расстройства

5) адинамические депрессии

6. НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ ЭТАПАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ

1) эйфорический фон с безразличным отношением к состоянию своего здоровья

2) тяжелые депрессии с суицидальностью

3) ипохондрические депрессии

4) апатические депрессии

5) адинамические депрессии

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

1) гормональных препаратов

2) нейролептиков

3) атипичных антипсихотиков

4) противотуберкулезных средств

5) витамины группы В

8. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВОЗНИКАЮТ

1) только в тяжелых случаях

2) при любой тяжести течения заболевания

3) при латентном диабете

4) при диабете тучных

5) при диабете 2 типа

9. ИЗ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) обнубиляция

10. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

1) восприятия и мышления

2) движений и эмоций

3) памяти и интеллекта

4) воли и влечений

5) внимания и сознания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациенту 28 лет. После черепно-мозговой травмы, полученной в аварии, забыл, как он собирался переходить улицу, как дошел до ее середины, где был сбит машиной. Текущие события воспроизводит правильно.

1. Назовите симптом.

1. Расстройством какой сферы психической деятельности он является?

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Ретроградная амнезия.

2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти.

3. К органическим заболеваниям головного мозга.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №2**

Больная 52 лет длительное время страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом, назначенное лечение принимает нерегулярно. Жалуется на снижение памяти и сообразительности, в связи с чем перестала справляться с профессиональной деятельностью. Однако ежедневные домашние обязанности выполняет охотно и полностью, забывчивость пытается компенсировать, делая записи в блокноте. Стала сентиментальна, склонна к слезам, несколько заострились личностные черты. Понимает свою несостоятельность и стесняется ее.

1. Назовите синдром снижения интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Какие психические функции нарушены у больной в большей степени?

4. Имеются ли у больной выраженные личностные расстройства?

5. Какова терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Лакунарное (дисмнестическое) слабоумие.

2. Сосудистая деменция (деменция в связи со смешанными заболеваниями).

3. Грубые расстройства памяти и снижение способности к абстрактному мышлению.

4. Выраженных личностных расстройств нет, имеется лишь некоторое заострение личностных черт.

5. Регулярный прием гипотензивных, сахароснижающих препаратов, нейрометаболическая терапия.

**Задача №3**

Через месяц после перенесенного клещевого энцефалита у больного 43 лет впервые в жизни развился тонико-клонический припадок с внезапной потерей сознания, падением на пол, непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. Припадок длился около двух минут, закончился глубоким сном. Впоследствии пациент о нем не помнил, не понимал, что произошло. В дальнейшем подобные припадки возникали с частотой 2-3 раза в месяц.

1. Назовите состояние.
2. Установите диагноз.
3. Какова первая помощь во время припадка?
4. Какова терапевтическая тактика?
5. Что явилось причиной развития данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Большой (генерализованный) судорожный припадок.

2. Симптоматическая эпилепсия.

3. Сразу после прекращения судорог показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

4. Лечение основного заболевания, назначение антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия.

5. Перенесенный клещевой энцефалит.

**Задача №4**

Мужчина 25 лет был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течение 20 минут находился без сознания. На момент осмотра врачом скорой помощи больной находился в сознании, выявлялась нерезко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение, где у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут.

1. Назовите состояние.
2. Установите диагноз.
3. Какова терапевтическая тактика?
4. Что явилось причиной развития данного состояния?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Эпилептический статус.

2. Травматическая эпилепсия.

3. Показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. При неэффективности – повторить через 20 минут. При неэффективности – ингаляционный наркоз с применением миорелаксантов.

4. Черепно-мозговая травма.

5. Из-за нарушения кровоснабжения мозга и ликвородинамики возможно развитие отека мозга, приводящего к нарушению регуляции дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти.

**Задача №5**

Мужчина 34 лет, после перенесенной черепно-мозговой травмы стал придирчивым, конфликтным. По пустякам затевает скандалы с членами семьи, сослуживцами, соседями, при этом появляется учащенное сердцебиение, потливость ладоней. Понимает, что поступает неправильно, но сдержаться не может. Интеллект и память не нарушены, вернулся на прежнюю работу.

1. Назовите синдром.

2. Укажите стадию развития синдрома.

3. Что явилось провоцирующим фактором для его развития?

4. Показано ли данному пациенту стационарное лечение в психиатрической больнице?

5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

**Эталон ответа**

1. Психоорганический синдром.

2. Первая (церебрастеническая) стадия.

3. Перенесенная черепно-мозговая травма.

4. Не показано.

5. Оснований для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар нет.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного с психическими расстройствами при соматических заболеваниях и интоксикациях, зная клинические проявления.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между клиническими вариантами психических расстройств при соматических заболеваниях и интоксикациях.

3). Уметь правильно обследовать больного с психическими расстройствами при соматических заболеваниях и интоксикациях и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Психические расстройства вследствие поражения сосудов головного мозга.

2. Психические расстройства при СПИДе.

3. Психические расстройства вследствие интоксикаций.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.86. **Тема:** «Психосоматические расстройства».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание. В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь («поведения» в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние. Определение роли соматогенных и психогенных факторов в патогенезе психических нарушений у каждого конкретного больного является необходимым условием выбора адекватной стратегии и тактики лечения. Именно поэтому очень важна правильная квалификация психического нарушения и его патогенетических механизмов.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам психосоматических расстройств в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики психосоматических нарушений.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с психосоматическими расстройствами, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с психосоматическими расстройствами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психосоматических заболеваний |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психосоматических расстройств  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Депрессии беременных и послеродовые депрессии».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Психосоматические расстройства** - группа болезненных состояний, проявляющихся экзацербацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов - соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание.

К психосоматическим относятся также психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например, депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования, аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ. В ряде исследований в рамках психосоматических расстройств рассматриваются состояния, связанные с генеративным циклом женщин (синдром «предменструального напряжения» и «предменструальное дисфорическое расстройство»; депрессии беременных и послеродовые депрессии, включающие синдром «грусти рожениц»; инволюционная истерия и др.). К психосоматическим расстройствам причисляют также соматогенные (симптоматические) психозы - делирий, аменцию, галлюциноз и др.

В МКБ-10 психосоматические расстройства могут классифицироваться в следующих разделах:

* «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К. Bonhoffer),
* «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 - соматоформные расстройства), а также
* «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50-F53).

О распространенности психосоматических расстройств с точностью судить трудно (показатели болезненности обычно занижены), поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения врачей (обращаются к знахарям, целителям). Тем не менее частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50%, а в общемедицинской практике - от 30 до 57%.

Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак - сочетание нарушений психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общего профиля, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках.  
Несмотря на полиморфизм проявлений, могут быть выделены две группы психосоматических расстройств, отражающих разные уровни коморбидности соматической и психической патологии:

1. психосоматические состояния (перекрывание на уровне соматизированных, соответствующих соматическим симптомам расстройств);
2. психореактивные состояния (взаимодействие с выявлением психопатологических расстройств).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

1. Соматическая патология, амплифицированная (усиленная) конверсионными, тревожно-фобическими и другими психическими расстройствами.

2. Соматическая патология, дублированная атрибутивными (ситуационно возникающими) соматоформными расстройствами.

3. Патология, редуцированная до уровня соматоформных расстройств (органные неврозы).

ПСИХОРЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

1. Психогенные реакции (нозогении).

2. Экзогенные реакции (соматогении).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

В соответствии со структурой психосоматических соотношений в рамках психосоматических расстройств выделяется континуум патологических состояний. На одном из полюсов этого континуума находится соматическая патология, усиленная расстройствами соматопсихической сферы: приступы нестабильной стенокардии, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз, тяжелый приступ бронхиальной астмы, астматический статус, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающие с витальным страхом, тревогой, конверсионными проявлениями. Центральное положение занимают коморбидные (на уровне общих симптомов) соматические и психические расстройства. Общие симптомы - проявления соматической патологии, воспроизводимые (дублируемые) по механизму атрибутивных атак (например, условно-рефлекторное воспроизведение пароксизма кардиалгий, сжатия в грудной клетке, диспноэ, ощущения преграды в дыхательных путях, болей в межреберных мышцах вне объективного приступа стенокардии или бронхиальной астмы, но в ситуации, в которой возник первый приступ). На другом полюсе континуума психосоматических состояний - психическая патология, редуцированная до соматоформных расстройств.

Психосоматические соотношения, отнесенные к первому и второму вариантам (соматическая патология, усиленная конверсионными и другими психическими расстройствами; соматическая патология, дублированная атрибутивными соматоформными расстройствами), чаще всего наблюдаются при патологии внутренних органов, определяемой как психосоматические заболевания в традиционном «узком» понимании этого термина - ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, диабет), нейродермит и ряд других (в том числе аллергических) заболеваний. В ряду обстоятельств, способствующих манифестации психосоматических расстройств, в качестве наиболее значимых рассматриваются психотравмирующие события. Влияние стрессов на деятельность внутренних органов, в том числе на иммунные и обменные процессы, подтверждено данными многочисленных клинических и экспериментальных исследований. Однако травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств. Значимая роль в формировании психосоматических заболеваний принадлежит личностным свойствам. Выделяется ряд личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания. Личностям типа А, относящимся к группе риска по коронарной болезни («коронарная личность»), свойственны нетерпеливость, беспокойство, агрессивность, стремление к успеху, ускоренному темпу жизни и работы, сдержанность при внешних проявлениях эмоций. Преобладание компульсивных свойств (педантизм, мелочность, стремление к порядку, эмоциональная холодность, застенчивость и одновременно амбициозность) рассматривается в аспекте склонности к язвенной болезни («язвенная личность»). Выделяется также «артритическая личность» и т. д.

Выдвигается и точка зрения, в соответствии с которой предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный характер. Склонность к психосоматическим расстройствам определяется целостными патохарактерологическими свойствами: хронической тревожностью, склонностью к фрустрации, истерическими и нарциссическими чертами. Часто такая подверженность формируется у лиц с чертами алекситимии (дефицит вербального выражения эмоциональной жизни с бедностью воображения и затруднениями в осознании собственных чувств, препятствующими отреагированию негативных эмоций вне тенденции к соматизации).

Психическая патология, редуцированная до уровня соматизированных расстройств (органные неврозы). Со времени выделения неврозов эти расстройства описывались в рамках психических нарушений, протекающих с преобладанием вегетативных проявлений. Позднее была выделена группа неврозов, обозначаемых терминами: «вегетативные», «висцеровегетативные», «системные» или «нейроциркуляторная», «вегетососудистая дистония», «соматоформные расстройства». Психопатологические проявления соматоформных расстройств чаще всего образуют симптомокомплексы, обозначаемые как конверсионное, соматизированное, хроническое соматоформное болевое расстройство.

Для конверсионного расстройства характерны разнообразные патологические телесные сенсации, имитирующие топографически ограниченные нарушения чувствительности (кожные анестезии и/или гиперестезии, частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния), нередко сопряженные с нарушениями моторики или координации (парезы, параличи, явления астазии-абазии), психалгиями и телесными фантазиями. Конверсионное расстройство характеризуют демонстративная выразительность и наглядность проявлений с оттенком утрированности, нарочитости.

Соматизированное расстройство отличается полиморфизмом патологических телесных ощущений. Последние представлены алгиями, варьирующими по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до выраженных, острых алгопатических феноменов. Наряду с этим при соматизированном расстройстве наблюдаются вегетативные проявления, имитирующие ургентные соматические заболевания (симпатоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения со стороны внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезии желчных путей и др.).

Хроническое соматоформное болевое расстройство определяют стойкие мономорфные патологические телесные сенсации - идиопатические алгии, которые уже изначально неизменны по локализации, интенсивности и не сопровождаются психовегетативной симптоматикой. Типичен мучительный («изнуряющий», «непереносимый») оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений; характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям.

Если конверсионное и соматизированное расстройства возникают в связи с психогенными воздействиями, то формирование хронического соматоформного болевого расстройства носит спонтанный характер, а его длительность (от 6 мес. до нескольких лет) существенно превышает продолжительность конверсионных и соматизированных реакций.

В пределах соматизированных расстройств выделяются относительно изолированные функциональные нарушения отдельных органов («функциональные синдромы») - органные неврозы. Различают кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» или «возбудимой» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и пр. Психопатологические проявления таких неврозов чаще всего исчерпываются сочетанием конверсионных и соматизированных симптомокомплексов с тревожно-фобическими расстройствами и, в частности, с фобиями ипохондрического содержания. При этом коморбидные связи во многом определяются «выбором органа». Так, при кардионеврозе наряду с кардиалгиями, нарушениями сердечного ритма и явлениями гипервентиляции выступают кардиофобии (страх остановки сердца, инфаркта миокарда), а также более генерализованные тревожные расстройства, сопровождающиеся паническими атаками и страхом смерти. Функциональные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (эзофагоспазм, «синдром раздраженного желудка», функциональный копростаз) сочетаются с канцерофобией, страхом кровотечения; абдоминальным алгиям сопутствуют связанные с опасениями возобновления болей фобии приема пищи; диффузный метеоризм с усиленной перистальтикой или гипергидроз нередко сочетаются с социофобиями (страх недержания газов, испускания неприятного для окружающих запаха). Невроз мочевого пузыря протекает со страхом недержания мочи и явлениями агорафобии (опасения удалиться от дома и оказаться в ситуации, в которой невозможно воспользоваться туалетом).

**ПСИХОРЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

**Психогенные реакции (нозогении).** Обозначаемые этим психогенные расстройства обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Структура нозогений детерминируется психологическими, социальными, конституциональными (характерологический склад) и биологическими (объективные параметры соматического заболевания) факторами.  
Среди психологических и социальных влияний первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию, которое в соответствии с концепцией внутренней картины болезни может быть сведено к двум полярным позициям: *гипернозогнозия* (высокая субъективная значимость переживания телесного неблагополучия) и *гипонозогнозия* (низкая значимость соответствующих переживаний). Определенную роль в формировании нозогений играют и такие факторы, как формулировка диагноза (опасность для жизни, с которой он ассоциируется), возможность влиять на проявления болезни («контролируемость» симптомов), ограничения, налагаемые соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. Среди клинических проявлений, влияющих на образование нозогенных реакций, необходимо выделить особенности динамики соматического заболевания с острыми нарушениями жизненно важных функций (ишемия миокарда, явления бронхоспазма и др.), которые сопровождаются витальным страхом и паническими атаками. Немаловажную роль в формировании картины болезни играют и частые обострения основного заболевания, особенно в тех случаях, когда эти обострения связываются в сознании больных с неблагоприятными внешними (и в том числе эмоциональными) воздействиями. При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов реакция на болезнь может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование на первых этапах терапии представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического страдания.

Типология нозогений предполагает выделение синдромов, клинические проявления которых связаны с преобладанием гипер- либо гипонозогнозии.  
 **Невротические синдромы (тревожно-фобические и «невротического отрицания»)**

***Гипернозогнозический вариант*** проявляется страхом и тревожными опасениями, связанными с телесным недугом, гипертрофированной оценкой его последствий, угрожающих здоровью, невозможностью полной социальной реабилитации. В клинической картине могут доминировать истерические проявления (демонстративность поведения, яркость и образность жалоб, конверсионные симптомокомплексы). При затяжных реакциях формируются явления ригидной ипохондрии (тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, «щадящий» режим - диета, главенство отдыха над работой, жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.).

***Гипонозогнозический вариант.*** В психологических и психодинамических исследованиях такие реакции рассматриваются как проявления «невротического отрицания». В клинической картине на первом плане синдром «прекрасного равнодушия» с диссоциацией между проявлениями соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к болезни. Однако за фасадом наигранного оптимизма выступает страх нарушения жизненно важных функций организма.

**Аффективные реакции (реактивные депрессии, гипомании)**  
***Гипернозогнозический вариант*** - синдром ипохондрической депрессии определяется гипотимией с тревогой и чувством безнадежности, сочетающихся с астенией, снижением физической активности, алгиями и другими патологическими телесными сенсациями. Содержание реакции определяется пессимистическим восприятием болезни, тревожными опасениями и страхами, тесно связанными с актуальным соматическим состоянием. Представления об опасности болезни, ее неизлечимости, неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях обычно преувеличены.

***Гипонозогнозический вариант*** - синдром «эйфорической псевдодеменции» характеризуется повышенным аффектом с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни. Пациенты мало озабочены объективно тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма, строят радужные планы на будущее, игнорируют лечебный режим, «забывают» о необходимости приема лекарств.

**Патохарактерологические реакции** (параноические, шизоидные, истерические) с выявлением сверхценных идей (ипохондрия здоровья, синдром «патологического отрицания болезни»).

***Гипернозогнозический вариант*** - «синдром ипохондрии здоровья». Осознание связанных с соматической болезнью патологических изменений деятельности организма сопровождается стремлением к преодолению недуга. Доминируют идеи «полного восстановления любой ценой». Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, вопреки медицинским рекомендациям «модернизировать» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями - «преодолевающий стиль поведения».

***Гипонозогнозический вариант*** - синдром патологического отрицания болезни. Формируется обычно у больных с аномальными чертами, определяемыми психологическим термином «упругость» («resilience»). Речь идет о лицах параноического или шизоидного склада, лишенных ощущения страха, фаталистах, привносящих в реакцию на болезнь не тревожные опасения или идеи ущербности, но элементы риска, игры с опасностью. При возникновении угрожающей жизни патологии (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.) для них предпочтительно отрицание тяжести болезни, ее угрожающего смысла. Зная, что при недуге, которым он страдает, возможен смертельный исход, пациент убежден, что благодаря чуду, волшебному воздействию неизвестного ранее средства он непременно исцелится. Основной темой становится здоровье. Будучи месяцами прикованными к постели, пациенты говорят, что готовы заняться спортом, начать «новую жизнь».

**ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ**

Помощь при психосоматических расстройствах включает широкий круг профилактических и лечебных мероприятий, требующих комплексного подхода. Лечение (особенно в выраженных случаях) проводится не только интернистом, но нередко требует участия психиатра и психотерапевта.   
Важным методом лечебного воздействия является психотерапия, включающая элементы психокоррекции. Проводимая параллельно с лекарственным лечением симптоматическая психотерапия помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических опасений, придать личностный смысл лечебному процессу. При соучастии в генезе наблюдаемых расстройств неразрешенных интрапсихических конфликтов психотерапия используется как патогенетический метод лечения.

Основное место в арсенале лечебных воздействий при психосоматических расстройствах принадлежит медикаментозной терапии. Фармакотерапия психосоматических расстройств, учитывая их многообразие и наличие в ряде случаев коморбидной патологии внутренних органов, строго индивидуальна и не может проводиться по шаблону.   
При определении метода терапии учитывается клиническая характеристика психосоматических расстройств. Психотропные средства показаны в первую очередь при преобладании в клинической картине тревожно-фобических расстройств, ипохондрических фобий. Выбор психотропных средств во многом определяется выраженностью психопатологических проявлений. В случаях психопатологической незавершенности клинических расстройств (субсиндромальные состояния), их нестойкости и эпизодической манифестации, как правило, достаточным оказывается назначение препаратов класса транквилизаторов. Наряду с этим могут использоваться медикаменты, традиционно рассматриваемые как соматотропные, но обладающие и нерезко выраженным психотропным эффектом (препараты группы b-блокаторов, обнаруживающие анксиолитический эффект, нифедипин и верапамил, обладающие нормотимическими свойствами). При психопатологически завершенных формах выбор психотропных средств определяется структурой синдрома.

Необходимо использовать медикаменты, в наибольшей мере соответствующие требованиям, предъявляемым к лекарственным средствам, применяющимся в общемедицинской сети. К ним относятся: минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов и/или привести к усугублению соматической патологии, ограниченность признаков поведенческой токсичности; а в условиях акушерской практики - минимальный тератогенный эффект, не препятствующий проведению психофармакотерапии в период беременности; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами; безопасность при передозировке; простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

Важным с точки зрения использования в общемедицинской практике качеством этих средств является также минимум терапевтически значимых нежелательных взаимодействий с соматотропными медикаментами. Соответственно они безопасны для пациентов с сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, кардиомиопатии, миокардиты, приобретенные пороки сердца и др.), с легочными заболеваниями (острый и хронический бронхиты, пневмонии), с заболеваниями крови (анемии различного генеза), их можно применять при мочекаменной болезни, гломерулонефритах, в том числе осложненных почечной недостаточностью, сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы, глаукоме, аденоме предстательной железы, а также у физически ослабленных и лиц пожилого возраста.

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение психосоматических расстройств.

2) Назовите две группы психосоматических расстройств, отражающих разные уровни коморбидности соматической и психической патологии.

3). Дайте характеристику нозогениям.

4). Дайте характеристику соматогениям.

5). Перечислите формы оказания помощи больным с психосоматическим заболеваниями.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УЧАСТВУЮТ

1) хроническая психотравма

2) деменция

3) кататонические расстройства

4) маниакальные состояния

5) черепно-мозговая травма

2. В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УЧАСТВУЮТ

1) факторы биологического предрасположения

2) деменция

3) кататонические расстройства

4) маниакальные состояния

5) черепно-мозговая травма

3. ВЫДЕЛИТЕ ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЮТ В ПОНЯТИЕ АЛЕКСИТИМИИ

1) затрудненность контактов с окружающими

2) трудность в вербализации чувств

3) трудность разграничения соматических ощущений и эмоция

4) социальная дезадаптация

5) аутистичное поведение

4. ВЫБЕРИТЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

1) системная красная волчанка

2) снижение интеллекта

3) посттравматическое стрессовое расстройство

4) атопический дерматит

5) нейросифилис

5. ВЫБЕРИТЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

1) системная красная волчанка

2) снижение интеллекта

3) посттравматическое стрессовое расстройство

4) ишемическая болезнь сердца

5) нейросифилис

6. ВЫБЕРИТЕ ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1) эйфорический фон с безразличным отношением к состоянию своего здоровья

2) острое начало

3) хроническое течение

4) чаще манифестирует в пожилом возрасте

5) отсутствует в детском и подростковом возрасте

7. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАРИАНТОВ РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1) ситуационный

2) невротический

3) астено-невротический

4) психотический

5) аутоимунный

8. РОЛЬ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ

1) обучение навыкам аутотренинга

2) музыкотерапии

3) ароматерапии

4) неспецифической психотерапии

5) иппотерапии

9. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1) проведении психотерапии

2) назначении антидепрессантов

3) назначении нейролептиков

4) назначении нормотимиков

5) назначении транквилизаторов

10. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КОТОРЫХ ПО БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ СВЯЗАНО С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ, ПЕРЕЖИВАНИЕМ ОСТРОЙ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ, СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАК

1) невротические расстройства

2) психоз

3) стресс

4) соматические заболевания

5) психосоматические заболевания

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной поступил с жалобами на боли в области желудка, усиливающиеся после приема пищи. Около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка., с периодическими осенними обострениями. Работает спасателем в МЧС, работу считает нервной, связанной с частыми незапланированными командировками. Несмотря на это, пытается дослужиться до пенсии.

Настроение тревожное, подавленное, чувство тоски. Беспокоится по поводу возможных осложнений заболевания (кровотечение) и вреда для здоровья от назначенного врачом медикаментозного лечения. Пытается сам читать медицинскую литературу о язвенной болезни, использовать опыт народной медицины, обращался за лечением к лекарям, без медицинского образования. Сопоставляет рекомендации разных специалистов, перепроверяет их, пытается сам анализировать результаты обследований.

На беседе обнаружил, что испытывает недостаток слов для выражения переживаний, чувств, эмоций. Никогда не любил фантазировать. Импульсивен, бедные межличностные связи, эмоционально невыразителен.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Какой фактор является особенно патогенным и влияет на течение этого заболевания?

3. Перечислите характеристики личности, подтверждающие наличие фактора риска развития психосоматических заболеваний.

4. Каковы лечебные рекомендации?

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Психосоматическое расстройство.

2. Алекситимия.

3.Затруднение в определении и описании (вербализации) переживаний, чувств, эмоций, затруднение в различении эмоций и телесных ощущений, снижение способности к символизации (фантазированию), фокусирование преимущественно на внешних событиях.

4. Проведение психотерапии.

5. Относительно благоприятный.

**Задача №2**

Больной А., 46 лет,лечился в терапевтическом отделении по поводу язвенной болезни желудка в стадии ремиссии. К состоянию своего здоровья всегда относился внимательно, подчас с мнительностью, застреванием на переживаниях, связанных с заболеванием. Два года назад после операции по поводу рака желудка умер сосед по квартире. Вскоре после этого больной обратился к врачу с жалобами на боли в области желудка, раздражительность, утомляемость плохой сон. Во время обследования в стационаре установлен диагноз хронический гастрит с пониженной секреторной функцией. Выписан со значительным улучшением, однако через 6 месяцев состояние ухудшилось и при повторном стационарном обследовании был установлен диагноз «язвенная болезнь желудка». У больного нарастали тревожность, раздражительность, быстрая истощаемость, все внимание фиксировалось на возможных последствиях, особенно беспокоила мысль о раке желудка. Разубеждения о несостоятельности опасений достигали положительного эффекта, но на непродолжительное время. В процессе лечение состояние нормализовалось и стал строить на будущее реальные жизненные планы.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов?

3. Отмечается или нет завышенная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Психосоматическое расстройство.

2. Не соответствует.

3. Отмечается.

4. Психофармакотерапия, проведение психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №3**

Больной 32 года, артистка. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно – постоянно и эмоционально рас­сказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т. п. С детства упрямая, капризная, повышенно эмоциональна. На незначительные неприятности давала бур­ные реакции плача, рыданий и «припадков». В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Счита­ет, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечался судорожный припадок с плачем и смехом. Очень внушаема.

1. Поставьте диагноз.
2. Вследствие чего развился судорожный приступ?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический невроз.
2. Приступ развился в связи с психотравмирующей ситуацией – конфликтом с администрацией театра.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Лечение у психотерапевта.
5. При разрешении ситуации – полное выздоровление, при длительном существовании неразрешенного конфликта – формирование невротического развития личности.

**Задача №4**

Маша, 14 лет.Обратилась с жалобами на першение в горле, нехватку дыхания, одышку, которые стали появляться, постепенно нарастая в течение последних 6 месяцев, когда семья переехала в другой район и пришлось сменить школу. В прежней школе занималась на «отлично». В новой школе программа по нескольким дисциплинам оказалась другой. Очень переживала, плакала. Родители не видели «большой» проблемы, были уверены, что с программой дочь справится. В течение последних недель першение в горле усилилось, появлялся кашель. Ранее всегда чувствовала себя здоровой, занималась легкой атлетикой, но указанные симптомы стали появляться все чаще, спорт оставила. Лечилась по поводу ОРВИ, острого бронхита. Лечение принесло кратковременный эффект. По выздоровлению, пошла в школу и симптомы возобновились. Обследовалась у врача аллерголога. Патологии не выявлено. Кашель в течение последних трех дней не дает заниматься в школе. Нарушился сон, аппетит. Снижено настроение.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Какое событие повлияло на возникновение данного заболевания?

3. Что лежит в основе развития данного патологического состояния?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Психосоматическое расстройство.

2. Переезд и смена школы.

3. Психологическая травма.

4. Проведение психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Мальчик 5 лет. Рос и развивался нормально, соответственно возрасту. Детский сад посещал с 3-х лет. Любил играть с детьми, в детский сад ходил с удовольствием. Два месяца назад в семье родилась сестренка, рождения которой очень ждал. В течение двух последних недель ребенок стал агрессивным: дерется с детьми в детском саду. Отказывается сам одеваться, много плачет. Три дня назад появилась зудящаяся сыпь на коже рук, ног, лица. Лечение антигистаминными препаратами без эффекта. По аллергии наследственность не отягощена, на грудном вскармливании до 8 месяцев.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Какое событие повлияло на возникновение данного заболевания?

3. Что лежит в основе развития данного патологического состояния?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Психосоматическое расстройство.

2. Рождение сестренки.

3. Психологическая травма.

4. Проведение психотерапии.

5. Благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь оценить состояние больного с психосоматическими расстройствами, зная клинические проявления.

2. Уметь провести дифференциальную диагностику между клиническими вариантами психосоматических расстройств.

3. Уметь правильно обследовать больного с психосоматическими расстройствами и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Диагностика психосоматических расстройств.

2. Телесно-ориентированная терапия.

3. Роль семьи в формировании психосоматических заболеваний.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.87. **Тема:** «Реактивные (психогенные) психозы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Актуальность и увеличение численности невротических и соматоформных расстройств (т.е. расстройств, связанных с эмоциональным стрессом) обусловливают необходимость знаний вопросов диагностики и лечения данных заболеваний врачами-психиатрами.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с интоксикацией или развитием на фоне соматических заболеваний в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики психических нарушений, связанных с эмоциональным стрессом.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с психическими нарушениями, связанных с эмоциональным стрессом, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с психическими нарушениями, связанных с эмоциональным стрессом; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при реактивных психозах |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике реактивных психозов  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Реактивная депрессия».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Реактивные психозы** — психические нарушения психотического уровня, возникающие в результате воздействия сверхсильных потрясений, неблагоприятных событий и значимых для личности психических травм.

Понятия «психогенный психоз» и «реактивный психоз» нередко приравниваются к определениям «психогении», «психогенные реакции», «реактивные состояния». Однако все эти понятия охватывают более широкий круг психических расстройств, включающий не только психотические, но и невротические реакции. Отличительной особенностью психогенных психозов является также их временный и обратимый характер. Психогенным психозам свойственны большая по сравнению с неврозами острота, лабильность и тяжесть симптоматики, выраженные психомоторные и аффективные расстройства, бред, галлюцинации, грубые истерические нарушения (по большей части состояния расстроенного сознания). Манифестация психогенного психоза влечет за собой утрату способности критической оценки собственного состояния, контроля над поступками, адаптации к сложившейся ситуации.

Развитие и течение психогенных психозов определяются не только психотравмирующей ситуацией, но и особенностями личности (конституциональными и нажитыми), а также перенесенными заболеваниями, физическим состоянием и возрастом.

Формирование представлений о психогенных заболеваниях тесно связано с изучением истерических расстройств. З. Фрейд указывал на идентичность травматического невроза и истерии и при этом подчеркивал, что патогенность психической травмы при истерии обусловлена не столько ее содержанием, сколько неспособностью субъекта «отреагировать» на нее.   
В ряде исследований, относящихся ко второй половине XIX в., нашли отражение реактивные состояния, возникавшие у осужденных в тюремном заключении. Такого рода «тюремные психозы» — истерические и бредовые психозы протекали со страхами, растерянностью, обильными слуховыми и зрительными галлюцинациями. Определенный прогресс в изучении психогенных бредовых психозов был связан с наблюдениями паранойи, в том числе острых и стертых форм этого расстройства — «острой паранойи», «абортивной дизнойи», «ситуационной паранойи». В последующем в рамках психогенных параноидов были выделены бредовые реакции, возникающие в ситуациях социальной изоляции, — у эмигрантов, беженцев и военнопленных, [оказавшихся в чужой стране](http://ekonnom.ru/Экономический_рост_и_его_факторы_верно_неверно.html), т е. в иноязычном окружении.  
Среди рассматриваемых реактивных состояний в начале XX в. были выделены также психогенные депрессии.

Общность генеза таких расстройств, несмотря на их клиническое разнообразие, позволила многим исследователям согласиться, что психогении могут рассматриваться в качестве самостоятельной клинической единицы. В дальнейшем основные свойства психогенных болезней были представлены К.Ясперсом в виде ***триады клинических признаков***: хронологической связи начала болезни с психической травмой; регредиентного течения болезни (т. е. ее ослабления по мере отдаления от времени душевного потрясения); «понятной» связи между содержанием психотравмирующей ситуации и фабулой болезненных переживаний. Эти признаки сохранили свое диагностическое значение до настоящего времени.

**Распространенность**

Конкретных сведений о распространенности реактивных психозов нет. Женщины болеют ими в два раза чаще, чем мужчины. Имеются данные, что среди реактивных психозов наиболее часто отмечаются реактивные депрессии, и они составляют в последние десятилетия 40–50 % всех реактивных психозов.

Прогноз реактивных психозов обычно благоприятен, после исчезновения или дезактуализации психической травмы проявления болезни исчезают. Полному выздоровлению предшествуют более или менее выраженные астенические проявления.

**Классификация**

Реактивные психозы объединяют весьма различные по клинической картине и динамике расстройства. Поэтому общепринятой их классификации не существует. В МКБ-10 они рассматриваются в следующих рубриках: острая реакция на стресс (F43.0), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), расстройства адаптации (F43.2). При этом необходимо подчеркнуть, что отдельные типы психогений в систематике, предложенной МКБ-10, оказались в разных диагностических рубриках.

Реактивные (психогенные) депрессии включены в раздел «Расстройства адаптации» (F43.2) и вместе с тем выделяются в разделе «Аффективные расстройства» (F32.0, F32.1, F32.2). Бредовые формы психогенных психозов отнесены к рубрике «Бредовые расстройства» и классифицируются как «Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства» (F23.3), а также как «Индуцированное бредовое расстройство» (F24).

С клинической точки зрения выделяются следующие формы реактивных психозов:

1. острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция);
2. истерические психозы;
3. психогенные депрессии;
4. психогенные мании;
5. психогенные параноиды.

К группе реактивных психозов могут быть отнесены и психотические состояния, представляющие собой один из этапов развития посттравматического стрессового расстройства.

**Клинические проявления.**

***Острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция)***.  
Острые шоковые реакции описывались K. Kleist под названием «психозы ужаса», но в литературе фигурируют также такие определения, как эмотивный шок, острые аффектогенные реакции, кризисные реакции, реакции экстремальных ситуаций. Во всех этих случаях речь идет о транзиторных расстройствах значительной тяжести с резкими эндокринными и вазомоторными сдвигами, развивающихся у лиц без психической патологии в экстремальных условиях. В качестве реализующих стрессовых факторов выступают ситуации, опасные для жизни или благополучия, — стихийные бедствия (землетрясения, наводнения), экологические катастрофы, аварии, пожары, кораблекрушения, события боевой обстановки (артиллерийский обстрел, атаки противника), приводящие к большим разрушениям, вызывающие смерть, ранения, страдания большого числа людей. Чувствительность к стрессовым воздействиям повышается у астенизированных лиц, людей пожилого возраста и при соматических заболеваниях.

Различают гипер- и гипокинетическую формы острых реакций на стресс. При *гиперкинетической форме,* в известной степени соответствующей реакции «двигательной бури» Кречмера, поведение больных теряет целенаправленность; на фоне быстро нарастающей тревоги, страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать (фугиформная реакция). Ориентировка в окружающем нарушается. Продолжительность двигательного возбуждения невелика, оно, как правило, прекращается через 15-25 мин. Для *гипокинетической формы,* соответствующей реакции «мнимой смерти» Кречмера, [характерны состояния резкой двигательной заторможенности](http://ekonnom.ru/Тестовые_задания_для_студентов_1_2_го_курса_озо.html), доходящей до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Больные обычно остаются на том месте, где возник аффект страха; они безучастны к происходящему вокруг, взгляд устремлен в пространство. Продолжительность ступора от нескольких часов до 2-3 дней. Переживания, относящиеся к острому периоду психоза, обычно амнезируются. По выходе из острого психоза наблюдается выраженная астения, длящаяся до 2-3 нед.

***Истерические психозы***

Истерические (диссоциативные) психозы представлены неоднородными по клинической картине психотическими состояниями — истерическим сумеречным помрачением сознания, псевдодеменцией, пуэрилизмом, синдромом бредоподобных фантазий, синдромом регресса личности, истерическим ступором. В зависимости от тяжести и длительности реакции в картине психоза наблюдается либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие. Этот тип психогенных реакций в мирное время чаще всего наблюдается в судебно-психиатрической практике («тюремная истерия» — по Э.Крепелину), но формируется также в связи с ситуациями утраты (смерть ближайших родственников, разрыв супружеских отношений), а также с некоторыми другими патогенными факторами. В соответствии с психодинамическими концепциями истерические психозы трактуются как «реакции вытеснения» психической травмы.

*Истерическое сумеречное помрачение сознания.*Реактивные психозы с сумеречным помрачением сознания, так же как и аффективно-шоковые реакции, нередко наблюдаются в военной обстановке. В судебно-психиатрической практике один из вариантов истерического сумеречного помрачения сознания был описан С.Ганзером в 1897 г. и получил название *ганзеровского синдрома.* По механизму возникновения и некоторым клиническим проявлениям такие состояния близки к острым реакциям на стресс. Однако в отличие от острых аффективно-шоковых психозов при истерических сумеречных состояниях не бывает полного выключения высших корковых функций. Характерны сужение поля сознания, дезориентировка, обманы восприятия, отражающие психотравмирующую ситуацию, избирательная фрагментарность последующей амнезии. Клиническую картину истерических сумеречных состояний отличают мозаичность проявлений и демонстративность поведения больных: смех, пение и плач могут прерываться судорожным припадком, застывание в скорбной позе сменяется кратковременным возбуждением. Нередко возникают обильные зрительные галлюцинации, яркие образные видения. Истерическое сумеречное нарушение сознания может длиться иногда до 1-2 нед. Выход из психоза постепенный.

*Псевдодеменция**—* мнимое, кажущееся слабоумие; термин впервые введен К.Вернике в 1906 г. Псевдодеменция также возникает на фоне суженного сознания и характеризуется мнимой утратой простейших знаний, неправильными ответами («миморечь») и действиями («мимодействия»). Больные при этом таращат глаза, дурашливо улыбаются, не могут [выполнить простейших арифметических операций](http://ekonnom.ru/Форматирование_диаграмм.html), беспомощны при счете пальцев рук, не называют своего имени и фамилии, недостаточно ориентированы в обстановке, нередко белое называют черным и т. д. Содержание неправильных ответов (миморечь больных псевдодеменцией) в отличие от негативистической речи кататоников всегда связано с травмирующей ситуацией. Ответ при псевдодеменции чаще прямо противоположен ожидаемому (например, «он не в заключении, у него блестящие перспективы»). То же относится и к мимодействиям (например, в выраженных случаях больные надевают туфли на руки, просовывают ноги в рукава рубашки и т. п.). Значительно реже явления псевдодеменции выступают на фоне более глубокого помрачения сознания — при истерических сумеречных расстройствах.

*Пуэрилизм.*Эта форма истерической реакции очень близка к синдрому псевдодеменции и нередко рассматривается как его разновидность. Основное в картине пуэрилизма— ребячливость, детскость поведения на фоне истерически суженного сознания. Наиболее часто симптомами пуэрилизма являются детская речь, моторика и эмоциональные реакции. Больные говорят с детскими интонациями, шепелявят, бегают мелкими шажками, строят карточные домики, играют в куклы. Надувая губы или топая ногами, они просят взять их «на ручки», обещают «вести себя хорошо». В отличие от стереотипной дурашливости больных шизофренией с гебефреническим возбуждением симптоматика при пуэрилизме значительно более разнообразна, изменчива, с яркой эмоциональной окраской переживаний. Кроме того, симптомы пуэрилизма, как правило, сочетаются с другими истерическими проявлениями.

Для истерического синдрома ***бредоподобных фантазий*** характерны нестойкие, не имеющие тенденции к систематизации идеи величия, богатства, особой значимости. В фантастически-гиперболизованной форме они отражают стремление больных к реабилитации и уходу от травмирующей ситуации. Например, больной говорит о том, что ему предложен высокий пост, он известен и знаменит, собирается жениться на популярной актрисе. Содержание таких фантазий очень изменчиво и в значительной мере зависит от внешних моментов (разговоров окружающих, вопросов врача и т. п.). Синдром бредоподобных фантазий может смениться явлениями псевдодеменции или пуэрилизма, а при дальнейшем ухудшении состояния — истерическим ступором.

*Синдром регресса личности* характеризуется распадом психических функций, сопровождающимся утратой навыков человеческого поведения. Больные лишаются речи, навыков самообслуживания, передвигаются на четвереньках, едят руками, не держат на себе одежду.

*Истерический ступор* сопровождается выраженным психомоторным торможением, мутизмом, явлениями помрачения сознания (истерически суженное сознание). Поведение больных при этом отражает напряженный аффект (страдание, отчаяние, злобу). По наблюдениям Н. И. Фелинской, структура [синдрома включает рудиментарную симптоматику](http://ekonnom.ru/Ревматические_заболевания.html), свойственную состояниям (пуэрилизму, псевдодеменции и др.), предшествовавшим формированию истерического ступора.

Особое место среди истерических психозов занимают ***психические эпидемии,*** получившие большое распространение в период Средневековья. Коллективная истерия охватывала в то время около 2-8 % жителей некоторых городов. Эпидемии одержимости с разнообразной картиной истерических расстройств (судорожные припадки, параличи, истерические галлюцинации и др.) чаще всего наблюдались в женских монастырях и приютах. Среди других форм массовых психозов упоминаются истерические пляски, имевшие явные черты экстатических состояний, охватывавших сотни и даже тысячи людей, а также эпидемии ликантропии, проявляющейся в истерических приступах лая и воя. Психические эпидемии (кликушество, меряченье, одержимость «икоткой») встречались в северных областях России.

Существует мнение, что психические эпидемии, возникновению которых способствовали малограмотность и суеверие населения, остались в далеком прошлом. Такой оптимистический подход представляется недостаточно обоснованным. Психические эпидемии не исчезли. В конце XX в. они так же реальны, как в Средневековье, но видоизменились в соответствии с новой эпохой. «Героями» истерических эпидемий 90-х годов становятся не только уфологи, сатанисты, приверженцы оккультизма и другие обладатели мистического опыта, но и «специалисты» по массовому гипнозу, якобы освобождающие аудиторию от разных болезней, «заряжающие» воду и проводящие «оздоровление» даже через газеты, а также проповедники экзотических диет, «здорового» образа жизни и т. п., концепции которых бесконтрольно и быстро множатся с помощью средств массовой информации, телекоммуникации и электронной почты. Контагиозные механизмы возникновения эпидемии истерии в наше время опосредованы сведениями, циркулирующими в книгах, газетных и журнальных статьях, телепередачах, сериалах и фильмах, демонстрируемых по телевидению или через Интернет.

***Психогенные депрессии***

Депрессии — одна из наиболее частых форм психогенных реакций. Депрессивные состояния составляют около 40 % общего числа реактивных психозов. Психогенные депрессии субсиндромального и невротического уровня встречаются еще чаще, составляя 3/4 (74,8 %) всех депрессий, выявленных при не выборочном обследовании здорового работающего населения.

Возникновение психогенных депрессий в отличие от острых реактивных психозов типа аффективно-шоковых не всегда «линейно» связано с психической травмой — генез депрессивных реакций более сложен. Сенсибилизирующую роль при их формировании могут играть не только актуальные психические травмы, но и события, задолго предшествовавшие депрессии (потеря родителей или сепарация от них в детском возрасте — фактор предиспозиции), а также стрессы, воздействующие за 6—12 мес до формирования психогений (провоцирующие факторы). Психогенные депрессии в этих случаях развиваются по механизму «запоздалой реактивности», «проторенных путей». При возникновении психогенных депрессий свойства психической травмы чаще всего приобретают события, которые и вне рамок психической патологии вызывают реакцию грусти, подавленность; это необратимые утраты, с которыми трудно примириться, «удары судьбы»— [смерть родственников](http://ekonnom.ru/Скоропостижная_смерть.html), разрыв с близким человеком, семейные несчастья. Существенную роль при развитии психогенных депрессий, наблюдающихся в условиях судебно-психиатрической практики, наряду с собственно психотравмирующими воздействиями (опасения судебной ответственности, предстоящего наказания, самоосуждения в связи с содеянным) играют ситуационные факторы: смена жизненного стереотипа, сопровождающаяся утратой социальных связей, условия изоляции, проведения следственных действий и т. п. Помимо психотравмирующих воздействий, имеют значение и некоторые другие факторы (конституциональные особенности, наследственная отягощенность аффективными психозами, возраст, культуральные особенности больных, перенесенные экзогенно-органические вредности).

О большом вкладе в формирование психогенных депрессий конституционального предрасположения свидетельствуют наблюдения многих авторов. Психопатическая «почва» обнаруживается у 27—86,2 % лиц, перенесших психогенные депрессии. По мнению П. Б. Ганнушкина, реактивные депрессии «охотнее и глубже всего» затрагивают лиц с циклотимическим предрасположением в широком смысле слова. В соответствии с наблюдениями Н. А. Корнетова, в преморбиде пациентов с психогенными депрессиями преобладают аномалии не только аффективного (31,8 %), но также истерического (22,6 %) типа. В качестве конституционального предрасположения к психогениям аффективного типа может выступать и пограничное расстройство личности.

П. Б. Ганнушкин выделял две группы реактивных депрессий:

1) острые депрессивные реакции с чрезмерной силой аффективных проявлений в виде эксплозивных вспышек;

2) затяжные, медленно развивающиеся депрессии, симптоматика которых приобретает наиболее тяжелые формы лишь спустя определенное время после психической травмы.

*Острые депрессивные реакции* чаще всего непосредственно связаны с происшедшим несчастьем, внезапным воздействием индивидуально значимой психической травмы. На высоте острой депрессии доминируют страх, глубокое отчаяние, мысли о смерти. Такие состояния, как правило, кратковременны и попадают в поле зрения психиатра лишь в тех случаях, когда они сопряжены с самоповреждениями или суицидальными попытками.

*Затяжной тип психогений* характерен для основного контингента больных с реактивными депрессиями. Для клинической картины последних наряду с подавленностью, чувством безнадежности, слезливостью, вегетативными расстройствами и бессонницей более всего характерна концентрация всего содержания сознания на событиях случившегося несчастья. Тема пережитого, приобретающего подчас свойства доминирующего представления, не [исчезает полностью даже тогда](http://ekonnom.ru/Исследование_1_Удовлетворенность_работников_трудом.html), когда депрессия становится затяжной и более стертой. Достаточно случайного напоминания, чтобы вновь на время усилилась подавленность; даже отдаленные ассоциации могут спровоцировать вспышку отчаяния. Если днем за текущими делами больным удается отвлечься от гнетущих воспоминаний, то они еще долго всплывают в кошмарных ночных сновидениях. Витальные проявления при реактивной репрессии не отчетливы. Больные скорее разочарованы и «ранены» жизнью, чем тоскливы. Критика, сознание болезни, как правило, сохранены. Хотя самооценка больных обычно бывает пониженной, выраженные идеи самообвинения наблюдаются редко. Чувство вины чаще обращено не на себя, как при эндогенной депрессии, а на окружающее; все претензии направлены к лицам, причастным к происшедшим трагическим событиям.

Явления психомоторного возбуждения с нецеленаправленной суетливостью, заламыванием рук, тремором конечностей, как и двигательная и идеаторная заторможенность, наблюдаются лишь при остром начале психогенной депрессии, дебютирующей психогенно-шоковыми реакциями. При преобладании акинетических проявлений непосредственно по получении известия о несчастье больной несколько дней держится как окаменевший, все необходимое делает как бы автоматически, оставаясь безучастным к происходящему вокруг; несмотря на скорбное выражение лица, не жалуется и не плачет, почти не разговаривает, подолгу лежит или сидит в застывшей позе, устремив взгляд в одну точку. В последующем картина заболевания приобретает вышеописанные клинические особенности.

В отличие от циркулярной меланхолии с потерей перспективы, жизненных планов и интереса к окружающему проявления и интенсивность психогенной депрессии всегда тесно связаны с реальной ситуацией. Свойственные таким больным тревожные опасения по поводу предстоящих материальных или других затруднений сильно преувеличены, но во многом [зависят от обстоятельств повседневной жизни](http://ekonnom.ru/Вопросы_к_экзамену_по_дисциплине_География_.html); ухудшение состояния может наступить при известии об изменившейся (причем не только вследствие несчастья, но и по иным причинам) семейной или служебной ситуации.   
В зависимости от преобладающих психопатологических явлений можно выделить 4 основных типа реактивных депрессий:

1. меланхолический (истинные депрессивные реакции),
2. тревожно-депрессивный,
3. истеродепрессивный,
4. астенодепрессивный.

Среди психических расстройств, наблюдающихся в период военных действий, а также в условиях заключения, наряду с перечисленными выделяется депрессивно-параноидный тип психогений. Развитие того или иного типа реакции в значительной степени определяется конституциональными особенностями психического склада больных.

***Психогенные параноиды***

Психогенные параноиды относятся к сравнительно редким формам психогений. Пациенты с психогенными параноидными психозами составляют 0,88 % от общего числа больных, госпитализированных в психиатрическую больницу. ВА. Гиляровский, исследуя закономерности формирования психогенных параноидов, справедливо определил их как полигинии, зависящие, помимо собственно триггерных механизмов, от ряда иных (соматических и ситуационных) факторов. Развитию психогенного параноида могут способствовать длительное эмоциональное напряжение, арест, вынужденная изоляция, нервное и соматическое истощение, связанное с продолжительным лишением сна, недоеданием и другими причинами. Определенная роль в патогенезе психогенных параноидов принадлежит и конституциональному фактору. Среди патохарактерологических проявлений, обусловливающих повышенную чувствительность к воздействию психотравмирующих факторов, чаще всего бывают личностные аномалии параноидного, шизоидного и истерического круга. Конституциональное предрасположение («почва») играет наибольшую роль для формирования психогенно обусловленных патологических (паранойяльных) расстройств.

Закономерности динамики бредовых реакций неоднородны. Выделяют острые, подострые и затяжные психогенные параноиды.

Клинической картине ***острого*** психогенного параноида свойственны простота, элементарность, образность, эмоциональная насыщенность бреда и резко выраженный аффект страха и тревоги. Чаще всего возникает бред преследования и отношения. Содержание бреда отражает в прямом или противоположном (бред невиновности и помилования осужденных) виде травмирующую ситуацию. В одних случаях это угроза физическому существованию, расправа, в других — морально-этический ущерб, причиняемый самому больному и его родным. Возможны также как зрительные, так и слуховые галлюцинации. После короткого (иногда не более нескольких часов) продрома с еще неясными тревожными опасениями и нарастающей подозрительностью у больных внезапно возникает ощущение смертельной опасности: они окружены врагами, их родственников уже нет в живых; некоторые слышат зловещий шепот, а потом и более отчетливые голоса людей, замышляющих убийство. В период кульминации психоза поведение больных целиком определяется содержанием патологических переживаний и может вылиться в опасные действия. В ужасе они пытаются бежать, выпрыгнуть в окно, нападают на мнимых врагов или хотят покончить с собой, дабы не попасть живыми в руки преследователей. Психоз носит транзиторный характер, и в большинстве случаев через несколько дней после госпитализации бредовые расстройства исчезают. Однако на протяжении последующих 2-4 нед. сохраняется остаточная симптоматика в виде тревоги по вечерам, подозрительности, боязни появления преследователей. Резидуальный бред при психогенных параноидах обычно нестоек и редуцируется в процессе обратного развития тревожных расстройств, психической слабости и восстановления критики.

В отличие от реактивных депрессий, чаще всего связанных с уже случившимся несчастьем, основным психогенным моментом при параноидах становится как бы вытекающая из сложившейся ситуации и проецированная в ближайшее будущее угроза самому больному или его близким. При этом в ряде случаев важнейшим патогенетическим фактором формирования психогенных параноидов является фактор неблагоприятной внешней обстановки, приобретающий свойства психической травмы.

Группу реактивных психозов, обусловленных внешней обстановкой, определяют как «параноиды внешней обстановки».

К параноидам внешней обстановки прежде всего относятся параноиды военного времени. Наряду с факторами «ослабленной» почвы — соматической предуготованностью, вызванной предшествующими контузией и ранениями, большое значение для их возникновения имеет ситуация постоянной опасности и угрозы для жизни — грохот взрывов, толпы людей, колонны транспорта, внезапное появление незнакомых лиц. Бредовые идеи (преследования, отношения, самообвинения) формируются на фоне выраженного тревожного аффекта. Содержание параноида соответствует ситуации. Военнослужащие как бы заново переживают обстановку пленения, ожидают нападения, принимают встреченных сослуживцев за солдат неприятеля. Бред в таких случаях сопровождается резким аффектом страха и примитивными импульсивными реакциями; больные мечутся, куда-то бегут. У раненых, попавших в непривычную обстановку госпиталя, нередко возникают идеи виновности, сопровождающиеся беспокойством и подавленностью. Одни из них называют себя симулянтами, дезертирами, преднамеренно причинившими себе увечья; другие говорят, что они шпионы, предатели, виновные в гибели людей.

К параноидам внешней обстановки относятся и бредовые реакции, возникающие при длительном путешествии, первоначально описанные в условиях поездки по железной дороге, — «железнодорожные параноиды», но наблюдающиеся также и на других видах транспорта. В их развитии большую роль играют предрасполагающие факторы — физическое утомление, нерегулярное питание, злоупотребление алкоголем, длительное лишение сна. Однако основным патогенным моментом остается ситуация — обстановка большого вокзала, аэропорта или другого транспортного терминала с бесчисленными толпами людей, доносящимися отовсюду обрывками разговоров, криками, звонками, не всегда ясными объявлениями, создающая атмосферу спешки, неопределенности и тревоги.

Отправляясь по железной дороге, больные вскоре замечают, что на них сосредоточено внимание окружающих: соседи по вагону ведут себя как-то необычно, шепчутся и переглядываются. Вскоре больные укрепляются в убеждении, что в купе расположилась шайка воров или бандитов, замышляющих нападение с целью ограбления или убийства; для того чтобы умилостивить «преследователей» и сохранить свою жизнь, больные раздают деньги и вещи, некоторые в страхе выскакивают на ходу из вагона, бросаются на рельсы.

Исходным пунктом для развития бреда может стать ситуация психической изоляции (пребывание в чужой, враждебной среде, усугубляющееся невозможностью контактов с окружающими в связи с незнанием языка). Здесь можно выделить бред в иноязычном окружении, а также миграционный психоз. В качестве факторов, повышающих вероятность формирования параноида (в частности, сенситивных идей отношения), выступают также необычный для нового окружения внешний облик, речь, общий модус поведения эмигрантов. К параноидам, связанным с психической изоляцией, близок по механизмам возникновения бред тугоухих. В том и в другом случае происходит патологическая интерпретация недоступной (из-за незнания языка или глухоты) речи окружающих, а вслед за этим по мере усиления тревоги и страха — мимики, жестов людей и, наконец, всех событий. У больных появляются слуховые иллюзии угрожающего содержания, растет уверенность во враждебном отношении окружающих.

К ***подострым***, обнаруживающим признаки более длительного течения бредовым реакциям относятся тюремные параноиды. Появление последних тесно связано с ситуациями, возникающими в условиях заключения (арест, страх судебного разбирательства, наказания, тревога за свою судьбу, за семью). В качестве триггерного механизма могут выступать также обстоятельства, связанные с ожиданием освобождения из заключения. Большое патогенетическое значение при формировании психогенного тюремного психоза приобретает ситуация изоляции. Параноиды чаще возникают в одиночной камере и могут пройти после того, как заключенному разрешают общаться с другими людьми; быстрое выздоровление (несмотря на актуальность судебного разбирательства) наступает у большинства больных после перевода в больницу. Заболевание чаще всего проявляется галлюцинаторно-параноидным психозом. В клинической картине преобладают бредовые идеи отношения, преследования, отражающие своеобразие психической травмы. В некоторых случаях на первый план выступают идеи осуждения: больные убеждены, что им приписывают тягчайшие преступления (измена Родине, разглашение государственной тайны, предательство и т. п.), их будут судить, приговорят к смерти. Галлюцинации имеют пространственную проекцию: голоса раздаются из соседней камеры, из-за окон и дверей. Содержание обманов восприятия аффективно окрашено и соответствует опасениям больных: они видят себя в окружении врагов, слышат речь прокурора или следователя, ждут наказания. В других случаях среди проявлений психогении преобладает бред невиновности и помилования. Больные говорят о необоснованности выдвинутых против них обвинений, утверждают, что в связи с их большими заслугами перед обществом следствие прекращено, они оправданы, слышат, как оглашается решение суда об освобождении их из-под стражи.

К ситуационным в широком смысле бредовым реакциям относятся «параноиды бизнесменов», возникающие в условиях затяжных конфликтных ситуаций, чаще всего связанных с крупными торговыми или финансовыми операциями. Проявления психогении развертываются постепенно на фоне постоянного шантажа, перспективы потери работы, полного разорения. В клинической картине психогении (на первых ее этапах) наряду с тревогой и аффективными расстройствами доминируют малосистематизированные, а подчас изменчивые бредовые идеи преследования. Обострение наступает после очередной ссоры с конкурентами или компаньонами. Возникают страх, ощущение угрозы жизни. Поведение с этого момента «подчиняется законам детективного жанра». Больные начинают замечать слежку со стороны «сообщников» своих конкурентов, опасаясь нападения, прячутся, повсюду появляются лишь с охраной. По улице ходят озираясь: им кажется, что кругом знакомые лица, поджидающие их с целью мести. Вызов в администрацию, связанный с обстоятельствами, подчас не имеющими к ним прямого отношения, воспринимают как «последнее предупреждение». Ожидая нападения, в тревоге мечутся по квартире, в каждом входящем видят киллера, ночами не спят, сжимая оружие, дежурят у дверей. Для того чтобы избежать актов агрессии, не покидают дома. Острый период, как правило, непродолжителен (не более 1—2 нед). Дальнейшей генерализации и систематизации параноидных расстройств обычно не происходит (бред остается в пределах психогенного комплекса, тесно переплетаясь с реальными событиями), однако нарастают страх и подавленность. Некоторые мигрируют и, чтобы скрыться от преследователей, меняют место жительства, другие, уступая нажиму родственников, госпитализируются. Аффективная охваченность параноидными переживаниями, тревога, бессонница в период пребывания в психиатрическом стационаре быстро редуцируются. Однако идеи преследования, несмотря на разрешение психотравмирующей ситуации, сохраняются еще на протяжении нескольких недель.

К группе подострых психогенных расстройств можно отнести также индуцированный бред. Роль психогенного фактора, влияющего на формирование клинической картины, принадлежит в этих случаях близкому окружению (заболевание возникает обычно у членов одной семьи) с длительным, полным глубокой аффективной заинтересованности общением с индуктором — психически больным человеком или обнаруживающим большую паранойяльную активность психопатом. Немаловажны при этом и условия относительной социальной изоляции, в которых облегчается контакт между индуцирующим и индуцируемым. К формированию психогении предрасполагают врожденные психические аномалии (умственная отсталость легкой степени, психопатии истерического и паранойяльного круга и др.), а также приобретенные в результате церебрального атеросклероза, затяжных астенических состояний и других расстройств личностные нарушения со снижением критики и усилением внушаемости. Вследствие особых психических изменений чужие бредовые высказывания, планы борьбы, идеи преследования принимаются индуцируемым на веру, в готовом виде, без какой-либо критической переработки (навязанный, внушенный психоз, folie impose). Тематика индуцированного (наведенного) бреда обычно тесно связана с явлениями и событиями обыденной жизни; чаще всего это бред преследования, сутяжный или эротический. По содержанию психопатологические образования реципиента сходны с психозом индуктора, а в некоторых случаях полностью его копируют. Обычно индуцируется один человек (folie a deux — помешательство вдвоем); большее число людей (коделиранты) вовлекаются редко. Индуцированный бред, как правило, нестоек и быстро исчезает при изменении ситуации. Восстановление критики и излечение наступают уже через несколько дней после разъединения с индуктором.

Если индуцированные бредовые расстройства возникают у больных шизофренией партнеров, то закономерности их формирования и динамики могут быть иными. Этот вариант индуцированного бреда называется конформным бредом. При таком бреде не всегда удается определить индуктора и индуцируемого; формирование параноида в этих случаях происходит по механизмам взаимной индукции (одновременный психоз). Партнеры обмениваются собственными подозрениями, сходным образом интерпретируют факты окружающей действительности; когда у одного из них появляются опасения грозящих преследований, второй сразу же подхватывает эти предположения и утверждается в них. У некоторых больных шизофренией при отделении от индуктора бред не исчезает, а развивается в дальнейшем самостоятельно (сообщенный психоз).

***Затяжные*** психогенные параноиды (паранойяльные развития) по особенностям динамики (бред на всем протяжении носит ограниченный, в значительной мере изолированный характер и не имеет тенденции к усложнению и генерализации) относятся к мягким бредовым формам. Последние определяются как «мягкая паранойя», «абортивная паранойя», «гипопаранойя».

Заболевание чаще всего возникает у психопатических личностей с преобладанием параноических черт и склонностью к формированию сверхценных комплексов, но также при патохарактерологических аномалиях аффективно-гипертимного круга с чертами завышенной самооценки. Провокация психогенных расстройств происходит по механизмам ключевого переживания. Бред обычно формируется после событий, обнаруживающих аффинитет к сверхценным образованиям и тем самым особенно глубоко поражающих воображение пациента. Так, например, у лиц, одержимых идеями технического рационализаторства, вынужденных в связи с переориентацией производства свернуть свои разработки, возникают сомнения в лояльности сотрудников, появляются опасения скрытого соперничества. Последние могут приводить к затяжным конфликтам с администрацией, перерастая в стойкое убеждение в том, что недоброжелатели намерены воспользоваться результатами их труда. Поведение окружающих оценивается как двуличное («все обманщики»). Больные начинают замечать, что сотрудники, руководствуясь некими скрытыми мотивами, многозначительно хмыкают, морщатся, всем своим видом демонстрируя пренебрежение, а конкуренты тайно, через своих «ставленников» пытаются всячески очернить и дискредитировать их; «злоумышленники» специально вычеркивают наиболее существенные научные положения, а затем используют соответствующие данные в собственных работах. Встав на путь защиты своих интересов, больные в многочисленных письмах и жалобах, направляемых в различные инстанции, сообщают о «фальсификации» и «махинациях» научных оппонентов и их «приспешников», предпринимаемых с целью «плагиата» и «мести». Длительность затяжных психогенных параноидов — от 2 до 5 лет, однако в некоторых случаях протяженность бредовых реакций может достигать и 10 лет.

В качестве одного из наиболее типичных вариантов психогенных параноидов выступают затяжные сутяжные реакции. Сутяжные домогательства чаще всего выступают в форме многолетней судебной тяжбы, сопровождающейся многочисленными жалобами и апелляциями в высшие инстанции, форма которых весьма сходна с юридическими документами. Лица, обнаруживающие признаки персистирующего кверулянтства, проявляют необыкновенную настойчивость и упорство, добиваясь восстановления своих прав или компенсации материального ущерба. При знакомстве с принадлежащими сутягам письмами и заявлениями обращают на себя внимание мелочность, застревание на деталях, стремление возводить незначительные бытовые недоразумения в ранг дел государственной важности, «раздувать» не имеющую никакой реальной значимости обиду до размеров тяжкого оскорбления. Сутяжные реакции могут возникнуть в любом возрасте, но чаще всего развиваются после 40 лет. Кверулянтная активность обычно сохраняется в течение нескольких лет и постепенно, по мере разрешения конфликтной ситуации, затухает. Однако при неблагоприятном стечении обстоятельств вслед за периодом относительного благополучия вспышка сутяжничества нередко возникает вновь.

**Лечение и организация помощи больным**

Для купирования реактивных психозов используют широкий комплекс лечебных воздействий: медикаментозных, психотерапевтических, физиотерапевтических, социальных. Терапевтическая тактика определяется остротой, длительностью и особенностями клинической картины психогении, при этом учитываются характер и актуальность психической травмы, а также механизмы возникновения психогенной реакции. Отягощенность личностными расстройствами и нарастание психопатических проявлений в процессе формирования психогении значительно ухудшают прогноз терапии.

При патологических реакциях на стресс у лиц, находящихся в экстремальных условиях (землетрясения, катастрофы и т. п.), предусматривается широкий круг неотложных организационных, социальных и психотерапевтических мероприятий. Однако прежде всего необходимо изолировать больного от массивных травмирующих воздействий. Выведение из опасной зоны снижает у пострадавшего уровень эмоционального напряжения, дает ему возможность мобилизовать внутренние ресурсы. Неотложная помощь, как правило, требуется и при других острых психогенных реакциях (острые параноиды, истерические психозы с явлениями расстроенного сознания). Больного, особенно при гиперкинетических проявлениях психоза, необходимо удержать, для чего (если не помогают уговоры и другие психотерапевтические меры) в исключительных случаях приходится прибегать к иммобилизации. Медикаментозное лечение в этих случаях должно начинаться как можно скорее.

Лечение кратковременных, преходящих психогенных реакций, а также психогений, развивающихся с преобладанием нерезко выраженных истероконверсионных и аффективных расстройств, может проводиться в амбулаторных условиях. Однако, несмотря на широкие возможности, амбулаторная терапия не решает всех проблем, связанных с лечением реактивных психозов. Значительный контингент лиц с психогенными реакциями нуждается в госпитализации. Чаще всего помещение в стационар связано с необходимостью проведения активных методов лечения. В первую очередь это относится к больным острыми истерическими и бредовыми психозами, а также психогениями с тяжелыми аффективными расстройствами. Надлежащие условия создаются в стационаре и для пациентов, нуждающихся в интенсивной психофармакотерапии (прежде всего при затяжном развитии болезни с тенденцией к хронификации). Терапия в специализированном стационаре оказывается наиболее эффективной и в ряде других случаев, в частности при некоторых вариантах неглубоких реактивных депрессий, а также при психогенно спровоцированных фазах, особенностями которых являются стойкая фиксация больного на неблагоприятно сложившихся обстоятельствах, а также пассивность, стремление «уйти» от разрешения конфликта. Госпитализация для таких больных является одновременно и выведением их за пределы постоянно травмирующей ситуации. Длительность лечения в больнице должна быть максимально индивидуализирована. Не надо торопиться с завершением лечения в стационаре в случаях затяжных реактивных психозов (особенно депрессий и параноидов) со стойким, медленно редуцирующимся психогенным комплексом. Преждевременная выписка и повторное столкновение с психотравмирующими факторами могут привести к рецидиву заболевания.

В лечении реактивных психозов широко используют лекарственные средства. Для купирования острого реактивного психоза применяют нейролептики различных групп, быстро блокирующие аффект тревоги, страха, явления психомоторного возбуждения. При психозе меньшей интенсивности показано парентеральное введение транквилизаторов. В дальнейшем по мере успокоения больного психотропные средства назначают внутрь. При тяжелых истерических психозах, особенно в тех случаях, когда их клиническая картина усложняется галлюцинаторной симптоматикой (галлюцинации воображения), бредоподобными фантазиями и явлениями ступора, вводят внутривенно капельно нейролептические средства — галоперидол, трифлуоперидол, трифлуоперазин, алимемазин. Наиболее эффективна комбинированная терапия нейролептиками и транквилизаторами.

Значительная роль в купировании острой фазы реактивного психоза принадлежит психокоррекции — динамической, поведенческой, групповой психотерапии, наряду с которой используются и психотропные средства.

При лечении реактивных депрессий нельзя забывать о необходимости купирования сопутствующих им нарушений сна.

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение реактивных психозов.

2) Назовите формы реактивных психозов с клинической точки зрения.

3).Дайте характеристику аффективно-шоковой реакции.

4).Перечислите варианты истерических психозов.

5). Перечислите формы оказания помощи больным с реактивными психозами.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПРИСТУПЫ ИНТЕНСИВНОГО СТРАХА НАЗЫВАЮТСЯ

1) обсессии

2) компульсии

3) фобии

4) панические атаки

5) контрастные навязчивости

2. ПОЯВЛЕНИЕ ДЕТСКОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО СОБЫТИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) неврозов

2) аффективно-шоковой реакции

3) реактивного параноида

4) истерических психозов

5) соматоформных расстройств

3. НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) истерии

2) неврастении

3) обсессивно-фобического невроза

4) любого невроза

5) при неврозах не наблюдаются

4. ПО СВОЕЙ СУТИ ПСЕВДОДЕМЕНЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) временным снижением работоспособности мозга вследствие утомления

2) снижением продуктивности вследствие утраты интересов и воли

3) воображаемой беспомощностью, вызванной психотравмирующей ситуацией

4) разрушением небольшого участка мозга(опухолью, травмой, гематомой)

5) необратимым диффузным органическим поражением, обусловленным хронической недостаточностью кровоснабжения мозга

5. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИИ

1) психотерапия и антидепрессанты

2) психотерапия и транквилизаторы

3) физиолечение и психотерапия

4) антидепрессанты и нейролептики

5) трициклические антидепрессанты и ингибиторы МАО

6. БРЕДОВЫЕ ИДЕИ ИНОГДА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

1) неврастении

2) истерическом неврозе

3) обсессивно-фобическом неврозе

4) реактивных психозах

5) астении

7. ДЛЯ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ ХАРАКТЕРНО

1) падение «как подкошенный»

2) наличие ауры

3) наличие тонической фазы

4) наличие послеприпадочного оглушения

5) помрачение сознания с последующим падением без ушибов

8. СУИЦИДАЛЬНУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЕПРЕССИЯ

1) депрессия с депрессивным бредом

2) психастеническая

3) ироническая

4) дисфорическая

5) апатическая

9. К ИСТЕРИЧЕСКИМ РЕАКТИВНЫМ ПСИХОЗАМ ОТНОСЯТ

1) псевдодеменцию

2) деменцию

3) аменцию

4) «параноид безнесменов»

5) обнубиляцию

10. РЕАКТИВНЫЙ ПАРАНОИД – ЭТО

1) реакция на соматическую вредность

2) несистематизированный эмоционально насыщенный бред

3) систематизированный интерпретативный бред

4) бред с психическим автоматизмами

5) бред с зрительными галлюцинациями

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Женщина 18 лет, узнав неожиданно о том, что ее любовник, с которым она намеревалась в последующем вступить в брак, в действительности женат и имеет детей, стала вести себя нелепо: по детски лепетала, неправильно застегивала одежду, хныкала, ела руками, не отвечала на вопросы.

1. Квалифицируйте состояние.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Реактивный психоз.

2. Пуэрилизм.

3. Психологическая травма.

4. Психотерапия, психофармакотерапия.

5. Благоприятный.

**Задача №2**

Больная днем в присутствии родственников после конфликта упала на диван, закатила глаза.Вскоре у нее появились тонические судороги в руках, которые продолжались 5 минут и сменились клоническими судорогами всего тела, без прикуса языка, самопроизвольного мочеиспускания не наблюдалось. В момент припадка реакция зрачков на свет были сохранены.   
Весь припадок длился 15 минут.

1. Квалифицируйте состояние.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Реактивный психоз.

2. Истерический припадок.

3. Психологическая травма.

4. Психотерапия, психофармакотерапия.

5. Благоприятный.

**Задача №3**

Больная Д. 48 лет, поступила в психиатрическую больницу по направлению врача «Скорой помощи». Госпитализирована с улицы, где странно себя вела: подозрительно оглядывала прохожих, жалась к стенам домов, застывала на месте, испуганно озиралась. Рассказала, что в течение   
месяца ее не покидает тревога за сына, находящегося под следствием. Госпитализирована за 2 дня до суда. Последнюю неделю не спит по ночам, усилилось чувство тревоги. Появились мысли,что за ней следят, знают о ее беде и постоянно об этом говорят. На улице видела своих   
преследователей. В день госпитализации поняла, «что на работу ехать нельзя, там враги», которые угрожали ей и сыну». Не могла понять, где находится, куда и зачем ее привезла машина «скорой помощи».

1. Квалифицируйте состояние.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Реактивный психоз.

2. Реактивный параноид.

3. Психологическая травма.

4. Психофармакотерапия, психотерапия.

5. Благоприятный.

**Задача №4**

Больная А. 26 лет, доставлена в приемный покой психиатрической больницы в состоянии возбуждения. На месте не удерживается, тревожна, на вопросы не отвечает. Муж больной рассказал, что 2 недели назад она ездила на похороны дяди в родной город. На обратном пути в купе «познакомилась с женщиной, которая оказалась колдуньей». Приехала домой возбужденная,   
тревожная, говорила, что скоро умрет, т.к. «ее околдовали». Отказывалась от еды, мало спала, все время вспоминала, как пристально на нее смотрела соседка по купе, какие черные у нее были глаза. Беспокоилась о детях. Уговаривала мужа не отдавать их в детский дом после ее смерти.

1. Квалифицируйте состояние.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Реактивный психоз.

2. Реактивный параноид.

3. Психологическая травма.

4. Психофармакотерапия, психотерапия.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Больной Д. 35 лет совершил кражу. В зале суда был тревожен, растерян, вел себя нелепо. На вопрос о возрасте ответил -»5», на вопрос: «Как вас зовут-», ответил -»не знаю». При просьбе что-нибудь написать, сказал, что не умеет. Демонстрировал счет только до 10. Путал названия предметов, жаловался, что у него болит голова, что «очень трудно думать».

1. Квалифицируйте состояние.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

3. Что является причиной развития данного расстройства?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Реактивный психоз.

2. Псевдодеменция.

3. Психологическая травма.

4. Психофармакотерапия, психотерапия.

5. Благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного с реактивными психозами, зная клинические проявления.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между клиническими вариантами психических расстройств при реактивных психозах.

3). Уметь правильно обследовать больного с психическими расстройствами при реактивных психозах и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Психотерапия реактивных психозов.

2. Судебно-психиатрическая оценка реактивных психозов.

3. Диагностика затяжных реактивных психозов.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.88. **Тема:** «Посттравматический стрессовый синдром».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Резко возросшее количество жертв чрезвычайных ситуаций (стихийные бедствия, крупномасштабные аварии и катастрофы, локальные войны и связанные с ними события: пленение, взятие в заложники, депортация, вынужденное переселение и др.), противоправных действий (террор, грабежи, разбои, изнасилования), серьёзных конфликтов в обществе и микросоциуме привело к увеличению распространённости посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения. Актуальность и увеличение численности пациентов с психическими расстройствами, связанных с экстремальными ситуациями обусловливают необходимость знаний вопросов диагностики и лечения данных заболеваний врачами-психиатрами.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с воздействием внешнего сильного травмирующего фактора в психиатрии.

ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-12.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики психических нарушений, связанных с экстремальными ситуациями.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с психическими нарушениями, связанных с экстремальными ситуациями, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с психическими нарушениями, связанных с экстремальными ситуациями; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при ПТСР |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике посттравматического стрессового синдрома  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Психологические факторы в формировании ПТСР».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Посттравматический стрессовый синдром**, или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), — комплекс психических нарушений, возникающих в связи с экстремальными ситуациями.

ПТСР возникает после латентного периода продолжительностью от нескольких недель до нескольких (обычно не более 6) месяцев. Представление о посттравматическом стрессовом расстройстве нельзя назвать законченным и полностью сформировавшимся. В этом отношении можно согласиться с П. В. Каменченко, который полагает, что выделение ПТСР — этап в изучении воздействия экстраординарной психической травмы на психическое здоровье человека.

***Распространенность***

Показатели распространенности ПТСР в контингентах лиц, переживших экстремальные ситуации, в литературе колеблются от 10 % у свидетелей события до 95 % среди тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями). Соответствующие цифры, естественно, зависят от многих обстоятельств, в частности от конкретной характеристики стрессогенного события, группы обследованных (свидетели, участники, пострадавшие, ликвидаторы и др.), диагностической позиции исследователя и метода исследования (например, клиническая диагностика и обследование с помощью специальных шкал могут дать различные результаты). Тем не менее представляют интерес обобщенные материалы, представленные в отечественной и зарубежной литературе последнего времени.

По данным J. R. T. Davidson, распространенность (показатель lifetime prevalence) ПТСР колеблется от 3,6 до 75 % (у переживших экстремальные события). Соответствующие эпидемиологические исследования, проведенные в США среди ветеранов вьетнамской войны, позволили установить ПТСР у 30 % лиц; парциальные и субклинические проявления синдрома были дополнительно выявлены у 22 % участников войны. Тот же автор упоминает данные, согласно которым у лиц, переживших нацистские концентрационные лагеря, состояния, которые сейчас рассматриваются как ПТСР, наблюдались в 85-100 % случаев.

В отечественной литературе Ю. В. Поповым и В. Д. Вид был представлен показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50-80 %. Случаи ПТСР в мирное время, по данным авторов, составляют в популяции 0,5 % для мужчин и 1,2 % для женщин. Но менее выраженные расстройства адаптации констатируются в 1,1-2,6 случаев на 1000 населения.

В развитии ПТСР имеют особое значение негативные события, отличающиеся угрозой для жизни, непредсказуемостью и неконтролируемостью. В общем виде они определяются как «травматические события, выходящие за рамки обычного человеческого опыта».

Т. М. Moles представляет следующую классификацию наиболее частых причин возникновения ПТСР при массовых бедствиях: *природные* — климатические (ураганы, смерчи, наводнения), сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами); *вызванные человеком*— несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары, биологические, химические и ядерные катастрофы; «умышленные» бедствия (террористические акты, мятежи, социальные волнения, войны). Экстремальными могут быть и ситуации, имеющие значение для отдельного человека, например акты агрессии. Б. В. Шостакович выделяет в этом ряду «синдром изнасилования».

***Положение посттравматических стрессовых расстройств в классификации психических болезней***

В МКБ-10 ПТСР входит в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F40 — F48), где «Посттравматическое стрессовое расстройство» составляет рубрику F43.1.

Согласно МКБ-10, посттравматическое стрессовое расстройство «возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию… исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека». Таким образом, подчеркиваются две его особенности: отчетливо психогенная природа расстройства и безусловная, выходящая за рамки обычного человеческого опыта тяжесть психогении, исключительная мощь ее патогенного воздействия. В связи с этим, во-первых, ПТСР следует рассматривать среди прочих психогенных психических расстройств, а во-вторых, оно заслуживает особого внимания именно в связи с тяжестью психической травмы и обусловленными ею особенностями организации помощи.

В МКБ-10 клиническая картина ПТСР описывается весьма лаконично. Подчеркивается, что у больных отмечаются хроническое чувство отчуждения от других людей, отсутствие реакции на окружающее, ангедония, повышенная вегетативная возбудимость, бессонница. Эмоциональность больных характеризуется притупленностью, «оцепенелостью». Они страдают навязчивыми воспоминаниями о психотравмирующей ситуации, в том числе в форме ночных кошмаров. Больные боятся и избегают всего, что напоминает о пережитой ими психической травме. В подобных ситуациях у них могут возникать острые вспышки страха, паники или агрессии. Указывается также частота симптомов тревоги и депрессии. Как «осложняющий фактор» рассматривается избыточное употребление алкоголя или наркотиков. Таким образом, в качестве обязательных критериев указываются очевидная связь возникновения болезни с тяжелым стрессогенным событием (при этом есть ссылка на то, что расстройство может быть отдаленным от события на несколько недель или месяцев, однако не более чем на полгода), повторяющиеся эпизоды воспоминаний о событии, ночные кошмары, отчуждение, «эмоциональная оцепенелость» и ангедония.

***Клинические проявления***

Посттравматическое стрессовое расстройство развивается после острой реакции на стресс (F43.0), которая может характеризоваться растерянностью, страхом, психомоторным возбуждением или ступором, паническими реакциями, сужением сознания, мнестическими нарушениями, а также нарушениями, отражающими характер экстремального воздействия (например, иллюзии колебания земли после землетрясения). Иногда возникают острые психотические состояния с дезориентировкой, сценоподобными зрительными и слуховыми галлюцинациями, в содержании которых отражаются пережитые события.

В отличие от острой стрессовой реакции ПТСР возникает не в момент стрессового события, а в отдаленные сроки — после вывода пациентов из стрессовой ситуации.

Подострые нарушения психики характеризуются дереализационными и деперсонализационными расстройствами; тревожно-депрессивными состояниями с чувством страха за свою жизнь, плаксивостью, кошмарными сновидениями; депрессивными реакциями с конверсионными расстройствами; реакциями эйфорического типа с многоречивостью, с резкой недооценкой тяжести своего соматического состояния; обсессивно-фобическими расстройствами (пугающие образные воспоминания о том, как их ранило). Продолжительность таких состояний составляет от нескольких недель до нескольких месяцев. Особенно стойкими являются депрессивные, обсессивно-фобические расстройства и нарушения сна. Они сохраняются и по излечении от полученных повреждений, после выписки из соматического стационара и восстановления трудоспособности. Именно эти расстройства укладываются в клиническую картину раннего этапа формирования ПТСР.

Дальнейшее развитие ПТРС сочетает две группы клинических явлений: продолжающихся наплывов (оживления) в сознании больного экстремальной ситуации с сопутствующими аффективными реакциями (тревоги, ужаса, страха) и избегающего поведения, т. е. стремления уйти от всего, что может напоминать о трагическом событии.

Навязчивые воспоминания обычно возникают без каких бы то ни было внешних стимулов, но сопровождающие их переживания могут быть настолько сильными, что пациент ощущает их, как если бы трагические события происходили в реальности. Еще более выраженные реакции возникают в ответ на напоминающие о них внешние раздражители. Примером могут служить описанные реакции жертв нацистских концентрационных лагерей на вид свастики, а также участников вьетнамской войны на соответствующие телевизионные сюжеты. Избегание ситуаций и мыслей, которые могли бы даже отдаленно напоминать пережитую трагедию, имеет много общего с описанным выше поведением больных на предыдущих этапах развития ПТСР (вплоть до психогенной амнезии и состояний оцепенения). Но на этой стадии на первый план чаще выступают расстройства сна, раздражительность и взрывчатость, снижение некоторых когнитивных функций (особенно памяти и внимания). Могут развиваться и более выраженные психические нарушения (депрессия, тревожные расстройства, алкоголизм и др.).

Больные выглядят замкнутыми, отчужденными, иногда злобными. Они с трудом контактируют с окружающими, им трудно ужиться и в семье, и с другими людьми. Они раздражительны, порой агрессивны, причем вспышки злобы и агрессии могут казаться совершенно немотивированными. Обычные производственные требования, связанные с дисциплиной и субординацией, оказываются для них невыполнимыми. В семьях больные скоро становятся чужими, потому что не могут разделить ни огорчений, ни радостей домочадцев. В связи с этим они могут потерять и работу, и семью. Склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками усиливает социальную дезадаптацию: больные легко вовлекаются в криминальную среду или пополняют армию бездомных.

Таким образом, клиническая картина ПТСР представляется сочетанием психопатоподобных (асоциальных, эксплозивных, истерических) расстройств поведения, усугубляемых алкоголизацией, употреблением наркотиков и тяжелой неврозоподобной симптоматикой.

На более отдаленном этапе (через 12—14 мес) возможны состояния, характеризующиеся нарушением сна, чувством отчаяния, безысходности, крайне пессимистической оценкой ситуации в стране, отождествлением этой ситуации с собственной судьбой и связанными с этим суицидальными мыслями. Это состояние может быть столь тяжелым, что приводит к утрате трудоспособности. Но у многих больных при восстановленной трудоспособности и формально удовлетворительной социальной адаптации сохраняются редуцированные проявления хронического ПТСР: эпизодические нарушения сна с кошмарными сновидениями, аффективная лабильность. Наиболее значимым оказалось изменение отношения к общественным событиям и собственной роли в них. Больные стремятся полностью переориентировать свои интересы в сторону частной жизни, избегают всяких разговоров на общие (например, политические) темы. Обращает на себя внимание то, что многие из них стараются не связывать свои расстройства с перенесенной психической травмой и отказываются от общения с врачами или психологами, которые оказывали им помощь в остром и подостром периоде. Важно, что в то же время среди наиболее значимых стрессогенных факторов обследуемые неизменно указывают на неудовлетворительную организацию помощи, недостаток внимания, социальное неприятие или осуждение тех событий, во время которых они пострадали.

***Лечение и организация помощи больным***

Больные ПТСР нуждаются как в психофармакологической терапии, так и в реабилитационных мероприятиях (в том числе в психокоррекции), причем последние, возможно, наиболее важны.

В тех случаях, когда пострадавшие попадают в лечебные учреждения вскоре после воздействия психической травмы, специализированная помощь должна оказываться немедленно. Психофармакологическую терапию следует назначать одновременно с мероприятиями хирургического и терапевтического характера силами врачей любой специальности (которые, разумеется, должны иметь необходимую подготовку). Именно так начинают помощь этому контингенту в большинстве стран мира. В этих случаях чаще всего назначают небольшие дозы транквилизаторов или антидепрессантов, чтобы добиться уменьшения аффективных расстройств и нормализовать сон. Иногда (при значительной возбудимости) используют нейролептики.

При «хроническом посттравматическом стрессовом расстройстве» рекомендуют применять следующие группы препаратов:

* антидепрессанты;
* стабилизаторы настроения;
* анксиолитики;
* антиконвульсанты.

Значительный опыт был накоплен при ликвидации последствий землетрясения в Армении, что позволило разработать конкретные медицинские мероприятия и рекомендации по использованию разных групп психофармакологических средств.

В подостром периоде проводятся и мероприятия по оказанию психо-коррекционной помощи с учетом клинических особенностей психического состояния больных. Это в значительной мере снижает частоту развития психических расстройств в отдаленном периоде.

Наибольшую сложность представляет организация психиатрической помощи на отдаленных этапах течения болезни. Как уже говорилось, больные избегают обращаться в лечебные учреждения в силу особенностей клинической картины ПТСР. Кроме того, многие отказываются посещать психиатрические учреждения из-за опасений социального характера. Поэтому традиционные организационные формы помощи не подходят для данного контингента. В качестве примера альтернативного решения проблемы можно сослаться на опыт работы реабилитационных центров, созданных в США общественными ветеранскими организациями. Их главная особенность заключается в том, что, во-первых, обращение в подобный центр может быть анонимным; во-вторых, туда можно обратиться за любой помощью (например, за обедом). Созданная в этих центрах психотерапевтическая среда способствует тому, что нуждающиеся остаются в них на то время, которое необходимо для их реабилитации.

Психологическая коррекция является обязательной и важнейшей составляющей процесса реабилитации больных ПТСР.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение посттравматического стрессового синдрома.

2). Что имеет особое значение в развитии ПТСР?

3). Перечислите группы препаратов, применяемых в терапии ПТСР.

4). Назовите клинические варианты ПТСР.

5). Что представляет наибольшую сложность в организации помощи больным на отдаленных этапах ПТСР?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПТСР ОТРАЖАЮТ ПОСЛЕДСТВИЯ

1) повторных черепно-мозговых травм

2) длительного злоупотребления алкоголем и наркотиками

3) перенесенных в жизни нейроинфекций

4) перенесенных в жизни экстремальных ситуация

5) неблагоприятных условий воспитания и формирования личности

2. В ОСНОВЕ ЭТИОЛОГИИ ПТСР ЛЕЖИТ

1) неблагоприятная наследственность

2) физиогенные факторы

3) соматогенные факторы

4) интоксикационные факторы

5) психическая травма

3. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПТСР ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

1) ослабление памяти

2) усиление памяти

3) гиперсексуальность

4) помрачения сознания

5) навязчивые воспоминания о психотравме

4. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПТСР ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

1) ослабление памяти

2) усиление памяти

3) гиперсексуальность

4) помрачения сознания

5) повторяющиеся сновидения, отражающие психотравму

5. ПРОЯВЛЕНИЯ ФЛЕШБЕК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) шизофрении

2) эпилепсии

3) нервная анорексии

4) ПТСР

5) психопатий

6. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) депрессия

2) шизофрения

3) тревожные расстройства

4) синдром психического автоматизма

5) интепретативный бред

7. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) психопатии

2) эндогенные психические расстройства

3) психогенные психические расстройства

4) эндогенно-органические психические расстройства

5) слабоумие

8. ОСНОВНЫМИ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

1) биологические

2) психотравмирующие

3) климато-географические

4) индивидуально-личностные

5) профессионально-бытовые

9. ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1) не является нозоспецифичным

2) характерен для простой шизофрении

3) характерен для органических заболеваний головного мозга

4) является проявлением аутистического мышления

5) является вариантом проявления синдрома психического автоматизма

10. ОТСРОЧЕННОЕ ПТСР ВОЗНИКАЕТ СПУСТЯ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИЕЙ

1) более 6 мес.

2) более 3 мес.

3) более 1 мес.

4) более 4 недель

5) более 1 недели

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Мужчина 32 лет, находясь за рулем автомобиля, попал в аварию, в которой погибли его жена и 8-летняя дочь. Сам он отделался несколькими ушибами. Спустя 6 месяцев после этого отмечает: постоянно возникающие воспоминания о ситуации, депрессию, тревогу, усиливающиеся при виде детей, кошмарные сновидения. Иногда кажется, что видит среди прохожих лица, похожие на жену и дочь, слышит их крик в визге тормозов машин. Относится к этим переживаниям критично.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Вследствие чего развилось данное патологическое состояние?

3. Какие психические расстройства наблюдаются у пациента?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Посттравматическое стрессовое расстройство.

2. Вследствие психотравмы.

3. Депрессивные, обсессивно-фобические, нарушение сна.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №2**

32-летний водитель. Доставлен в состоянии острой паники. Во время военных действий перенес тяжелую психическую травму, когда сестру изнасиловали у него на глазах. Был в тюрьме, подвергался жестоким пыткам. После освобождения вернулся на родину, тяжело болел, перенес повторные операции. С тех пор появились ночные кошмары: видел сцены пыток и изнасилования. Это сопровождалось тревогой с пронзительными криками и агрессивным поведением. Настоящее состояние паники возникло после просмотра по телевизору документального фильма о Второй мировой войне. При осмотре: настроение и поведение изменчивы. Возбужден, часто дышит, агрессивен, барабанит в дверь и стены. В следующее мгновение выражение лица становится пустым, выглядит безразличным, жалуется на утрату чувств. Явно находится в отчаянии, заявляет, что не может вынести ужасных воспоминаний. Они посещают его постоянно, вызывая стресс в любой ситуации,- какой-либо звук, фотография или рассказ напоминают ему о пережитой травме. Не хочет говорить о происшедшем, избегает всего, что напоминает ему страшные события. Не может вспомнить определенные периоды своих пыток. «Я не могу составить в сознании полную картину, - жаловался он, - до сих пор некоторые образы и звуки не покинули моего сознания». Испытывал чувство вины и стыда после возвращения домой.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Вследствие чего развилось данное патологическое состояние?

3. Какие психические расстройства наблюдаются у пациента?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Посттравматическое стрессовое расстройство.

2. Вследствие психотравмы.

3. Депрессивные, обсессивно-фобические, нарушение сна.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №3**

Старший лейтенант Т., 27 лет. Служил в Афганистане в должности командира взвода. Неоднократно участвовал в боевых операциях. В горах подразделение попало в засаду, многие погибли. Получил огнестрельное ранение кисти, находился на лечении в медицинском батальоне. С этого времени стали беспокоить приступы сердцебиения и удушья, бессонница, ночные страхи и кошмары, боязнь одиночества. Находился на лечении в терапевтическом отделении госпиталя с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония». Улучшения не отмечал, обращался к врачу части с прежними жалобами. При осмотре: выглядит несколько взбудораженным, мимика и речь оживлены. Старается держаться бодро, но не может найти места рукам, в беседе время от времени усиливаются тремор, потливость, на лице выступают пятна Труссо. Фиксирован на своих навязчивых воспоминаниях, «перед глазами стоит кровавая картина». Жалуется на внезапные приступы сердцебиений, боли в груди, удушья, головокружения, сопровождаемые страхом. Боится оставаться один. Ночами мучают кошмары, воспроизводящие ситуации боя. Настроение снижено, чувствует «душевную усталость».

1. Квалифицируйте состояние.

2. Вследствие чего развилось данное патологическое состояние?

3. Какие психические расстройства наблюдаются у пациента?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Посттравматическое стрессовое расстройство.

2. Вследствие психотравмы.

3. Депрессивные, обсессивно-фобические, конверсионные, нарушение сна.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №4**

Больной У. 48 лет. Проходил срочную военную службу в Афганистане, участвовал в боевых действиях. Травм и ранений нет. После службы долгое время снился один и тот же кошмарный сон, связанный с войной. Воспоминания о боевых действиях приводили к длительным злоупотреблениям алкоголем. Изредка беспокоили головные боли, боли в нижней части спины. 5 лет тому назад перенёс стресс, связанный с утратой близкого человека, после чего стал замкнутым, старался не вспоминать боевое прошлое. В течение последнего года плохо спит, мучают ночные кошмары, зафиксированы редкие подъёмы АД до 150/100 мм рт. ст., появились учащённое сердцебиение, усиливающееся в темное время, тревожность. Обратился за медицинской помощью впервые.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Вследствие чего развилось данное патологическое состояние?

3. Какие психические расстройства наблюдаются у пациента?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Посттравматическое стрессовое расстройство.

2. Вследствие психотравмы.

3. Депрессивные, обсессивно-фобические, конверсионные, нарушение сна.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**Задача №5**

Больной А., 46 лет, участник боевых действий в Афганистане, перенёс ушиб головного мозга лёгкой степени тяжести. Обратился с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника, ноющие головные боли, ночные просыпания в связи с ночными кошмарами, связанными с войной, ухудшение памяти на текущие события, подъёмы АД до 150/100 мм рт. ст. , снижение настроения, чувство «никчемности и бесполезности».Боли беспокоят в течение полугода. Амбулаторное лечение с использованием НПВС особого результата не дало, боли сохранялись, только несколько уменьшились по интенсивности.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Вследствие чего развилось данное патологическое состояние?

3. Какие психические расстройства наблюдаются у пациента?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство, органическое поражение головного мозга.

2. Вследствие психотравмы.

3. Депрессивные, обсессивно-фобические, мнестические, нарушение сна.

4. Психофармакотерпапия, проведение психотерапии.

5. Прогноз относительно благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить ипохондрические синдромы.

2). Уметь выявить клинические варианты ипохондрических синдромов, их сочетания.

3). Уметь выявить ипохондрические синдромы, учитывая возрастные особенности.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Отдаленные последствия посттравматических стрессовых расстройств.

2. Влияние стихийных бедствий и катастроф в развитии ПТСР.

3. Психофармакотерапия и реабилитация больных с ПТСР.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.89. **Тема:** «Неврозы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Актуальность и увеличение численности невротических и соматоформных расстройств (т.е. расстройств, связанных с эмоциональным стрессом) обусловливают необходимость знаний вопросов диагностики и лечения данных заболеваний врачами-психиатрами.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с эмоциональным стрессом в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления неврозов |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «История развития учения о неврозах».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Расстройства, связанные с эмоциональным стрессом – неврозы – непсихотические расстройства, нередко связанные с длительными, тяжело переживаемыми конфликтными ситуациями. Эти расстройства носят функциональный (неорганический) характер, обычно сопровождаются нарушениями в соматовегетативной сфере, при этом больные сохраняют критику, понимают болезненный характер имеющихся симптомов, стремятся избавиться от них.

Хотя течение неврозов в целом благоприятное, длительность заболевания может быть различной. В большинстве случаев наблюдается полное выздоровление. Однако нередко лечение растягивается на многие годы. Патологические стереотипы поведения больных становятся привычными, меняется стиль жизни. Больные «сживаются с неврозом», подстраивают все свое поведение под требования болезни. В этом случае выздоровления не наступает. Подобное хроническое болезненное состояние обозначают как ***»невротическое развитие личности***».

В отечественной психиатрии выделяют 3 варианта невроза: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерический невроз. Выделение ипохондрического невроза в качестве самостоятельного заболевания не распространено, поскольку соматовегетативная дисфункция и озабоченность состоянием своего здоровья свойственны больным с любым типом невроза. Следует подчеркнуть, что сущность соматических расстройств принципиально различается при различных вариантах неврозов: демонстративность, стремление обратить на себя внимание – при истерии; страх, тревожные опасения – при неврозе навязчивостей; чувство усталости, истощения – при неврастении. Также ограниченно применяется диагноз «депрессивный невроз», поскольку снижение настроения является важным симптомом любого невроза, однако оно никогда не бывает столь выраженным, как при БАР.

В настоящее время замечено все большее количество случаев заболевания различными формами неврозов, которые зафиксированы, как в развитых странах, так и в находящихся на пути своего развития. Специалисты связывают это с постоянно увеличивающимися темпами развития окружающей среды.

По данным ВОЗ, заболеваемость неврозами в мире за последние 65 лет возросла более чем в 20 раз. Данные эпидемиологических исследований неврозов свидетельствуют не только о большой медицинской, но и социально-экономической значимости этой проблемы: заболеваемость неврозами достигает 20–25 случаев на 1000 человек.

Неврозами страдает около 20-30 % городского населения и 10-15 % сельского. На долю неврозов среди психических заболеваний приходится 20–25 %. В общемедицинской практике среди пациентов различных поликлиник и больниц выявлено 40 % людей, страдающих неврозами. Изучение заболеваемости неврозами показало, что невротические расстройства часто встречаются у мужчин и женщин, возраст которых старше 30 лет.

Невротические расстройства у женщин обычно протекают в более тяжелой форме, чем у мужчин. Так же замечено, что у женщин чаще встречается такая разновидность невроза, как истерический невроз.

Этиология и патогенез

В настоящее время общепризнана роль психотравмирующих факторов. Она оценивается представителями разных психиатрических школ весьма различно, а иногда получает даже прямо противоположные трактовки.

1. **Психоанализ.** З.Фрейд: Его концепция опирается на постулат психогенного происхождения неврозов, конкретные симптомы которых в символической форме выражают суть интрапсихического конфликта – следствия реально существовавших в ранней истории субъекта проблем. Невроз представляет собой нечто вроде компромиссного образования между запретным влечением и психологической защитой.
2. **Экзистенциализм**. Как пишет В. Франкл, невроз – это следствие экзистенциального вакуума, обусловленного потерей смысла жизни. Такие неврозы называются – нусогенными (нус — смысл). Их природа связана с самыми высшими проявлениями человеческой психики. По В.Франклу, невротические расстройства есть индивидуальный способ обретения смысла жизни.
3. **Гуманистическое направление.** А. Маслоу считает, что природа невротических расстройств лежит в самой структуре мотивационной сферы человека. Невроз является следствием фрустрации базисных потребностей. Чем выше потребность, по А. Маслоу, тем больше состояние фрустрации.
4. **Социальная теория невроза**. Дж. Фурст предполагает, что причина неврозов — социальное неравенство в обществе – подход крайне левого толка. Есть и менее радикальное социальное направление. Тем не менее, основной фактор образования неврозов в данной теории – социальный.
5. **Физиологический подход**. В качестве причины невроза определяется воздействие внешнего вредоносного фактора. Это некоторое патологическое состояние головного мозга. У человека речь является второй сигнальной системой, которая имеет мозговую организацию. Из этого следует важное следствие для психотерапии: воздействие словом может перестраивать мозговую организацию. Важное значение имеют и генетические исследования, которые доказывают высокую конституциональную предрасположенность к неврозу.
6. С точки зрения российских ученных, невроз рассматривается как психогенное расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых отношений человека с окружающей действительностью. Невроз проявляется в специальных психических феноменах при отсутствии психических расстройств. Важную роль в патогенезе невроза играет **психотравма**. Невроз рассматривается как способность адаптироваться к травмирующим условиям. Содержание клинических проявлений при неврозе отражает сущность психотравмы

Невроз в своем развитии проходит 3 стадии:

1. Невротическая реакция. Непродолжительная стадия, в большей степени зависящая от темперамента. Характеризуется стереотипной реакцией человека на конфликтную ситуацию.
2. Невротическое состояние. Реакции влияют на жизнь человека, повторяются, формируются невротические черты характера (тревожность, демонстративность, плаксивость, обидчивость).
3. Невротические изменения в поведении. Собственно, то, что становится видно невооруженным глазом, странные действия человека. Невротическое развитие личности, вызванное длительным неврозом.

Классификация невротических расстройств.

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной (хотя и не точно установленной) части этих расстройств с психологическими причинами. Как уже было отмечено в общем введении к МКБ-10, понятие невроза было сохранено не в качестве основополагающего принципа, а в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по-прежнему считать невротическими в их собственном понимании этого термина (смотри замечание по поводу неврозов в общем введении).  
Часто наблюдаются сочетания симптомов (самым распространенным является сосуществование депрессии и тревоги), особенно в случаях менее тяжелых расстройств, обычно встречающихся в сфере первичной медицинской помощи. Несмотря на то, что надо стремиться к выделению ведущего синдрома, для тех случаев сочетания депрессии и тревоги, в которых было бы искусственным настаивать на таком решении, предусмотрена смешанная рубрика депрессии и тревоги (F41.2).

Подобные расстройства в МКБ-10 находятся с F40 по F48. В этом разделе расположены следующие рубрики:

* F40. Фобические тревожные расстройства: к ним относятся агорафобия, социальные фобии, другие аналогичные расстройства.
* F41. Панические расстройства.
* F42. Навязчивые мысли: к этой группе относятся [навязчивые ритуалы](http://lechenienevroza.ru/nevrozy/navyazchivyx-sostoyanij.html) и действия, обсессивно-компульсивные расстройства.
* F43. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
* F44. Диссоциативные расстройства.
* F45. Соматоформные расстройства.
* F48. Другие невротические расстройства.

Лечение, организация помощи больным

Показания для стационарного лечения:

1. Выраженная астенизация
2. Выраженная соматизация нарушений (психосоматические симптомы)
3. Невозможность подбора медикаментозной терапии амбулаторно за счет резистентности состояния, плохой переносимости терапии
4. Необходимость снизить риск кризисных ситуаций, возможных в ходе лечения
5. Обусловленная симптомами невозможность амбулаторного лечения при агорафобии, прочих фобиях, ограничительном поведении
6. Выраженное снижение трудоспособности из-за выраженной тревоги, частых панических атак
7. Необходимость изоляции из актуальных жизненных психотравмирующих обстоятельств

Показания для амбулаторного лечения:

1. Отсутствие выраженной неврологической и соматической симптоматики;

2. Способность находится в социуме и желание (мотивация) получить навыки совладания с психотравмирующей ситуацией, необходимость сохранения имеющегося уровня адаптации и возможность использования долгосрочных психотерапевтических методов лечения;

3. Возможность подбора медикаментозной терапии в амбулаторных условиях

4. Возможность преодоления ограничительного поведения

**Система специализированной помощи больным с пограничными психическими расстройствами**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подсистемы | Контингент | Мероприятия |
| Профилактическая — психогигиенические и психопрофилактические службы общесоматической сети, физкультурно-оздоровительные комплексы, профилактории | Здоровые лица с факторами риска возникновения пограничных психических расстройств | Профилактические осмотры, общеоздоровительные, психогигиенические, психологический тренинг, лечение соматических заболеваний |
| Консультативная — кабинеты социально-психологической помощи, психотерапевтические, сексопатологические, суицидологические и т.п. в поликлиниках, МСЧ и больницах; санаторные и психосоматические специализированные отделения | Больные с пограничными психическими расстройствами без стойкой социально-трудовой дезадаптации | Психотерапия, медикаментозная коррекция, общеоздоровительные мероприятия, психологическая коррекция |
| Лечебно-реабилитационная — психоневрологические диспансеры, отделения, кабинеты; психосоматические отделения, отделения неврозов, дневные и ночные стационары | Больные с пограничными психическими расстройствами с частыми декомпенсациями, обострениями, затяжным течением и стойкой социально-трудовой дезадаптацией | Стационарно-поликлиническая (при необходимости диспансерная) помощь, курсовая психотерапия, психологическая коррекция, медикаментозная терапия, социально-правовая помощь |

Лечение больных с невротическими расстройствами должно быть комплексным: психотерапия, общеукрепляющая терапия, применение психотропных средств, физиотерапия, ЛФК. Роль каждого метода в терапии различных проявлений будет неодинакова, но для достижения успеха и профилактики затяжного течения необходимо использовать все компоненты. Подавляющее большинство больных лечится амбулаторно в ПНД, кабинетах неврозов, психотерапевтических, психогигиенических кабинетах поликлиник общемедицинской сети. Амбулаторная помощь оказывается эффективной при неглубоких невротических расстройствах: субклинические панические атаки моносимптоматические навязчивости, транзиторные истерические, астеновегетативные, агрипнические нарушения. Однако, часть больных – это больные с острыми тревожно - фобическими (манифестные панические атаки, генерализованная тревога, панфобии, истерофобические и диссоциативные состояния) нуждаются в стационарном лечении, которое проводится в специализированных отделениях для больных неврозами.

Психогенный характер нарушения обуславливает необходимость проведения психотерапии всем больным с невротическими расстройствами, которые применяются дифференцированно в зависимости от симптоматики и установок больного. Используется как групповые, так и индивидуальные методы психотерапии. Если в клинической картине преобладают фобические расстройства, эффективна поддерживающая психотерапия, направленная на улучшение психологического состояния больного. Для устранения фобий больного обучают противостоять объекту вызывающего страх, применяя поведенческую психотерапию, различные виды релаксации, включая гипнопсихотерапию.

Положительное воздействие при многих невротических расстройствах оказывает рациональная психотерапия, предусматривающая объяснения причин и сущность заболевания, переубеждение и переориентацию пациента на адекватное понимание болезненных симптомах, а также на перестройку его отношению к психотравмирующей ситуации.

Такие формы поведенческой терапии как метод экспозиции и предотвращения реакции, предусматривающее целенаправленное и последовательное соприкосновение пациента с избегаемыми им ситуациями и сознательным замедлением возникающей при этом патологической реакции, эффектны при обсессивно – компульсивных расстройствах.

При лечении конверсионных истерических проявлениях используются гипнопсихотерапия с помощью которой купируются такие истерические реакции как амнезия, фуга.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение невротического расстройства.

2). Какова распространенность невротических расстройств.

3). Классификация невротических расстройств.

4). Патогенез невротических расстройств.

5). Организация помощи больным с невротическими расстройствами.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ГРУППА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ В СИТУАЦИИ ТЯЖЕЛОГО ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ МЯГКОЙ СИМПТОМАТИКОЙИ НАРУШЕНИЯМИ В СОМАТО-ВЕГЕТАТИВНОЙ СФЕРЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) психогении

2) неврозы

3) психозы

4) акцентуация характера

5) развитие личности

2. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕВРАСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) раздражительность, повышенная утомляемость и истощаемость

2) навязчивые страхи

3) навязчивые мысли

4) навязчивые действия

5) панические расстройства

3. ТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКОГО НЕВРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) раздражительность

2) повышенная утомляемость и истощаемость

3) панические расстройства

4) нарушения сна

5) соматическое неблагополучие

4. ФОБИИ – ЭТО

1) навязчивые мысли

2) навязчивые страхи

3) навязчивые действия

4) панические расстройства

5) навязчивые воспоминания

5. ОБСЕССИИ – ЭТО

1) навязчивые мысли

2) навязчивые страхи

3) навязчивые действия

4) панические расстройства

5) навязчивые воспоминания

6. КОМПУЛЬСИИ – ЭТО

1) навязчивые мысли

2) навязчивые страхи

3) навязчивые действия

4) панические расстройства

5) навязчивые воспоминания

7. «ЗАЩИТНЫЕ» ДЕЙСТВИЯ СИМВОЛИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, СОВЕРШАЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ТРЕВОГИ И НАПРЯЖЕНИЯ, НАЗЫВАЮТСЯ

1) обсессии

2) компульсии

3) фобии

4) ритуалы

5) контрастные навязчивости

8. ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПРИСТУПЫ ИНТЕНСИВНОГО СТРАХА НАЗЫВАЮТСЯ

1) обсессии

2) компульсии

3) фобии

4) панические атаки

5) контрастные навязчивости

9. ПОЯВЛЕНИЕ ДЕТСКОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО СОБЫТИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) неврозов

2) аффективно-шоковой реакции

3) реактивного параноида

4) истерических психозов

5) соматоформных расстройств

10. НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) истерии

2) неврастении

3) обсессивно-фобического невроза

4) любого невроза

5) при неврозах не наблюдаются

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больной 32 года, артистка. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно – постоянно и эмоционально рас­сказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т. п. С детства упрямая, капризная, повышенно эмоциональна. На незначительные неприятности давала бур­ные реакции плача, рыданий и «припадков». В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Счита­ет, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечался судорожный припадок с плачем и смехом. Очень внушаема.

1. Поставьте диагноз.
2. Вследствие чего развился судорожный приступ?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический невроз.
2. Приступ развился в связи с психотравмирующей ситуацией – конфликтом с администрацией театра.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Лечение у психотерапевта.
5. При разрешении ситуации – полное выздоровление, при длительном существовании неразрешенного конфликта – формирование невротического развития личности.

**Задача №2**

Больной 34 года, домохозяйка, на приеме в сопровождении мужа. Причина обращения – тяжелое расстройство походки. С детства упрямая, капризная, требующая признания. Некоторое время назад муж привел домой дочь от первого брака, у которой умерла мать. Вскоре у пациентки появились боли в спине, которые усиливались утром, когда муж уходил на работу, и вечером, если он задерживался. Иногда не спала ночью от боли. Принимала обезболивающие и противовоспалительные средства – без эффекта. Неврологи патологии не обнаружили, однако состояние ухудшилось, появилась слабость в ногах, не могла ходить на прямых ногах, передвигалась вприсядку гусиным шагом.

1. Поставьте диагноз.
2. С чем связано ухудшение состояния?
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Истерический невроз.
2. Ухудшение состояния связано с психотравмирующей ситуацией, неприемлемой для пациентки.
3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.
4. Лечение у психотерапевта, возможен прием эглонила.
5. При разрешении ситуации – полное выздоровление, при длительном существовании неразрешенного конфликта – формирование невротического развития личности.

**Задача №3**

Мужчина 26 лет, астенического телосложения, с детства плохо переносит физические нагрузки. Последнее время стал быстро уставать, плохо переносит перепады погоды. Яркий свет и громкие звуки раздражают его. Испытывает постоянный звон в ушах и голове. Жалуется, что иногда не может сразу вспомнить имени и отчества сослуживцев, с ко­торыми давно работает. Отмечает, что с трудом засыпает, просыпается рано, сон не приносит отдыха. Нетерпимость, раздражительность становится причиной конфликтов с родными, что еще больше ухудшает самочувствие пациента.

1. Назовите все психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий синдром.
3. Поставьте диагноз.
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия, гипомнезия, нарушение сна, раздражительность, нарушение внимания.
2. Ведущий синдром – астенический.
3. Неврастения.
4. Лечение амбулаторное: режим труда и отдыха, общеукрепляющая терапия (витамины, ноотропы, нейрометаболические средства), транквилизаторы.
5. Прогноз благоприятный – практическое выздоровление или стойкое улучшение состояния.

**Задача №4**

Мужчина 28 лет, жалобы на повторные приступы страха, возникающие преимущественно в метро. С детства – аккуратный, послушный, осторожный, склонный к тревожности. Трудно сходится с людьми, несколько проще становится общаться после приема алкоголя. Около года назад после приема алкоголя в метро впервые возник внезапный приступ страха, похожий на сердечный приступ. Врач «скорой помощи» зарегистрировал повышение АД до 180/110. Подобные приступы в более мягкой форме стали повторяться 1-2 раза в месяц. Полностью отказался от приема спиртного, постоянно контролировал АД, наблюдался у терапевта, принимал гипотензивную терапию. В ситуации выбора (возможность повышения по службе с изменением профиля работы) приступы усилились и участились до 2-3 в неделю, в связи с чем обратился к психиатру. О своем состоянии рассказывает с иронией, просит помощи, однако не верит в полное выздоровление.

1. Определите ведущий синдром.
2. Поставьте диагноз.
3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Панические атаки.
2. Невроз навязчивых состояний.
3. Относится к классу расстройств, связанных с эмоциональным стрессом – неврозам.
4. Психотерапия, мягкие нейролептики (сульпирид), антидепрессанты с анксиолитическим действием.
5. Возможно длительное волнообразное течение заболевания с постепенным расширением круга ситуаций, вызывающих страх.

**Задача №5**

Студент-медик длительное время сочетал учебу с работой, спал 5-6 часов в сутки, перенес «на ногах» легкую респираторную вирусную инфекцию, после чего одногруппники стали отмечать у него повышенную раздражительность, колебания настроения, стал невнимательным на занятиях. Продолжал сочетать работу и учебу, во время занятий возникали вспышки раздражительности, когда кричал на других студентов, в дальнейшем был слезливым, заметно снизилась успеваемость. Жаловался близким друзьям, что у него «совсем нет сил учиться», «все время хочется отдохнуть». После каникул состояние улучшилось.

1. Назовите все психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий синдром.
3. Поставьте диагноз.
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гиперестезия, гипомнезия, нарушение сна, раздражительность, нарушение внимания.
2. Ведущий синдром – астенический.
3. Неврастения.
4. Лечение амбулаторное: режим труда и отдыха, общеукрепляющая терапия (витамины, ноотропы, нейрометаболические средства), транквилизаторы.
5. Прогноз благоприятный – практическое выздоровление или стойкое улучшение состояния.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между невротическими расстройствами .

3). Уметь правильно обследовать больного с невротическими расстройствами и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Истерический невроз.

2. Психотерапия неврозов.

3. Зигмунд Фрейд и его психоанализ.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.90. **Тема:** «Клинические типы невротических расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Актуальность и увеличение численности невротических и соматоформных расстройств (т.е. расстройств, связанных с эмоциональным стрессом) обусловливают необходимость знаний вопросов диагностики и лечения данных заболеваний врачами-психиатрами.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с эмоциональным стрессом в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с расстройствами, связанными с эмоциональным стрессом; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление этиологическими и патогенетическими подходами к диагностике расстройств, связанных с эмоциональным стрессом.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Учение о психоанализе».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

***Неврастения*** (астенический невроз, невроз истощения) [F48.0] проявляется в первую очередь астеническим синдромом. Важнейшим проявлением этого синдрома бывает сочетание раздражительности с повышенной утомляемостью и истощаемостью. Больные чрезвычайно чувствительны к внешним воздействиям и ощущениям со стороны внутренних органов: плохо переносят громкие звуки и яркий свет, перепады температуры; жалуются на то, что они «чувствуют, как бьется сердце», «работает кишечник». Их часто беспокоят головные боли, сопровождающиеся чувством напряжения, пульсации, шумом в ушах. Больные по ничтожному поводу расстраиваются до слез, обидчивы. Сами сожалеют о том, что не могут сдерживать своих реакций. Резко снижается работоспособность, больные жалуются на снижение памяти, интеллектуальную несостоятельность. Важным симптомом является расстройство сна: наблюдаются трудности при засыпании, поверхностный сон с множеством сновидений, утром больные испытывают сонливость, сон не приносит отдыха. Усталость в утренние часы может сменяться хаотичным стремлением наверстать упущенное днем, что в свою очередь приводит к быстрому утомлению. Нетерпимость, раздражительность больных становится причиной конфликтов с родными и близкими, ухудшающих самочувствие пациентов

Больные неврастенией часто обращаются к терапевтам, невропатологам, сексопатологам с жалобами на перебои в работе сердца, вегетативную лабильность, снижение либидо, импотенцию. При объективном обследовании могут быть выявлены колебания артериального давления, экстрасистолии, что является основанием для постановки диагнозов «вегетососудистая дистония», «диэнцефальный синдром», «дискинезия желудочно-кишечного тракта» и пр.

Среди больных неврастенией преобладают женщины и молодые люди, начинающие самостоятельную жизнь. Заболевание легче развивается у лиц с астенической конституцией, нетренированных, плохо переносящих нагрузки

***Невроз навязчивости***(обсессивно-фобический невроз) объединяет ряд невротических состояний, при которых у больных возникают навязчивые мысли, действия, страхи, воспоминания, воспринимаемые ими как болезненные, чуждые, неприятные, от которых пациенты, однако, не могут самостоятельно освободиться

Мужчины и женщины заболевают этой формой невроза примерно с одинаковой частотой. Важную роль в возникновении заболевания играет конституционально-личностная предрасположенность. Среди больных преобладают лица «мыслительного» типа, склонные к логике, самоанализу (рефлексии), стремящиеся сдерживать внешнее проявление эмоций, тревожно-мнительные личности. В МКБ-10 психастения указана в разделе неврозов [F48.8].

Чаще всего ведущей симптоматикой невроза навязчивости являются *страхи (фобии).*Нередко возникает страх заболеть тяжелыми соматическими и инфекционными заболеваниями [F45.2]: кардиофобия, сифилофобия, канцерофобия, спидофобия. Часто страх вызывает пребывание в замкнутом пространстве, транспорте, метро, лифте (клаустрофобия), выход на улицу и нахождение в людном месте (агорофобия) [F40], причем иногда страх возникает тогда, когда больные только представляют себе эту неприятную ситуацию. Страдающие фобиями всячески стараются избежать ситуации, которая вызывает у них страх: не выходят на улицу, не пользуются транспортом и лифтом, тщательно моют и дезинфицируют руки. Чтобы избавиться от страха заболеть раком, они часто обращаются к врачам с просьбой провести необходимые обследования. Результаты этих обследований несколько успокаивают больных, но обычно ненадолго. Ситуация ухудшается из-за того, что в связи с повышенным вниманием к своему здоровью больные замечают даже самые незначительные отклонения в работе внутренних органов. Порой у них возникают неопределенные боли и неприятные ощущения, которые они расценивают как признаки тяжелой болезни.

Иногда невроз проявляется затруднением в исполнении привычных действий из-за того, что больной почему-либо опасается неудачи *(невроз ожидания).* Так может возникнуть психогенная импотенция у лиц, опасающихся, что их возраст или длительный перерыв в сексуальных отношениях могут повлиять на потенцию. Иногда невроз ожидания является причиной профессиональной несостоятельности у музыкантов, спортсменов, акробатов после незначительной травмы.

Несколько реже проявлением невроза становятся *навязчивые мысли* (обсессии) [F42.0]. Больные не могут избавиться от навязчивых воспоминаний, бессмысленно пересчитывают окна, проезжающие машины, по многу раз повторяют в уме литературные отрывки («мыслительная жвачка»). Пациенты понимают болезненный характер этих явлений, жалуются на то, что подобный избыток мышления мешает им выполнять служебные обязанности, утомляет и раздражает их. Особенно тяжело переживают больные возникновение контрастных навязчивостей, которые выражаются в мыслях о том, что они могут совершить поступок, недопустимый с точки зрения этики и морали. Больные тяжело переживают подобные мысли и никогда их не реализуют.

Возможно возникновение *навязчивых действий (компульсий)* [F42.1], например навязчивое мытье рук; возвращение домой с тем, чтобы проверить, закрыта ли дверь, выключен ли утюг и газ. Часто подобные действия приобретают символический характер и совершаются в качестве некоторого «магического» действия с тем, чтобы уменьшить тревогу и снять напряжение *(ритуалы).* У детей навязчивые действия при неврозе нередко выражаются в тиках. Изолированные детские тики обычно благоприятно протекают и полностью исчезают с завершением пубертатного периода.

Некоторые специалисты отдельно выделяют *панические атаки* [F41.0] – повторяющиеся приступы интенсивного страха, обычно длительностью менее часа. Считается, что большая часть таких вегетативных пароксизмальных приступов тесно связана с хроническим стрессом, обычно одновременно наблюдается склонность к тревожным опасениям, фобиям.

Течение невроза навязчивостей нередко бывает длительным. Часто наблюдается постепенное расширение круга ситуаций, вызывающих страхи и навязчивости. Чаще, чем другие неврозы, данное расстройство протекает хронически, приводит к формированию невротического развития личности. Вместе с тем даже при длительном течении большинству больных свойственны настойчивая борьба с болезнью, стремление любыми путями сохранить свой социальный статус и трудоспособность.

***Истерические (конверсионные) расстройства.***

К истерическим реакциям склонны лица с признаками психического инфантилизма: с несамостоятельностью суждений, внушаемостью, эгоцентризмом, эмоциональной незрелостью, аффективной лабильностью, легкой возбудимостью, впечатлительностью. Кроме того, к развитию истероневротических расстройств предрасполагает неустойчивость вегетативной системы, во многом облегчающая эмоциональные стрессовые воздействия на «область телесных процессов», обусловливающая неадекватные психогенному раздражителю бурные соматические реакции.

*Истерические стигмы* могут сочетаться с другими невротическими проявлениями — тревожно-фобическими, обсессивно-компульсивными, ипохондрически-сенестопатическими, а также с аффективными расстройствами.

Клинические проявленияистерии наблюдаются преимущественно в виде неврологических и соматических симптомов, относящихся к категории конверсионных. Термин «конверсия» (лат. conversio — превращение, замена) заимствован из психоаналитической литературы. В клиническом понимании он обозначает особый патологический механизм, ведущий к разрешению аффекта сенсомоторными актами или, иными словами, обусловливающий трансформацию психологических конфликтов в соматоневрологические проявления.

Конверсия в зарубежной психиатрической литературе в последнее время объединяется с диссоциацией, что нашло отражение и в МКБ-10. Диссоциация означает отщепление психических комплексов, приобретающих на время автономию и управляющих психическими процессами в отрыве от целостности психической жизни. К истерическим расстройствам диссоциативного типа принято относить истерический сомнамбулизм, амнезии, фуги, ступор, сумеречные состояния, псевдодеменцию и др. Истерические расстройства диссоциативного типа редко наблюдаются в структуре невротических расстройств.

Среди характерных свойств манифестации чувственно-двигательных симптомов истерии выделяются демонстративность, чрезмерность, экспрессивность, интенсивность проявлений; особая динамичность — изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения; обогащение и расширение круга симптомов под влиянием новой информации; «инструментальный» характер болезненных расстройств, выступающих в качестве орудия (инструмента) манипуляции окружающими (ослабление или даже исчезновение симптоматики в связи с разрешением трудной ситуации, экзацербация — при неудовлетворении эмоциональных потребностей). Цель манипулятивного поведения — добиться участия и помощи, привлечь внимание к своим проблемам, подчинить близких своим интересам.

В клинической картине конверсионной истерии можно выделить три основные категории симптомов — двигательные, сенсорные нарушения и расстройства вегетативных функций, имитирующие соматические и неврологические заболевания.

Двигательные расстройства представлены нарушениями двух видов: гиперкинезами или другими непроизвольными движениями (дрожь, вздрагивания и т. п.) и проявлениями акинезии (парезы, параличи). Гиперкинезы при истерии могут иметь разнообразные формы: тики, грубый ритмичный тремор головы и конечностей, усиливающийся при фиксации внимания, блефароспазм, глоссолабиальный спазм, хореиформные движения и подергивания, но более организованные и стереотипные, чем при неврологической хорее. В отличие от органических истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, сочетаются с необычными позами и другими истерическими стигмами (комок в горле, обмороки), временно исчезают или ослабляются при переключении внимания или под влиянием психотерапевтических воздействий.

Иногда в ответ на психогенное воздействие, часто незначительное (мелкая ссора, неприятное известие, резкое замечание и т. п.), возникают генерализованные судорожные движения, сопровождающиеся вегетативными проявлениями и нарушением сознания, которые формируют картину истерического припадка. Истерическому припадку нередко предшествуют различные стигмы, обмороки и вегетативные кризы, а по миновании судорожных пароксизмов могут выявляться амавроз, стойкий гиперкинез или псевдопараличи.

Истерические парезы и параличи возникают по типу моно-, теми- и параплегии; в одних случаях они напоминают центральные спастические, в других — периферические вялые параличи. Особенно часты расстройства походки, наиболее известные под названием «астазия-абазия», заключающиеся в психогенно обусловленной невозможности стоять и ходить при отсутствии нарушений мышечного тонуса и сохранении пассивных и активных движений в положении лежа. Реже встречаются афонии, параличи языка, мышц шеи и других мышечных групп, истерические контрактуры, поражающие суставы конечностей и позвоночника. Топография истерических параличей обычно не соответствует расположению нервных стволов или локализации очага в ЦНС. Они охватывают либо всю конечность, либо ее часть, строго ограниченную суставной линией (нога до колена, стопа и т. п.). В отличие от органических при истерических параличах не обнаруживается патологических рефлексов и изменений сухожильных рефлексов, крайне редко встречаются мышечные атрофии.

Сенсорные нарушения чаще всего проявляются расстройствами чувствительности (в виде анестезии, гипо- и гиперестезии) и болевыми ощущениями в различных органах и частях тела (истерические боли). Нарушения кожной чувствительности могут иметь самое причудливое расположение и конфигурацию, однако чаще всего они локализуются в области конечностей. Топография нарушений чувствительности, так же как и двигательных расстройств, чаще всего бывает произвольной. Отсюда характерные для истериков анестезии по ампутационному типу — в виде чулок или перчаток.

В клинической картине конверсионной истерии двигательные и сенсорные расстройства редко выступают изолированно и обычно сочетаются, отличаясь большим динамизмом, разнообразием симптомов, сложностью и изменчивостью сочетаний. Например, гемипарезы обычно выступают совместно с гемианестезией, монопарезы — с ампутационной анестезией.

Истероневротические психогенные реакции могут быть кратковременными, эпизодическими и исчезать спонтанно, без лечения. Возможна также длительная, на протяжении нескольких лет, фиксация истерических проявлений. После их затухания может остаться склонность к возникновению отдельных истерических стигм (парестезии, неустойчивость походки, обмороки) в ситуациях, вызывающих аффективное напряжение. Больные с функциональными истероневротическими расстройствами для исключения органической патологии нуждаются в тщательном соматическом и неврологическом обследовании.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение тревожно-фобического расстройства.

2). Что является ведущим симптомом в тревожно-фобическом расстройстве.

3).Дайте определение неврастении.

4).Дайте определение истерического расстройства.

5).Какова длительность истероневротических расстройств.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ ЯВЛЯЮТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1) обессивно-фобический невроз

2) неврастения

3) истероневротические расстройства

4) конверсионные расстройства

5) невроз ожидания

2. НАВЯЗЧИВЫЕ СТРАХИ ЯВЛЯЮТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1) обессивно-фобический невроз

2) неврастения

3) истероневротические расстройства

4) конверсионные расстройства

5) невроз ожидания

3. ТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКОГО НЕВРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) раздражительность

2) повышенная утомляемость и истощаемость

3) панические расстройства

4) нарушения сна

5) соматическое неблагополучие

4. ФОБИИ – ЭТО

1) навязчивые мысли

2) навязчивые страхи

3) навязчивые действия

4) панические расстройства

5) навязчивые воспоминания

5. ОБСЕССИИ – ЭТО

1) навязчивые мысли

2) навязчивые страхи

3) навязчивые действия

4) панические расстройства

5) навязчивые воспоминания

6. КОМПУЛЬСИИ – ЭТО

1) навязчивые мысли

2) навязчивые страхи

3) навязчивые действия

4) панические расстройства

5) навязчивые воспоминания

7. НЕВРАСТЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СИНДРОМОМ

2) апато-абулическим

3) депрессивным

4) маниакальным

5) паранойяльным

8. «ПОСТОЯНСТВО НЕПОСТОЯНСТВА» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) неврастении

2) аффективно-шоковой реакции

3) фобии

4) истерии

5) контрастные навязчивости

9. ЧРЕЗМЕРНОСТЬ, ЭКСПРЕССИВНОСТЬ СИМПТОМОВ, ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) неврозов

2) аффективно-шоковой реакции

3) реактивного параноида

4) истерии

5) соматоформных расстройств

10. РАССТРОЙСТВО ПОХОДКИ ПО ТИПУ «АСТАЗИЯ-АБАЗИЯ», ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕСЯ В ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННОЙ НЕВОЗМОЖНОСТИ СТОЯТЬ И ХОДИТЬ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) истерии

2) неврастении

3) обсессивно-фобического невроза

4) любого невроза

5) при неврозах не наблюдаются

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача№1**

Больная А., 35 лет, инженер. По характеру сенситивная, мнительная, повышено интересуется своим здоровьем. После прослушивания популярной лекции о раке «запала в память вирусная теория рака», постоянно возникали мысли о возможности заражения, «мысли не отпускали, мучили, мешали». Внезапно узнала у подруги, что ее мать больна раком. Почувствовала себя плохо, испытывала страх, быстро ушла домой, где долго мыла руки, «пока не успокоилась». Вскоре страх стал возникать после каждого прикосновения подруги, боялась заразиться раком, «мысли не исчезали, преследовали, мучил страх»; пользовалась любым предлогом, чтобы вымыть руки. Через месяц стала испытывать страх при прикосновении и других людей к ее рукам; позже перестала пользоваться предметами, если ими пользовался сослуживец с «грязными руками». Понимает всю необоснованность, нелепость своих страхов. Самостоятельно обратилась в клинику с просьбой о лечении.

1. Поставьте диагноз.

2. Вследствие чего развилось данное состояние?

3. К какому классу расстройств относится данное заболевание?

4. Определите тактику лечения.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Невроз навязчивых состояний.

2. Болезненное состояние развилось в связи с психотравмирующей ситуацией – новость о заболевании раком матери подруги.

3. К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.

4. Лечение у психотерапевта.

5. При разрешении ситуации – полное выздоровление.

**Задача №2**

Больная В., 30 лет, инженер. Обратилась в клинику с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе к концу рабочего дня, поверхностный сон, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Выполнение привычной повседневной работы требует напряжения всех физических и духовных сил и к концу работы «чувствую себя как выжатый лимон». Новое задание повергает в панику, долго не может собраться с мыслями; пытается вникнуть в текст задания, но через некоторое время убеждается, что механически водит глазами по строчкам, а смысла не понимает. Мысли где-то далеко и надо начинать читать вновь. Замечания по службе, даже пустяковые, раздражают. Прежде спокойная, уравновешенная женщина, теперь она стала впечатлительной, раздражительной, слезливой. Особенно несдержанна дома с мужем и детьми, легко конфликтует, придирается к поведению, словам; шумные игры детей раздражают, выводят из себя. Однажды накричала на них, отшлепала, после чего расплакалась, сожалела о случившемся, пыталась загладить свою вину перед ними. Долго не может уснуть, ворочается в постели, перебирает в мыслях события дня, к середине ночи забывается. Утром трудно вставать, чувствует себя разбитой, не отдохнувшей, не может сразу взяться за обычную работу. При беседе с врачом волнуется, краснеет, легко наступает состояние растроганности, плачет. Стесняется этого, пытается скрыть свое волнение, слезы. Ищет помощи и одновременно пессимистически настроена к лечению.

1.Поставьте диагноз.

2.Вследствие чего развилось данное состояние?

3.К какому классу расстройств относится данное заболевание?

4.Определите тактику лечения.

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Неврастения.

2.Вследствие истощения нервной системы на фоне повышенных требований к себе.

3.К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.

4.Лечение у психотерапевта.

5.При разрешении ситуации – полное выздоровление.

**Задача №3**

Пациентка Д., 25 лет, выпускница института, при поступлении в больницу предъявляла многочисленные жалобы: на плохой сон, раздражительность, плаксивость, отсутствие аппетита, неустойчивое настроение, головные боли, чувство онемения кистей. Соматический статус без отклонений от нормы. Из истории развития заболевания: указанные при поступлении симптомы появились и сохраняются в течение последнего года. В этот период у пациентки сложилась трудная жизненная ситуация: неудачное замужество, последующий развод и необходимость размена жилплощади, а также и необходимость отъезда по распределению (чего она очень не хотела делать из-за неуверенности в своих силах). Во время пребывания пациентки в клинике она предъявляла необоснованные претензии к медицинскому персоналу, требовала к себе особого внимания. Во время и после приема пищи часто возникала рвота, особенно в присутствии персонала клиники. При проведении физиотерапевтических процедур трижды теряла сознание, что сопровождалось преходящим парезом кистей рук.

1.Поставьте диагноз.

2.Вследствие чего развилось данное состояние?

3.К какому классу расстройств относится данное заболевание?

4.Определите тактику лечения.

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Истерический невроз.

2.Болезненное состояние развилось в связи с психотравмирующей ситуацией-неудачное замужество, последующий развод, размен жилплощади и отъезд по распределению.

3.К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.

4.Лечение у психотерапевта.

5.При разрешении ситуации – полное выздоровление.

**Задача №4**

Штурман парохода, 39 лет. Пользуется безупречной репутацией у администрации. Однажды посадил пароход на мель. Тяжело переживал случившееся. После того, как пароход сняли с мели, капитан рекомендовал штурману отдохнуть. Через 2 суток ему предложили встать на вахту, почувствовал сильное волнение, появилась мысль, что пароход снова наткнется на мель, вынужден был отказаться от вахты. С тех пор, на протяжении 3 месяцев не мог водить пароход. После проведенной амбулаторной гипнотерапии почувствовал себя значительно лучше, во время первого рейса нес вахту под наблюдением капитана, а в дальнейшем справлялся с работой самостоятельно.

1.Поставьте диагноз.

2.Вследствие чего развилось данное состояние?

3.К какому классу расстройств относится данное заболевание?

4.Определите тактику лечения.

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Невроз навязчивых состояний.

2.Болезненное состояние развилось в связи с психотравмирующей ситуацией-посадил пароход на мель.

3.К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.

4.Лечение у психотерапевта.

5.При разрешении ситуации – полное выздоровление.

**Задача №5**

Больной 29 лет. Самостоятельно обратился за помощью к психотерапевту. Ранее никаких отклонений у себя не отмечал. Последние недели после смерти близкого родственника постоянно ловит себя на мысли, что может заразиться туберкулезом, дизентерией и другими инфекциями. В связи с этим стал очень часто мыть руки (30-40 раз в день), протирать дверные ручки, мебель. В беседе адекватен, подчеркивает, что понимает нелепость своего поведения, но не может освободиться от мысли, что на руках случайно оказалась опасная инфекция. Больной тревожен, просит о помощи, обращает внимание врача на то, что все свободное время у него уходит на мучительные размышления, что за последний год похудел, плохо засыпает. Быстро истощается в беседе. Хорошо поддается психотерапевтическому воздействию.

1.Поставьте диагноз.

2.Вследствие чего развилось данное состояние?

3.К какому классу расстройств относится данное заболевание?

4.Определите тактику лечения.

5.Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Невроз навязчивых состояний.

2. Болезненное состояние развилось в связи с психотравмирующей ситуацией-смерть близкого родственника.

3.К расстройствам, связанным с эмоциональным стрессом.

4.Лечение у психотерапевта.

5.При разрешении ситуации – полное выздоровление.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления тревожно-фобических, истероневротических расстройств, неврастении.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между невротическими расстройствами .

3). Уметь правильно обследовать больного с невротическими расстройствами и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Ранняя диагностика тревожно-фобических расстройств.

2. Психотерапия истерических неврозов.

3. Аутоагрессивное поведение.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.91. **Тема:** «Расстройства личности (психопатии)».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства личности, или психопатии – патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада и представляющие собой постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни. Расстройства личности не являются психическим заболеванием в собственном смысле слова, однако, это состояния, создающие определенные сложности и ухудшающие качество жизни пациентов.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с эмоциональным стрессом в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики расстройств личности.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с расстройствами личности, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с расстройствами личности; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление этиологическими и патогенетическими подходами к диагностике расстройств личности.- Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Типы личностных расстройств».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Расстройство личности** представляет собой личностный тип или поведенческую тенденцию, характеризующуюся значительным дискомфортом и отклонениями от норм, принятых в данной культуре. Это тяжёлое нарушение [характерологической конституции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и [социальной дезинтеграцией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F).

Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости. Поэтому диагноз личностного расстройства вряд ли адекватен до 16-17-летнего возраста. Тем не менее, важно диагностировать, с чем связаны те или иные личностные изменения у подростков; ту или иную [акцентуацию личности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BA%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_(%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)) можно выявить уже в подростковом возрасте, так же как и степень её выраженности и составить прогноз относительно её развития.

Термин «расстройство личности» заменил собой устаревший термин «психопатия», использовавшийся в советской и российской [психиатрии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F) до официального перехода на [МКБ-10](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10) в 1997 году.

Распространенность расстройств личности. Поскольку расстройства личности — суть нарушения характера, чрезмерно выраженные и односторонние изменения характерологических черт, их истинная распространенность в населении выявляется без необходимой точности. Очевидно, что обращение за медицинской помощью таких лиц происходит лишь в случаях изменения психического состояния или в связи с решением различных экспертных вопросов: военно-врачебной или судебно-психиатрической экспертизы. Между тем этот вопрос представляется достаточно важным, и соответствующие исследования проводятся в различных странах.

Многие исследователи говорят о большом разбросе статистических данных о распространенности расстройств личности — от 5 до 20—50 на 1000 населения. Весьма подробный обзор работ, посвященных этой проблеме во многих странах, приводят G. de Girolano, I.H. Reich (1995). Согласно их данным, распространенность расстройств личности при популяционных исследованиях колеблется в диапазоне от 0,1 % до 13,5 % .Они отмечают, что складывается впечатление о меньшей распространенности расстройств личности в развивающихся странах. Однако такая зависимость может отражать различную методику обследования и с нашей точки зрения меньшую обеспеченность психиатрической помощью в этих странах.  
Самыми распространенными оказались возбудимые личности — 17 % от всех лиц с диагнозом «психопатия». Реже всего встречалось ананкастное расстройство личности — 0,5 % от лиц с этим диагнозом. Выявляемость расстройств личности в возрастной группе старше 50 лет в 4 раза меньше, чем в более ранних возрастных группах.

Число пациентов с расстройствами личности чрезвычайно высоко среди осужденных к лишению свободы .

В целом, учитывая данные приведенной медицинской статистики, можно с достаточной долей уверенности утверждать, что около 5—10 % населения в мире обнаруживают признаки расстройств личности. Эти показатели сопоставимы с данными о распространенности умственной отсталости (3—5 %) и в несколько раз выше, чем распространенности шизофрении (1 %). Подобное сравнение дает дополнительные основания относиться к усредненным сведениям о распространенности расстройств личности с доверием, поскольку очевидно, что более легкие, пограничные психические расстройства, лежащие в плоскости личностной патологии, характерологических нарушений, должны apriori встречаться чаще, чем глубокие, а тем более психотические.

**Классификация расстройств личности (психопатий).**

Деление расстройств личности на отдельные формы (типы) предпринималось с самого начала выделения этой формы психической патологии. Однако оно остается спорным до наших дней, поскольку не существует общепринятой классификации бесчисленных типов характеpa и соответственно аномальных характерологических вариантов. Предлагались классификации, основанные преимущественно на социально-оценочных критериях, на клинических особенностях личностных расстройств, а также смешанные, при которых учитывались оба эти способа разделения патологических характеров. Предпринимались попытки делить психопатических личностей в соответствии с принципами учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Современные классификации исходят из представлений об основном расстройстве при патологических проявлениях характера, которыми являются изменения деятельности эмоционально-волевой сферы. Эти нарушения при расстройствах личности первичны, все остальные особенности психики у них связаны с нарушениями эмоциональных и волевых проявлений.

Такие «вторичные» особенности психики отмечаются в сфере мышления. Большинству психопатических личностей, независимо от конкретных особенностей характера, свойственны своеобразные извращения мыслительной деятельности, несмотря на формальную сохранность интеллекта, в виде недостатков прогнозирования своих действий, отсутствия опоры на собственный опыт. У одних пациентов эти изменения проявляются в виде крайней негибкости умозаключений, односторонности выводов, непереубедимости суждений, у других — в поспешности и легковесности суждений, легкости и непродуманности принимаемых решений. Для многих характерны аффективная логика, кататимность мышления, особенно проявляющаяся в условиях стрессовых ситуаций. Такого рода нарушения дали основание Э. Блейлеру еще в 1915 г. говорить об «Относительном слабоумии психопатов», Н.А. Дубинину — о парциальном их слабоумии.  
Нарушения прогностической функции при расстройствах личности были специально исследованы В.В. Гульданом, который показал, что заметные изменения способности к предвидению событий не зависят от глубины характерологических расстройств, но более выражены у истерических и возбудимых личностей, хотя заметны и при иных формах психопатий. Отсутствие способности опираться на собственный, зачастую печальный, опыт как свойство мыслительных отклонений подчеркивали многие исследователи психопатий психоаналитического направления. Ими даже предложен термин «Luck of control» — «утрата контроля» (над собственной деятельностью) в качестве основной характеристики проявлений психопатий — расстройств личности.

В ряде случаев имеет место преобладание волевых расстройств с неустойчивостью интересов и привязанностей, сменой увлечений и занятий, в других — с односторонностью и необычностью пристрастий. Эмоциональные проявления характеризуются противоположной энергетической направленностью: в одних случаях — это активные, стеничные эмоции, в других — их энергетический заряд снижен, эмоции пассивны, они постоянно астеничны. Такое деление эмоций человека в зависимости от их силы на два полюса предложил еще в XVIII в. великий немецкий философ Иммануил Кант.

Разделение патологических личностей на две обширные группы в 20-х годах предпринял Э. Кречмер, который полагал, что существуют два основных конституциональных типа телосложения людей. Каждому из них свойственны определенные черты характера. Двучленное деление всего разнообразия человеческих характеров оказалось обедненным и, несмотря на реальность выделяемых им по энергетическим свойствам групп астеников — шизотимиков и пикников — циклотимиков, более практически полезными оказались другие, более расчлененные классификации личностных расстройств.

Б.В. Шостакович предложил делить психопатических личностей на три большие группы:

с преимущественными нарушениями в сфере мышления (шизоидные и паранойяльные личности);

с преимущественно эмоциональными расстройствами (возбудимые, эпилептоидные и истерические личности);

с преимущественно волевыми нарушениями (неустойчивые, астенические и психастенические личности).

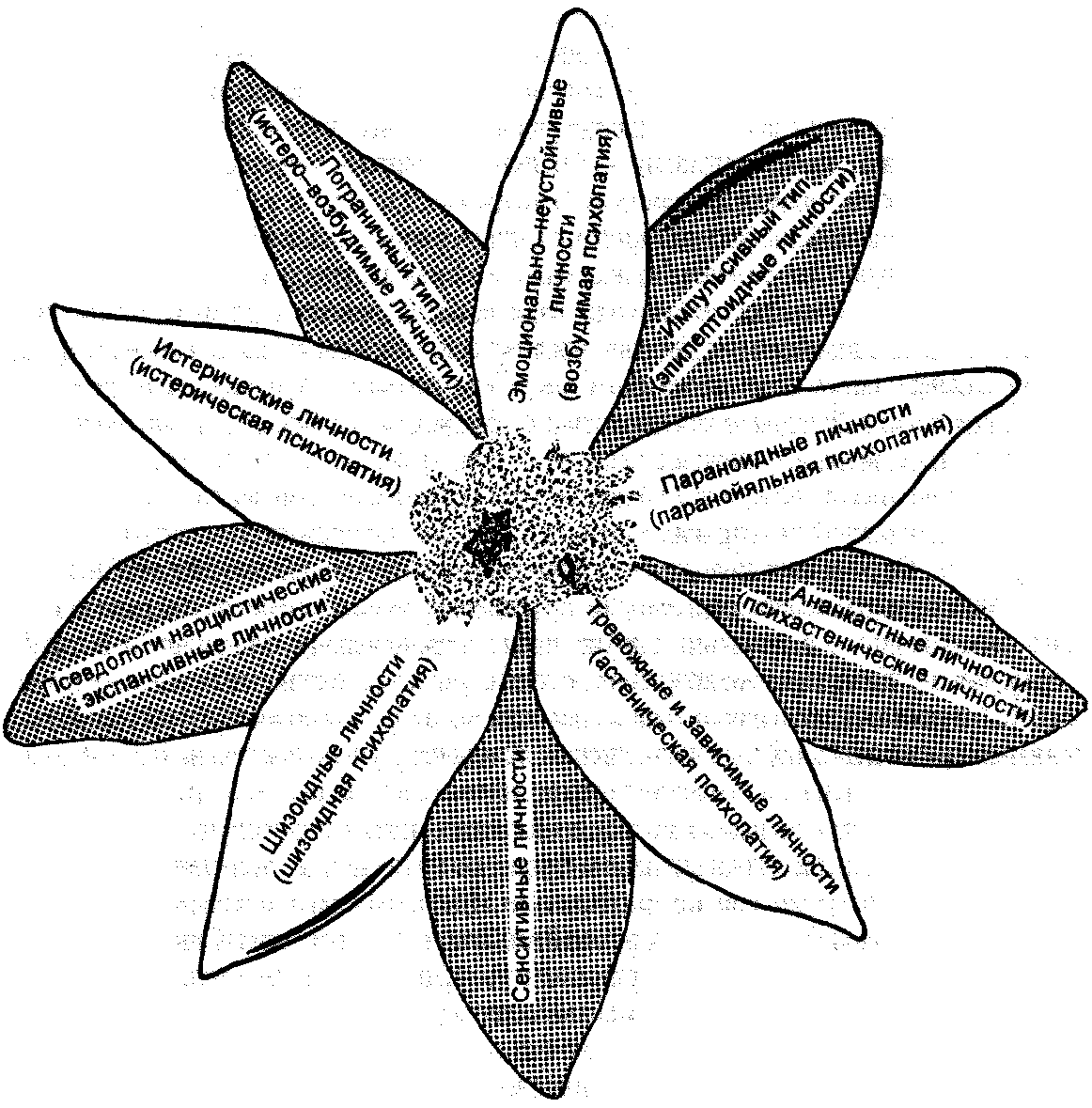
Примерно такое же деление ныне предлагает американская классификация DSM-IV (1994), в которой выделяются три кластера расстройств личности: кластер А — с проявлениями эксцентричности, странные личности (шизоидные, параноидные и шизотипические личности);

кластер В — с проявлениями театральности, эмоциональности, лабильности (эмоционально неустойчивые, пограничные, диссоциальные, истерические и нарциссические личности);

кластер С — с проявлениями тревоги и страха (уклоняющиеся, обсессивно-компульсивные и зависимые личности).

В соответствии с традициями отечественных авторов можно выделить следующие типы расстройств личности: возбудимые, истерические, паранойяльные, шизоидные и тормозимые, включающие астенических и психастенических личностей. Такое деление почти полностью совпадает с типологией расстройств личности, предлагаемой МКБ-10.

Характеризуя отдельные типы патологических личностей, можно говорить о структуре психопатий как совокупности всех свойств личности, объединенных между собой теми или иными патохарактерологическими и конституционно-генетическими связями. Структура психопатии (основной психопатический синдром) может быть простой и сложной.

*При простой психопатической структуре* проявления расстройств личности не выходят за пределы облигатных, постоянно присущих черт, когда вторичные — факультативные радикалы остаются латентными, невыраженными. Таким лицам свойственна четкая типологическая определенность, однонаправленность реагирования. Примерами преобладания облигатной симптоматики могут быть собственно возбудимые личности с недержанием аффекта или истерические субъекты с ведущим конфликтом между желаемым и возможным, астенические — с повышенной чувствительностью, уязвимостью в самых разных ситуациях.  
*При сложной психопатической структуре* основное, облигатное ядро личности сохраняется, но оно «обрастает» дополнительными психопатическими радикалами; происходит своеобразное развитие личности, обогащение ее патологического спектра с появлением разнонаправленных способов реагирования. Примерами такого рода личностей являются истеровозбудимые, обсессивно-компульсивные, шизоидные личности.  
Нужно отметить, что чистые психопатические типы, «простой психопатический синдром», или структура, встречаются относительно редко. В рамках каждого типа расстройств личности наблюдаются смешанные, пограничные варианты, «сложные психопатические синдромы», сложные структуры, переходные от одного к другому типу. Так, при возбудимом типе расстройств личности одним свойственна исключительная легкость возникновения бурных аффективных реакций, их значительная демонстративность, напоминающая истерических личностей, другим — склонность к ригидности, застреванию, накоплению аффекта (эпилептоидные личности). Они злопамятны, педантичны, дают бурные взрывные реакции и нередко у них формируются сверхценные идеи; иными словами, они по этим признакам близки к паранойяльным личностям. Такие же смешанные варианты можно проследить и при всех остальных типах расстройств личности. Указанные особенности позволили построить схему соотношения психопатических типов в виде переплетающихся кругов или «лепестков». В этой схеме мы стремились показать единство расстройств личности как патологии и взаимопереходные состояния, подчеркивающие это единство, а также значение энергетического потенциала каждого из них. Возможно, что эта схема должна быть трехмерной, поскольку некоторые характерологические черты переплетаются весьма сложным образом.  


***Соотношение форм расстройств личности.***

В данной схеме в верхней части расположены энергетически более активные, стеничные типы личности, в нижней — астеничные; затемненными показаны переходные варианты между основными типами личности (сложные психопатические структуры).

**Клинические варианты расстройств личности.**

**Параноидное расстройство личности** характеризуется постоянной подозрительностью и недоверием к людям. Такие пациенты часто чувствуют себя используемыми в чужих интересах, преданными и обижаемыми, часто приписывают другим мысли и побуждения, которые отказываются признавать у себя.

Главной чертой этого типа П.Б. Ганнушкин считал склонность к образованию сверхценных идей, самой важной из которых является «мысль об особом значении собственной личности». Повышенное самомнение, обостренное чувство собственного достоинства, сочетается у них со сверхчувствительностью к неудачам, к негативной оценке со стороны окружающих. Они не умеют прощать. Любой пустяк, не имеющий к ним прямого отношения, может трактоваться как проявление недобрых намерений, враждебного отношения окружающих. При том что для параноидных личностей характерны чрезмерная аккуратность, добросовестность, нетерпимость к несправедливости, им не хватает юмора, душевной теплоты. Одним из примеров параноидного расстройства личности может служить фанатизм – слепая вера, убежденность, не требующие логического обоснования.

**Шизоидное расстройство личности.** При всем многообразии проявлений шизоидов объединяют явления социальной замкнутости, дискомфорт в области человеческих отношений, интровертированность, бедность эмоциональных связей с окружающими. Углубленные в свои интересы, они легко переносят лишенную всякой престижности, монотонную деятельность в одиночестве, кажущуюся другим невыносимо скучной. Их может отличать страстная увлеченность какой-либо наукой, идеями усовершенствования жизни, метафизическими конструкциями, в особенности, если не надо иметь дело непосредственно с другими людьми.

Принято выделять два крайних типа характеров: сенситивные шизоиды и экспансивные шизоиды. Первые – мимозоподобные, болезненно чувствительные и самолюбивые, склонные к утонченному самонаблюдению, с весьма ограниченным кругом прочных привязанностей и настороженным отношением к остальному окружению. Вторые – это волевые, решительные натуры, не склонные к колебаниям, мало считающиеся с интересами других. Строгая принципиальность сочетается у них с безразличием к судьбам отдельных людей. Среди них нередки люди высокомерные, холодные иногда бессердечные, жестокие, но в то же время легко уязвимые, с глубоко скрываемой неуверенностью в себе.

**Диссоциальное расстройство личности** – группа эмоционально тупых личностей. Объединяет эту группу недоразвитие высших нравственных чувств. Такие личности уже с ранних лет отличаются отсутствием всяких духовных интересов, распущенностью, эгоистичностью. Они лживы, жестоки – издеваются над младшими, вспыльчивы, грубы с окружающими. Социопаты неспособны следовать господствующим социальным нормам, жить в согласии с законом. Обычно это любители сильных ощущений, лишенные чувства ответственности, несмотря на многочисленные взыскания и наказания они не способны извлечь уроки из негативного опыта. Самодовольство, твердая уверенность в своей правоте сочетаются у них с отсутствием критической оценки своих поступков. Вся их жизнь – это цепь непрерывных конфликтов с общественным порядком: от подделки ценных бумаг, краж и ограблений до брутальных актов насилия. При этом ими руководят не только корыстные интересы, но и желание досадить, оскорбить окружающих.

**Эмоционально неустойчивое расстройство личности.**  Патохарактерологические свойства этого типа – импульсивность отсутствие самоконтроля и учета последствий своих поступков, сочетающиеся с неустойчивостью настроения и бурными, возникающими по малейшему поводу аффективными вспышками. Выделяют два типа этого расстройства. Импульсивному типу соответствует необыкновенно сильная эмоциональная возбудимость, заметная уже в дошкольном возрасте. Дети часто кричат, озлобляются. Они отличаются излишней подвижностью, необузданными шалостями, капризностью и обидчивостью. В жизни это активные, однако, неспособные к длительной целенаправленной деятельности, неуступчивые люди, с мстительностью и вязкостью аффективных реакций.

Пограничный тип отличают повышенная впечатлительность, живость воображения. Реакция таких людей даже на тривиальные события приобретает гиперболизированный, демонстративный характер. Они слишком часто испытывают те чувства, которые обычно обнаруживаются в ситуации стресса. К отличительным свойствам таких личностей относят непостоянность самооценки, изменчивость представлений, повышенную внушаемость, податливость влияниям извне, неспособность противостоять мнению окружающих.

**Истерическое расстройство личности.** Основным свойством истериков является стремление казаться больше, чем они есть на самом деле, пережить больше, чем они в состоянии пережить. Их поведение диктуется не внутренними мотивами, а рассчитано на внешний эффект. Уже в подростковый период отчетливо выступают эгоцентризм, неорганизованность, склонность к легкомысленным поступкам. Они во всем стремятся следовать моде, «боготворят» популярных артистов, обсуждают нашумевшие спектакли и книги. Особенностью истерической психики является отсутствие четких границ между своим воображением и реальной действительностью. Одни переживания совершенно ускользают от его внимания, а другие, напротив, оцениваются чрезвычайно тонко, что часто дает повод обвинить его во лжи и притворстве.

**Ананкастическое расстройство личности.** Стержневой структурой этого типа расстройств являются обсессивно-компульсивные нарушения. Ананкастов отличают любовь к чистоте и порядку, педантизм и озабоченность деталями, упрямство и ригидность. Неуверенность сочетается у них с чрезвычайной осторожностью. Они не способны вытеснить сомнения, а это тормозит их деятельность. В тесной связи с тревожностью и опасениями находится вера в хорошие и плохие приметы, наклонность к ритуалам и заклинаниям. Свою неуверенность, склонность к сомнениям они компенсируют скурпулезностью и добросовестностью. В жизни это подтянутые, суховатые, корректные, лишенные чувства юмора люди. В своих суждениях консервативны и категоричны, настойчиво следуют принятым стандартам и нормам. Очень часто стремясь разрешить тревожащие их сомнения, они обнаруживают необыкновенную назойливость, занудливость, не считаясь со временем и желанием других, по много раз пристают с одним и тем же вопросом, настойчиво требуя, чтобы им все разъяснили до мельчайших деталей.

**Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.** К основным чертам тревожно-мнительного характера относятся стеснительность, покорность, нерешительность, совестливость. Такие люди с детства пугливы, робки, боязливы, боятся темноты, не могут оставаться в одиночестве, при этом стремятся избегать конфликтов, драк, шумных игр. Лучше всего они чувствуют себя в узком кругу хорошо знакомых людей. Они настолько робки, конфузливы, застенчивы, что боятся поступать по собственному усмотрению. Как правило для них характерна неловкость в движениях, неприспособленность к физическому труду. Практическая сторона жизни их мало интересует, и они увлекаются делами очень далекими от материальной действительности. Особенно отчетливо нарастают тревожность и стремление избегать напряженных ситуаций при вступлении в самостоятельную жизнь, предполагающую новые, незнакомые ситуации.

**Зависимое расстройство личности.** Признаки зависимого расстройства личности впервые могут обнаруживаться в ранние школьные годы, проявляясь резким утомлением к концу занятий, снижением успеваемости, чувством собственной неполноценности. Сознание собственной беспомощности, ощущение зависимости от окружающих, опасения предстоящих трудностей, затрудняют для них проявление инициативы, поэтому чаще всего они довольствуются второстепенными ролями, обнаруживают пассивную подчиняемость, послушно выполняя порученные им задания. В семье за них все основные вопросы решают родители или супруг. Из боязни быть отвергнутыми они стараются не противоречить сослуживцам и родственникам. Безропотно сносят все обиды и унижения.

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение расстройства личности.

2) Какова распространенность расстройств личности.

3). Классификация личностных расстройств.

4). Перечислите признаки параноидного расстройства личности.

5). Перечислите признаки шизоидного расстройства личности.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ДЛЯ ПСИХОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

1) развитие непосредственно после воздействия психотравмы

2) связь проявлений болезни с содержанием психотравмы

3) стабильность и тотальность психопатических особенностей личности

4) развитие в зрелом возрасте

5) прогрессирующее течение

2. ПСИХОПАТИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ И РАННЕЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОТНОСЯТСЯ К

1) ядерным

2) краевым

3) возбудимым

4) тормозимым

5) пограничным

3. ПСИХОПАТИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НЕПРАВИЛЬНЫМ ВОСПИТАНИЕМ, ОТНОСЯТСЯ К

1) ядерным

2) краевым

3) возбудимым

4) тормозимым

5) пограничным

4. К ВОЗБУДИМЫМ ПСИХОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) психастенические

2) астенические

3) дистимические

4) эксплозивные

5) ананкастные

5. К ТОРМОЗИМЫМ ПСИХОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) паранойяльные

2) истерические

3) психастенические

4) неустойчивые

5) эпилептоидные

6. ДЛЯ ТОРМОЗИМЫХ ПСИХОПАТИЙ ХАРАКТЕРНЫ

1) несдержанность

2) неуправляемость

3) склонность к асоциальным поступкам

4) малозаметность для окружающих

5) агрессивность

7. ДЛЯ ВОЗБУДИМЫХ ПСИХОПАТИЙ ХАРАКТЕРНЫ

1) пассивность

2) неуверенность

3) стеснительность

4) склонность к асоциальным поступкам

5) малозаметность для окружающих

8. ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬЮ, НЕДОВЕРЧИВОСТЬЮ, УПРЯМСТ-ВОМ, НЕУМЕСТНОЙ НАСТОЙЧИВОСТЬЮ, ЗЛОПАМЯТНОСТЬЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПСИХОПАТИЯ

1) паранойяльная

2) шизоидная

3) эксплозивная

4) истерическая

5) психастеническая

9. ЗАМКНУТОСТЬЮ, ПОГРУЖЕННОСТЬЮ В СЕБЯ, ПАРАДОКСАЛЬНОСТЬЮ СУЖДЕНИЙ, СКЛОННОСТЬЮ К ФАНТАЗИРОВАНИЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПСИХОПАТИЯ

1) астеническая

2) дистимическая

3) шизоидная

4) эпилептоидная

5) неустойчивая

10. СЛАБОСТЬ ВОЛИ, ОТСУТСТВИЕ УСИДЧИВОСТИ И ТЕРПЕНИЯ, СКЛОННОСТЬ К ОБМАНУ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПСИХОПАТИИ

1) ананкастной

2) гипертимической

3) эксплозивной

4) неустойчивой

5) паранойяльной

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Молодой человек 30 лет, инженер. С раннего детства упорный, настойчивый, смелый, задиристый. Высокого мнения о себе. Вместе с тем – подозрительный, считает, что окружающие зави­дуют ему, строят ему всевозможные козни. Уверен, что его проект забраковали из зависти. В случайно сказанных словах, вскользь брошенных взглядах усматривает подтверждение своих предположений. На «мнимое доброжелательство» коллег отвечает яркой враждебностью. Подает в суд на администра­цию завода. Переубедить его невозможно.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?
5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Параноидное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу возбудимых психопатий.

4. Не показано.

5. Возможно проведение психотерапии.

**Задача №2**

Мужчина 45 лет. По характеру очень вспыльчивый, с детства склонен к вспышкам гнева. В подростковом возрасте под влиянием жизненных неудач дважды совершал суицидальные попытки. Недавно из-за пустяка бросился на жену, пролил суп на скатерть, разбил тарелку, опрокинул стол. Ударом кулака разбил стеклянную дверь. Успокоившись, раскаивается и сожалеет о сделанном, просит прощения.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?
5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу возбудимых психопатий.

4. Возможно при декомпенсации.

5. Применение препаратов нормотимического действия и проведение психотерапии.

**Задача №3**

Больному 20 лет. Очень необщительный, замкнутый. Друзей не имеет. С детства склонен к уединенным мечтам и к занятиям отвлеченными вопросами, далекими от реальной жизни. Очень плохо сходится с людьми. Не может понять их настроения, затрудняется завязать простой непринужденный разговор. Много строит планов, но никак не может привести их в исполнение. Живет мечтами, грезами, беспомощен в реальной жизни.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?
5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Шизоидное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу тормозимых психопатий.

4. Не показано.

5. Возможно проведение психотерапии.

**Задача №4**

На судебно-психиатрическую экспертизу поступил испытуемый 22 лет, обвиняемый в краже. Воспитывался в неблагополучной семье, рос в условиях безнадзорности и материального недостатка. С детства отличался непоседливостью, в школе постоянно нарушал дисциплину. На уроках все время отвлекался, на замечания учителей не реа­гировал. Был постоянно в движении, в припод­нятом настроении. Закончил только 6 классов, хотя по умственному развитию от сверстников не отставал. Часто меняет место работы. Увольняется либо сам, либо его уволь­няют за небрежность в работе. В последнее время попал под влияние асоциальной компании, пользовался репутацией бала­гура, весельчака. При аресте не проявил смущения, с юмором давал показания следователю.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Является ли данный пациент невменяемым?
5. Будет ли освобожден от уголовной ответственности?

**Эталон ответа**

1. Диссоциальное (антисоциальное) расстройство личности.

2. Краевая психопатия.

3. Относится к кругу возбудимых психопатий.

4. Данный пациент является вменяемым.

5. Подлежит уголовной ответственности.

**Задача №5**

Девушка 19 лет, воспитывалась мамой и бабушкой в условиях гиперопеки и повышенной требовательности, неуверенная в себе, склонная к сомнениям и осторожности. Стремится все делать «по правилам», «как положено». Чрезмерно добросовестная, педантичная, скрупулезная. Любит, чтобы ее похвалили за успешно выполненную работу, даже в ущерб собственным интересам. Хочет, чтобы и другие делали все так, как считает правильным она.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Подлежит ли данная пациентка диспансерному наблюдению?
5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Ананкастное расстройство личности.

2. Краевая психопатия.

3. Относится к кругу тормозимых психопатий.

4. Не подлежит.

5. Возможно проведение психотерапии.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления личностных расстройств.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между клиническими вариантами расстройств личности.

3). Уметь правильно обследовать больного с личностными расстройствами и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. История развития учения о психопатиях.

2. Значение трудов П. Б. Ганнушкина в истории учения о психопатиях.

3. Динамика психопатий.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.92. **Тема:** «Расстройства личности (продолжение)».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Расстройства личности, или психопатии – патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада и представляющие собой постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни. Расстройства личности не являются психическим заболеванием в собственном смысле слова, однако, это состояния, создающие определенные сложности и ухудшающие качество жизни пациентов.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с эмоциональным стрессом в психиатрии.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики расстройств личности.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больного с расстройствами личности, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с расстройствами личности; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств личности.- Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Динамика психопатий».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Динамика расстройств личности (психопатий).** При расстройствах личности отмечается значительная чувствительность к внешним воздействиям, психологическому стрессу и внутренним биологическим изменениям организма, которые происходят на протяжении жизни. Такие факторы меняют клиническую картину расстройств личности. Происходит временное заострение характерологических черт либо длительные реакции развития личности, меняющие ее основные проявления. Подобные перемены в состоянии психопатических личностей известны как динамика психопатий (или в современной терминологии — расстройств личности). Понятие динамики ввел в психиатрический обиход П.Б. Ганнушкин в 30-х годах XXстолетия. Причем динамику следует отличать от течения заболевания. Эти различия состоят в том, что, несмотря на появление новых клинических признаков, у пациента сохраняется единство строя личности, коренного изменения его характера не происходит, как не возникает ни катастрофического исхода, ни выздоровления. Признаки обострения остаются тесно связанными с постоянно присущими пациенту характерологическими чертами.

Выделяется два типа динамики расстройств личности.

Первый соответствует возрастным кризам, и его проявления напоминают те сдвиги в характере людей, которые происходят у гармоничных, здоровых личностей в пубертатном и климактерическом периодах. Можно отметить лишь большую остроту таких заострений характера у патологических личностей.

Второй тип динамики расстройств личности обусловлен стрессовыми, главным образом психотравмирующими воздействиями. Наиболее общим понятием такого рода динамики являются компенсация и декомпенсация личностных особенностей. Очевидно, что компенсация есть более или менее адекватное приспособление личности к микросоциальной среде. Причем столь же очевидно, что большую часть своей жизни, несмотря на наличие патохарактерологических черт, такие субъекты остаются приспособленными к окружающей жизни. Они работают, учатся, получают образование, заводят семьи и прочее. Эта адаптация бывает хрупкой, но все же достижимой благодаря осуществлению механизма компенсации. Можно утверждать, что компенсация — это такой тип динамики расстройств личности, при котором в результате развития вторичных характерологических черт происходят смягчение, маскировка основных особенностей, возникает временная адаптация пациента в его социальном окружении.

Обычно компенсация происходит в благоприятных внешних условиях и сопровождается выработкой вторичных (факультативных) черт личности, которые как бы затушевывают основные, стержневые (облигатные) характерологические черты. Причем нередко факультативные черты настолько гипертрофируются, что сами становятся причиной нарушения адаптации, хотя основные признаки оказываются скрытыми (гиперкомпенсация). Например, астеничный, робкий, трусливый, застенчивый юноша вырабатывает стиль поведения грубого, неотесанного, заносчивого, бесцеремонного, хулиганствующего парня.

Декомпенсация проявляется в заметном обострении всех присущих личности черт. Вторичные (факультативные) признаки под влиянием главным образом стрессовых, психогенных воздействий снимаются, в результате чего обнажаются стержневые (облигатные) свойства личности. При этом происходит временное или длительное снижение либо утрата имевшейся социальной адаптации. Психотравмирующие воздействия, играющие роль в возникновении декомпенсаций, неодинаковы для разных типов расстройств личности. Одна и та же по содержанию психотравма для одних может быть значимой, для других — легко переносимой или даже нейтральной. Так, семейно-бытовые конфликты чрезвычайно значимы для эмоционально неустойчивых (возбудимых) личностей и, вопреки предположениям, малозначимы для зависимых (астенических). В условиях военной службы с ее дисциплинарными требованиями, жестким распорядком относительно успешно приспособляются эпилептоидные (импульсивные), ананкастные и зависимые личности и оказываются совершенно не приспособленными неустойчивые и шизоидные. С трудом адаптируются также истерические и эмоционально неустойчивые (пограничный тип) лица.

Компенсация и декомпенсация — это как бы две стороны медали жизни и состояния пациентов с расстройствами личности. Они постоянно сменяют друг друга в зависимости от ситуации, в которой находится субъект. Описание смены компенсированного состояния на декомпенсированное у психопатических личностей представляет собой попытку понимания механизма этого процесса, но не клинического содержания, феноменологии динамики расстройств личности. Между тем состояния декомпенсации клинически неоднородны.

Среди них различаются относительно остро возникающие состояния заострения личностных черт — характерологические (психопатические) реакции и относительно длительно формирующиеся развития личности, при которых наряду с усилением постоянно присущих проявлений возникают новые признаки, зачастую изменяющие структуру личности. Выделявшиеся П.Б. Ганнушкиным фазы как кратковременные психотические непрогредиентные эпизоды в жизни психопатической личности в настоящее время практически не включаются в варианты динамики, поскольку их клиническое содержание позволяет расценивать такие расстройства в рамках иных психических нарушений. Нередко это первые зарницы продромального периода шизофрении или шизоаффективного расстройства.

**Этиология и патогенез**.

Этиология психопатий множественна. Ведущая роль в их происхождении принадлежит конституциональным и генетическим факторам.

Выделяются три основные направления в учении об этиологии расстройств личности.

*Первое направление* сводится к представлениям о расстройствах личности как о наследуемом или врожденном состоянии, возникающем в результате действия различных вредностей во внутриутробном периоде («повреждение зачатка»). Представители данного направления видят подтверждение этой позиции в появлении характерологической патологии с детства, их малой изменчивости в течении жизни, сходстве характерологических особенностей детей и родителей, проявлениях инфантильности мышления в качестве признаков недоразвития психики. Подтверждение этой точки зрения содержится также в ряде патобиологических исследований при расстройствах личности, выявляющих особенности биоэлектрической активности мозга, наличие микроневрологической симптоматики, изменений нейровегетативного тонуса и прочее. В последние годы появились данные компьютерной томографии мозга при расстройствах личности, которые свидетельствуют об изменении мозговых структур. Методом позитронной томографии получены сведения об изменениях кровотока в мозге при различных типах характера здоровых людей. У интравертированных личностей выявлено увеличение церебрального кровотока во фронтальных долях и гипоталамусе. Усиление кровотока в передних цингулярных извилинах височных долей и заднем таламусе отмечено у экстравертированных личностей. Высказывается предположение, что интраверсия связана с усилением активности фронтальных областей, а также о том, что индивидуальные различия интравертов и экстравертов обусловлены различиями в функционировании фронто-стриато-таламических кругах. Психофизиологические исследования центрального взаимодействия показали, что при расстройствах личности выявляется более высокая, чем у здоровых, корковая активация; кроме того, у личностей возбудимого типа отмечается преобладание активности правого полушария. Сопоставление нейрофизиологических и психометрических исследований позволяет авторам подтвердить концепцию Г. Айзенка о низкой фрустрационной устойчивости у субъектов с расстройствами личности.

Большое место в современном обосновании врожденного происхождения расстройств личности имеют нейрохимические исследования обмена нейромедиаторов, которые контролируются наследственными механизмами, показавшие изменения функционирования отдельных ферментативных систем при расстройствах личности.  
Второе направление объясняет происхождение патологии характера неблагоприятными условиями внешней (преимущественно микросоциальной) среды. К таким повреждающим факторам относят неблагоприятные условия воспитания в детстве в результате потери родителей или воспитания в неполной семье, с родителями, не уделяющими внимания детям, больными алкоголизмом, асоциальными личностями, имеющими неверные педагогически-дидактические установки. Подтверждением этой точки зрения является большое число исследований, показавших роль отрицательных средовых факторов социальной среды на формирование характера человека, в том числе, естественно, и патологического. Кроме того, имеются данные об относительно более позднем появлении патологических черт характера в условиях неблагоприятного воспитания и возможность их сглаживания в случае устранения этих неудачных ситуаций. Таким образом, расстройства личности рассматриваются как нажитая, приобретенная в течение жизни патология характера.

Отечественная психиатрическая традиция, восходящая к исследованиям О.В. Кербикова и его учеников, принимает компромиссную точку зрения, при которой признается возможным оба типа возникновения расстройств личности. Первый тип О.В. Кербиков обозначил как **ядерную** психопатию — конституционально обусловленное расстройство, второй — как **краевую**, приобретенную психопатию как результат внешних психосоциальных воздействий. В качестве варианта нажитой психопатии им выделялась также органическая психопатия как следствие изменений характера в результате разного рода внемозговых вредностей, действовавших на пациента в детстве. Г.Е. Сухарева в этой связи высказывала мысль о том, что внешние, средовые воздействия являются факторами, выявляющими врожденную предрасположенность развития патологического характера.  
В последних своих работах О.В. Кербиков высказывал мысль о том, что в зрелом возрасте бывает весьма затруднительно определить причину, вызвавшую расстройство личности, поскольку клинические варианты этих разных по происхождению вариантов тождественны.  
Надо отметить, что в последние годы чаша весов в отношении этиологии расстройств личности благодаря распространению современных методов патобиологических исследований все больше перемещается в сторону конституциональной теории. Вместе с тем остается немало авторов, которые считают, что расстройства личности есть следствие психосоциальных воздействий.

**Лечение, организация помощи.**

Целью корригирующих мероприятий при психопатиях является восстанов­ление (компенсация) психического состояния, что предполагает осущест­вление комплекса целенаправленных социально-средовых, медицинских и педагогических воздействий.

Ведение пациентов в этих случаях не ограни­чивается назначением лекарственных средств. Первостепенная задача врача — помочь человеку с аномальным характером жить в мире с самим собой и обществом, избрать сферу деятельности, не противоречащую особенностям его психопатического склада.

Для социальной адаптации психопатических личностей важными кор­ригирующими факторами становятся оздоровление микросоциальной среды, изоляция от лиц с асоциальными наклонностями, злоупотребляющих алко­голем и наркотиками. Не менее важную роль играет психотерапевтическая работа с родственниками, имеющая целью улучшить внутрисемейные отно­шения, поскольку неблагоприятные семейные условия нередко утяжеляют патохарактерологические проявления и приводят к частым декомпенсациям. Большое значение имеет формирование у психопатической личности стой­ких трудовых установок и навыков, обеспечивающих успешную професси­ональную деятельность.

Понятие «терапия расстройств личности» в соответствии со сложившейся клинической практикой предпо­лагает несколько типов мишеней применения психотропных средств: острые (манифестные) и затяжные реакции и фазы, формирующиеся в рамках динамики психопатий (1-й тип); конституциональные аномалии с ассоции­рованными психопатологическими симптомокомплексами (2-й тип); психо­патии с признаками декомпенсации патохарактерологических свойств (3-й тип). Из приведенного очевидна целесообразность дифференцированной оценки результатов терапии расстройств личности. Такая оценка при синдромально организованных симптомокомплексах предполагает возможность достижения полной ремиссии, что осуществимо лишь при мишенях первого типа (острые и затяжные реакции и фазы). В остальных случаях диапазон лекарственного воздействия ограничен в связи с устойчивостью патохарак­терологических свойств личности, которые могут видоизменяться и мини­мизироваться в своих проявлениях, но не редуцируются полностью.

Лекарственная терапия назначается в случаях динамики психопатий, сопровождающейся манифестацией психопатологических расстройств. Ле­чение аффективных, тревожно-фобических, соматоформных и других про­явлений, определяющих клиническую картину острых и затяжных реакций и фаз, проводится по тому же принципу, что и терапия сходных по синдромальной структуре, но формирующихся вне рамок личностной патологии состояний. Необходимо, однако, иметь в виду, что психопатологические проявления, формирующиеся в коморбидности с расстройствами личности, более стойки и обнаруживают тенденцию к затяжному течению. Соответст­венно в этих случаях показаны более массивное лекарственное воздействие и длительные курсы лечения.

Психотропные средства находят применение при личностных расстрой­ствах, в структуре которых в качестве факультативных образований высту­пают изолированные психопатологические симптомокомплексы, близкие базисным патохарактерологическим свойствам (субсиндромальная генерали­зованная тревога и навязчивости повторного контроля у ананкастов. Чаще всего симптомы, ассоциированные с патохарактерологическими расстрой­ствами, выступают в рамках пограничного расстройства личности, а также диссоциальных психопатий и психопатий шизоидного круга. Терапия в этих случаях, учитывая изолированный характер и невыраженность позитивных расстройств, а также отсутствие признаков усложнения симптоматики, проводится психотропными средст­вами, лишенными выраженных признаков поведенческой токсичности. Как правило, используются транквилизаторы (альпразолам, лоразепам), тимолептики (флуоксетин, сертралин, флувоксамин, пароксетин и др.), а также небольшие дозы нейролептиков, психотропное действие которых не сопро­вождается седативным эффектом (трифлуоперазин, флуанксол, рисперидон и др.).

Лекарственные средства применяются также при экзацербации собст­венно психопатических проявлений: когда личностные расстройства приоб­ретают стабильно гипертипический характер либо обостряются в пределах психогенных реакций (реакции в пределах ресурсов личности).

Назначение в этих случаях психотропных средств, даже когда они непосредственно не влияют на собственно патохарактерологические прояв­ления, сопровождается существенным улучшением социального функцио­нирования пациентов.

Показания к применению психофармакологических препаратов опре­деляются клиническими признаками декомпенсации психопатий и типом психопатической реакции.

В периоды острых аффективных вспышек с явлениями психомоторного возбуждения психотропные средства (нейролептики, транквилизаторы) вво­дятся парентерально.

В тех случаях, когда среди психопатических проявлений преобладают взрывчатость, брутальность, расстройства влечений, при эксплозивных, паранойяльных, сутяжных реакциях (личностное расстройство диссоциаль- ного, импульсивного, паранойяльного типа) используются преимуществен­но нейролептики (неулептил, галоперидол, азалептин и др.), а также анти- конвульсанты (карбамазепин). С помощью этих средств удается предотвра­тить трансформацию импульсивных влечений в агрессивные акции. При этом следует учитывать, что наименьшую чувствительность к воздействию психотропных средств обнаруживают сутяги и лица с расстройствами вле­чений. И напротив, психопатические личности со склонностью к тревож­ным, фобическим, сенситивным и астеническим реакциям, а также к реак­циям отказа (личностное расстройство обсессивно-компульсивного, тревож­ного, сенситивно-шизоидного и зависимого типа), как правило, высокочув­ствительны к психофармакологическим средствам. Введение препаратов, обладающих большой нейролептической активностью, может сопровождать­ся в этих случаях выраженными побочными явлениями. При выборе лекар­ственных средств более предпочтительны транквилизаторы (диазепам, клоназепам, ксанакс, лоразепам, транксен и др.), а также нейролептики с преимущественно анксиолитическим действием (эглонил, хлорпротиксен, меллерил—сонапакс, терален).

Эти лекарственные средства значительно снижают склонность к болезненным сомнениям, уменьшают тревогу, стра­хи, внутреннее напряжение. Применение нейролептиков элективного дей­ствия (стелазин, флуанксол и др.), а также транквилизаторов при декомпен­сации шизоидной психопатии сопровождается заметной нивелировкой сен­ситивных идей отношения, уменьшением мнительности, ранимости, что облегчает контакт с окружением.

Психотерапия. Цель психотерапии личностных расстройств в общем виде состоит в гармонизации поведения и достижении стабильной социаль­ной адаптации пациентов. В зависимости от психопатологических особен­ностей состояния и применяемых методов психотерапевтического воздейст­вия эта цель достигается различными путями. В одних случаях основной акцент ставится на формировании адекватной Я-концепции, в других — на развитии когнитивных инструментов самоконтроля и регуляции поведения, в третьих — на приобретении навыков адекватного межличностного взаимо­действия. При патологии этого круга широкое применение находят все основные методы групповой, семей­ной и индивидуальной психотерапии.

**9. Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте характеристику первого типа динамики расстройства личности.

2) Дайте характеристику второго типа динамики расстройства личности.

3).Что такое ядерная психопатия?

4). Что такое краевая психопатия?

5). Лечение расстройств личности.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. О.В.КЕРБИКОВ ВЫДЕЛИЛ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ПСИХОПАТИЙ

1) конституциональные («ядерные»)

2) неустойчивые

3) эксплозивные

4) антисоциальные

5) ананкастные

2. ЧРЕЗМЕРНАЯ ВЫРАЖЕННОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА И ИХ СОЧЕТАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩАЯ КРАЙНИЕ ВАРИАНТЫ НОРМЫ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

1) психопатия

2) сенестопатия

3) астения

4) акцентуация

5) реактивный психоз

3. ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ

1) в детском возрасте

2) в подростковом возрасте

3) в молодом возрасте

4) в пожилом возрасте

5) в любом возрасте

4. ОСОБАЯ СКЛОННОСТЬ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СВЕРХЦЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С РИГИДНОСТЬЮ ПСИХИКИ,ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬЮ И,КАК ПРАВИЛО, ЗАВЫШЕННОЙ САМООЦЕНКОЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) ананкастное расстройство личности

2) диссоциальное расстройство личности

3) эмоционально неустойчивое расстройство личности

4) параноидное расстройство личности

5) истерическое расстройство личности

5. ЗАМКНУТОСТЬ, СКЛООНОСТЬ К ОДИНОЧЕСТВУ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) диссоциальное расстройство личности

2) истероидное расстройство личности

3) шизоидное расстройство личности

4) эмоционально неустойчивое расстройство личности

5) расстройство типа зависимой личности

6. НАВЯЗЧИВЫЙ СТРАХ ПОПОЛНЕТЬ, УБЕЖДЕННОСТЬ В ЧРЕЗМЕРНОМ ВЕСЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) фобии

2) нервной анорексии

3) паники

4) абулии

5) афазии

7. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМАТИКИ СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ РАЗЛИЧАЮТ НЕСКОЛЬКО ВИДОВ ПАРАНОИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТЕЙ КРОМЕ

1) ревнивцев

2) изобретателей

3) кверулянтов

4) фанатиков

5) авантюристов

8. ЧРЕЗМЕРНАЯ СКЛОННОСТЬ К СОМНЕНИЯМ, МНИТЕЛЬНОСТЬ, ПОГЛОЩЕННОСТЬ ДЕТАЛЯМИ, НЕУМЕРЕННЫЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ, УПРЯМСТВО, ПЕРИОДИЧЕСКИ ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОБСЕССИИ И КОМПУЛЬСИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

1) ананкастное расстройство личности

2) шизоидное расстройство личности

3) эмоционально неустойчивое расстройство личности

4) истерическое расстройство личности

5) тревожное уклоняющееся расстройство личности

9. ЗАМКНУТОСТЬЮ, ПОГРУЖЕННОСТЬЮ В СЕБЯ, ПАРАДОКСАЛЬНОСТЬЮ СУЖДЕНИЙ, СКЛОННОСТЬЮ К ФАНТАЗИРОВАНИЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПСИХОПАТИЯ

1) астеническая

2) дистимическая

3) шизоидная

4) эпилептоидная

5) неустойчивая

10. СЛАБОСТЬ ВОЛИ, ОТСУТСТВИЕ УСИДЧИВОСТИ И ТЕРПЕНИЯ, СКЛОННОСТЬ К ОБМАНУ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПСИХОПАТИИ

1) ананкастной

2) гипертимической

3) эксплозивной

4) неустойчивой

5) паранойяльной

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

26-летний мужчина, не имевший друзей и лишь изредка встречавшийся с женщинами, под исключительным давлением своей семьи женился на молодой девушке из семьи, принадлежащей к той же, что и его семья, религиозной общине. Его 19-летняя невеста до замужества проживала вместе с родителями в придерживавшейся традиций религиозной семье и не имела опыта общения с мужчинами. Она предполагала, что ее холодного и сдержанного жениха по достоинству оценит ее большая семья, и радовалась встречам с многочисленными родственниками. После свадьбы, однако, муж стал уклоняться от участия в семейных праздниках и общественных событиях. Он отстранялся от своей жены, прежде всего тогда, когда она требовала от него эмоциональных реакций на происходящее. Были проблемы и в области сексуальных отношений. Муж лучше чувствовал себя на работе, где в качестве компьютерного программиста выказывал высокую трудоспособность и спокойно работал в одиночестве. После пятилетнего брака с этим мужчиной молодая женщина поняла, что ее муж никогда не был близким ей человеком. Ей удалось убедить мужа обратиться вместе с нею в консультацию по проблемам семьи. Лучшим решением для обоих стало намерение отказаться от этого брака. Для жены такой необходимый разрыв был эмоционально очень трудным, но муж испытал от этого большое облегчение. Его родители больше не настаивали на его повторном вступлении в брак.

1. Поставьте диагноз.

2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.

3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?

4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?

5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Шизоидное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу тормозимых психопатий.

4. Не показано.

5. Возможно проведение психотерапии.

**Задача №2**

После длительного судебного разбирательства в американском штате Юта Гарри Гимлор был приговорен к смертной казни. Обстоятельства, которые привели Гимлора к гибели, дают представление о его личностном расстройстве. В 20-летнем возрасте он впервые был заключен в тюрьму за воровство и разбой, а затем отсидел еще два года за длинный ряд проступков. Он злоупотреблял наркотиками и имел беспорядочные сексуальные связи. В 1976 г. он ворвался в дом к женщине, с которой познакомился за день до этого. Позже он объяснял, что вначале лишь хотел вступить с нею в «тесную связь», как это происходило всегда. Он изнасиловал детей этой женщины и избивал ее всякий раз, когда проводил с ней время. В том же году он ограбил автозаправочную станцию, убил рабочего, два раза выстрелив ему в голову. Гимлор говорил, что сделал это просто потому, что почувствовал, что должен это сделать. В 1977 г. Гимлор был казнен.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?
5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Диссоциальное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу возбудимых психопатий.

4. Показано.

5. Психофармакотерапия, проведение психотерапии.

**Задача №3**

Больная 18 лет, ученица техникума, в психиатрический стационар попала впервые в связи с суицидальной попыткой. Со слов соседок по общежитию, которые ее сопровождали, больная, придя домой, легла в кровать и, обмотав вокруг шеи чулок, пыталась задушить себя. Присутствующие при этом подруги вызвали карету скорой помощи. На приеме больная рассказала, что жизнь стала для нее несносной через преследование членов запрещенной религиозной секты, которые угрожают ей расправой за то, что она поступила в техникум и отказывается выполнять поручение руководителей секты. Членом этой организации стала еще в детстве, когда жила в маленьком городке на севере страны, потому что отец-алкоголик и мачеха все время били ее, выгоняли из дома, не кормили, а сектанты - жалели и утешали. В дальнейшем поняла, что не верит в бога, и, тайно выехав из родного города, поступила в техникум. Но сектанты разыскали ее, побили, угрожают смертью, если она не будет посещать религиозные собрания. На вопрос, почему она раньше не обратилась за помощью, ответила, что имеет двухгодовалую дочку, отец которой - руководитель секты - угрожает убить ребенка, если она кому-то расскажет об «организации». Во время разговора плачет, говорит, что не видит выхода из положения, которое сложилось, просит отпустить ее домой или вызывать в больницу корреспондента областной газеты, который бы описал ее жизнь. Из разговора с завучем техникума стало известно, что при поступлении больная говорила членам приемной комиссии, как будто родители отказались от нее, а других родственников у нее нет. Несколько дней назад было обнаружено, что одна из справок в документах, с которыми она поступала в техникум, - поддельная. Больную вызывали к директору, но она не появилась. В канун направления больной в стационар в техникуме была лекция о деятельности религиозных сект.

Психическое состояние:Манерная, демонстративная, эмоционально лабильная. Быстро сошлась с больными своего возраста, много рассказывала им о своей жизни, причем в каждом рассказе появлялись все новые «ужасные» подробности. После осмотра гинеколога, который нашел, что больная virgointacta, пыталась задушить себя простыней, долго плакала, а затем рассказала, что ребенок не ее, а подруги, замученной сектантами, которая перед смертью просила заботиться об ее дочке. Через несколько дней было получено письмо от родителей больной, которые волновались, почему она не пишет, сообщали, что высылают дежурный денежный перевод. Приехав, родители сообщили, что их дочка всегда была фантазеркой, врала без любого повода. Уехала от них в поисках «интересной» жизни. Соматическое и неврологическое состояние больной без патологических изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?
5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Истерическое расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу возбудимых психопатий.

4. Показано.

5. Психофармакотерапия, проведение психотерапии.

**Задача №4**

Больной Н., 27 лет, обвиняется в убийстве тещи. По характеру вспыльчивый, раздражительный, с детства. Рос своевольным, непослушным. Когда наказывали, громко кричал, кусался, бросал в обидчика, что попало. В школе учился посредственно, дерзил, постоянно агрессивен в отношении товарищей, если наказывали, кричал, рвал тетради, ломал перья ручек. После окончания 9 классов работал разнорабочим, менял места работы из-за конфликтов. После женитьбы характер не изменился, злился по пустякам, мог ударить жену. Жена ушла к матери. Больной приезжал к жене, то уговаривал вернуться, обещал исправиться, то угрожал расправой. В один из приездов теща не пустила его в дом, плюнула ему в лицо. В «порыве злости» выхватил сапожный нож и ударил им тещу, от полученных ударов она скончалась. Психическое состояние: больной в ясном сознании. Последовательно сообщает о себе сведения, при этом оживленно жестикулирует, многословен. При расспросах о правонарушении голос его становится прерывистым, на глазах слезы, активно защищается, говорит, что его «довели до болезненного состояния». Удручен ситуацией, убеждает, что в раздражении «мог ударить мать родную». В отделении общается с сознательными больными, однако при малейших неприятностях дает аффективные вспышки с агрессией, после которых плачет, просит его простить, так как не мог себя сдержать. К состоянию относится критически, считает, что заслужил наказания, однако хочет смягчения своей участи, так как «был не в своем уме».

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?
5. Является данный пациент вменяемым?

**Эталон ответа**

1.Антисоциальное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу возбудимыхпсихопатий.

4. Показано.

5. Да.

**Задача №5**

Борис 33 года, очень одаренный молодой человек, программист. Отправился к врачу с довольно расплывчатыми жалобами соматического характера и общим мрачным взглядом на жизнь. Борис практически не общался с людьми. Он жил один, работал в маленьком офисе самостоятельно. На работе, как правило, он также ни с кем не виделся, если не считать, визитов начальника, который давал ему задания. Обедал в одиночестве, раз в неделю в хорошую погоду ходил погулять в зоопарк. Всю жизнь Борис сторонился людей, в детстве у него было мало друзей. Он всегда предпочитал компаниям уединенные занятия. В школе никогда не встречался с девочками. В годы студенчества лишь однажды оказался в женском обществе после спортивного матча. Общался с одним относительно близким другом, главным образом они вместе выпивали, но когда тот переехал в другой город, связь прервалась. Борис как само собой разумеющемся рассказывал, что ему трудно завести друзей, он не умеет поддерживать беседу. Он сообщил, что подумывал стать «позитивнее», но стоило ему с кем-нибудь заговорить, как он терялся и был счастлив, когда оставался один.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства.
3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова?
4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?
5. Какова может быть терапевтическая тактика?

**Эталон ответа**

1. Шизоидное расстройство личности.

2. Ядерная психопатия.

3. Относится к кругу тормозимых психопатий.

4. Не показано.

5. Возможно проведение психотерапии.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления личностных расстройств.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между клиническими вариантами расстройств личности.

3). Уметь правильно обследовать больного с личностными расстройствами и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Психопатии возбудимого круга.

2. Психопатии тормозимого круга.

3. Психопат и злоупотребление психоактивными веществами.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.6.93. **Тема:** «Алкоголизм».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Наркология была выделена из психиатрии в отдельную специальность в связи с широкой распространенностью и социальной значимостью зависимостей от психоактивных веществ, в первую очередь алкоголя. Психиатрические приемы диагностики и лечения составляют основу наркологических лечебно-диагностических алгоритмов.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам расстройств, связанных с злоупотреблением алкоголя.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: знать основы диагностики и систематики зависимости от алкоголя и алкогольных психозов.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования алкоголизмом, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных алкоголизмом; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства, оценить тяжесть абстинентного синдрома, провести дифференциальную диагностику между абстиненцией и соматическими заболеваниями, диагностировать острый алкогольный психоз и оценить его тяжесть, оказать врачебную помощь больному с алкогольным психозом.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления психических расстройств при алкоголизме |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике расстройств личности.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Алкогольные психозы».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Алкоголизм** — вызванное злоупотреблением спиртными напитками хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и связанными с ним физическими и психическими последствиями алкогольной интоксикации нарастающей тяжести.

Первичным звеном в развитии алкоголизма является острая алкогольная интоксикация с характерными для нее клиническими проявлениями опьянения, предрасполагающими к развитию заболевания.

Алкоголизм, как любая болезнь человека, возникает и развивается в результате сочетания средовых и генетических факторов, представляя собой нарушение адаптации организма и личности к социальной среде, связанное с определенными патобиологическими механизмами.

**Распространенность**

Общепринятые статистические показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом мало отражают реальную ситуацию, поскольку число выявленных и учтенных больных в большой степени зависит от активности наркологической службы. Поэтому для оценки наркологической ситуации используется ряд косвенных показателей: динамика потребления алкоголя в том или ином регионе, смертность от цирроза печени, заболеваемость алкогольными психозами, преступность, аварии на транспорте, травматизм, число разводов и др. Каждый из этих показателей в отдельности, естественно, неоднозначен и дискутабелен, но в комплексе они достаточно информативны.

Среди названных показателей наибольшего внимания заслуживает заболеваемость алкогольными психозами, поскольку она отражает распространенность алкоголизма (алкогольные психозы возникают только у больных алкоголизмом) и его тяжесть.

По данным ВОЗ, в мире насчитывается 120 млн больных алкоголизмом (с «синдромом алкогольной зависимости»), а показатель распространенности 2 %. Алкогольная ситуация в развитых странах различна.

Страны с самым высоким потреблением алкоголя (Латвия, Эстония, Словения, Финляндия, Польша, Литва и др.) отличаются высокими показателями заболеваемости алкогольными психозами(в Латвии — 67,8, в Финляндии — 61,2, в Эстонии — 53,8 на 100 000 населения).

Распространенность алкоголизма в общем населении (по показателю lifetime prevalence) определяется как 19 % среди мужчин и 3—5 % среди женщин, а злоупотребление алкоголем — 20 % среди мужчин и 10 % среди женщин. Начинают употреблять алкоголь чаще в возрасте 15—20 лет; пик же распространенности злоупотребления алкоголем приходится на 20—40 лет.

«Алкогольная» смертность составляет около 5 % от общей смертности.

**Классификация алкогольных психических расстройств.**

Психические расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, принято делить на группы в зависимости от длительности его приема: возникающие после однократных или эпизодических приемов и являющиеся результатом многократных его приемов на. протяжении значительного времени (хронического употребления), а также в зависимости от наличия и отсутствия психотических расстройств.

**Группы алкогольных расстройств:**

***Острая алкогольная интоксикация:***

*простое алкогольное опьянение;*

*измененные формы простого алкогольного опьянения;*

*патологическое опьянение.*

***Хронический алкоголизм:***

*Алкогольные (металкогольные) психозы.*

Как и любая другая классификация болезней человека, приведенное разделение алкогольной патологии несколько схематично и условно. В клинической практике используются и другие диагностические классификации.

Острая алкогольная интоксикация

Согласно МКБ-10, **острая интоксикация алкоголем** — это преходящее состояние, возникающее вслед за приемом алкоголя, который вызывает нарушения или изменения в физиологических, психологических или поведенческих функциях и реакциях.

Если все церебральные функции, на которые действует алкоголь, условно разделить на психические, неврологические и вегетативные, то еще более условно можно считать, что

***легкая степень*** алкогольного опьянения проявляется в основном психическими нарушениями,

***средняя степень*** — возникновением, помимо них, явных неврологических расстройств,

***тяжелая степень*** — нарушениями жизненно важных вегетативных функций при фактическом прекращении психической деятельности и глубоком угнетении двигательной и рефлекторной активности.

Строго говоря, любая степень алкогольного опьянения характеризуется воздействием алкоголя на все три названные сферы функций, но, поскольку психические функции нарушаются раньше и сильнее других, эти нарушения следует считать ведущими.

Простое алкогольное опьянение

Алкогольное опьянение можно определить как психопатологический синдром, структура которого зависит от дозы принятого алкоголя, времени, истекшего с этого момента, и от биологических и психологических особенностей человека, подвергшегося алкогольной интоксикации. Степени алкогольного опьянения являются этапами динамики данного психопатологического синдрома.

***Легкая степень алкогольного опьянения***: концентрация алкоголя в крови составляет от 20 до 100 ммоль/л (20—100 мг алкоголя на 100 мл крови), характеризуется обычно повышением настроения, многоречивостью, ускорением ассоциаций, увеличением амплитуды эмоциональных реакций, снижением самокритики, неустойчивостью внимания, нетерпеливостью и другими признаками преобладания психического возбуждения над торможением. При этом можно наблюдать некоторые неврологические (нарушение координации тонких движений, нистагм) и вегетативные (гиперемия лица, учащение пульса и дыхания, гиперсаливация) расстройства.

***Средняя степень алкогольного опьянения:*** концентрация алкоголя в крови от 100 до 250 ммоль/л, психические реакции утрачивают живость, мышление становится замедленным, непродуктивным, суждения — тривиальными и плоскими, речь — персеверативной и смазанной. Резко затрудняются понимание и правильная оценка окружающего. Эмоциональные реакции огрубляются, приобретают брутальный характер, настроение склоняется к угрюмости, гневливости или тупому равнодушию.

Неврологические нарушения при опьянении средней степени проявляются в атаксии, некоординированности движений, дизартрии, ослаблении болевой и температурной чувствительности. Гиперемия лица сменяется цианотичной окраской и бледностью, нередко возникают тошнота и рвота.

***Тяжелая степень алкогольного опьянения:*** концентрация алкоголя в крови от 250 до 400 ммоль/л, выражается угнетением сознания — от оглушенности и сомноленции до комы. Иногда возникают эпилептиформные припадки. При более высоких концентрациях алкоголя в крови (до 700 ммоль/л) может наступить смерть от паралича дыхания.

Предельно переносимая концентрация алкоголя вариабельна. Описан случай, когда человек оставался в бодрственном состоянии и мог участвовать в разговоре при концентрации алкоголя в крови свыше 780 мг%.

Продолжительность алкогольного опьянения зависит от многих факторов (пол, возраст, расовые особенности, привыкание к алкоголю), но более всего — от количества потребленного алкоголя и его обменной трансформации в организме.

После алкогольного опьянения средней и особенно тяжелой степени на следующий день в течение нескольких часов остаются постинтоксикационные явления — головная боль, жажда, плохой аппетит, разбитость, слабость, тошнота, рвота, головокружение, тремор. С возрастом, а также в процессе систематического злоупотребления алкоголем время, необходимое для полного восстановления нормального состояния, увеличивается, а нарушения становятся тяжелее и разнообразнее. При продолжении систематического злоупотребления алкоголем формируется «симптом декомпенсации самочувствия». В этих случаях самочувствие остается плохим в течение 1—2 дней после выпивки. Следующим этапом может стать перерастание постинтоксикационного синдрома в алкогольный абстинентный синдром.

Хотя простое алкогольное опьянение представляет собой в клиническом смысле психическую патологию, в юридическом смысле оно таковым не является и не избавляет человека от ответственности.

Измененные формы простого алкогольного опьянения

Выделяют следующие:

*Дисфорический вариант* опьянения — это состояние, когда вместо характерной для простого алкогольного опьянения эйфории с самого начала возникает мрачное настроение с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, склонностью к агрессии. Иными словами, легкая степень опьянения своим эмоциональным фоном напоминает среднюю степень, т. е. как бы несет в себе начало более тяжелого состояния. Такие особенности алкогольного опьянения нередко наблюдаются у больных хроническим алкоголизмом, а также при разного рода органической недостаточности головного мозга.

*Параноидный вариант* опьянения характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонности толковать слова и поступки окружающих как стремление унизить, обмануть, насмеяться, одержать верх в соперничестве; возможны ревнивые переживания и связанная с ними агрессия. Подобные черты поведения в опьянении встречаются у некоторых психопатических личностей — эпилептоидных, паранойяльных, примитивных (особенно если они больны хроническим алкоголизмом).

*Алкогольное опьянение с гебефренными чертами* проявляется дурашливостью, стереотипиями, кривляньем, хаотическим дебоширством, однообразным звукоподражанием, бессмысленным буйством. Такие картины можно наблюдать при наличии латентного шизофренического процесса, а также у подростков и юношей.

*Алкогольное опьянение с истерическими чертами* — при наличии соответствующих личностных предпосылок (эгоцентризм, желание быть в центре внимания, склонность «эксплуатировать» сочувствие окружающих, стремление произвести яркое впечатление, превышение амбиций над способностями) алкогольное опьянение вызывает к жизни истерические механизмы, которые чаще всего проявляются демонстративными суицидальными попытками, театрализованным горестным аффектом, бурными сценами отчаяния, «сумасшествия» и др.

Патологическое опьянение

Термин «патологическое опьянение» не совсем точно отражает суть данного явления: оно представляет собой не столько результат алкогольной интоксикации, сколько выражение своеобразной идиосинкразии к алкоголю, которая может возникнуть при определенном сочетании ряда факторов (переутомление, вынужденная бессонница, психогении, органическая церебральная недостаточность и др.). Картина патологического опьянения и внешне мало напоминает алкогольное опьянение, поскольку отсутствуют нарушения статики и координации движений, а также пантомимические особенности, характерные для облика опьяневшего человека.

По существу патологическое опьянение — это транзиторный психоз, а в синдромологическом отношении — сумеречное состояние сознания. Выделяются две его формы — эпилептоидная и параноидная, которые различаются преобладанием тех или иных расстройств.

*При эпилептоидной форме* болезненная симптоматика выражается в виде тотальной дезориентировки, отсутствия какого-либо контакта с окружающей действительностью, резкого моторного возбуждения с аффектом страха, гнева, злобы, с молчаливой, бессмысленной и жестокой агрессией, которая порой имеет характер автоматических и стереотипных действий.

*При параноидной форме* поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего содержания. О том же свидетельствуют отдельные слова, выкрики, команды, угрозы, хотя в целом речевая продукция больного скудна и малопонятна. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер, приобретает форму сложных и целенаправленных действий (бегство с использованием транспорта, защита, нападение, совершаемые с большой силой).

Патологическое опьянение возникает внезапно и так же внезапно обрывается, часто заканчиваясь глубоким сном. Длится оно от нескольких минут до нескольких часов, оставляя после себя астению, головную боль, тотальную или парциальную амнезию. Полная амнезия более характерна для эпилептоидной формы, парциальная — с фрагментарными, иногда очень красочными, воспоминаниями — для параноидной формы.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Дайте определение алкоголизма.

2) Назовите первичное звено в развитии алкоголизма.

3). Дайте определение острой алкогольной интоксикации.

4). Перечислите признаки легкой степени алкогольного опьянения.

5). Что такое измененные формы простого алкогольного опьянения?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ

1) 200-300 мг%

2) 300-400 мг%

3) 400-500 мг%

4) 500-600 мг%

5) 600-700 мг%

2. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ ,ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1) миоз

2) психические автоматизмы

3) амбулаторные автоматизмы

4) изменения в эмоциональной сфере

5) пропульсии

3. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ ,ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1) абсанс

2) психические автоматизмы

3) амбулаторные автоматизмы

4) пропульсии

5) функциональное изменение моторики

4. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ,ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1) миоз

2) абсанс

3) амбулаторные автоматизмы

4) пропульсии

5) изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего

5. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) повышение настроения

2) снижение настроения

3) дизартрия

4) сомноленция

5) ослабление болевой и температурной чувствительности

6. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) неустойчивостью внимания

2) снижение настроения

3) дизартрия

4) сомноленция

5) ослабление болевой и температурной чувствительности

7. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) многоречивостью и нетерпеливостью

2) снижение настроения

3) дизартрия

4) сомноленция

5) ослабление болевой и температурной чувствительности

8. СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) смазанной речью

2) многоречивостью и нетерпеливостью

3) повышением настроения

4) эпилептиформными припадками

5) неустойчивостью внимания

9. СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) замедленным мышлением

2) многоречивостью и нетерпеливостью

3) повышением настроения

4) эпилептиформными припадками

5) неустойчивостью внимания

10. КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1) 20-50 ммоль/л

2) 50-100 ммоль/л

3) 100-200 ммоль/л

4) 200-250 ммоль/л

5) 250-400 ммоль/л

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациенту 45 лет. Около 18 лет злоупотребляет алкоголем, в течение недели находился в запое. Прекратил алкоголизацию в связи с нарастанием интоксикации. Через сутки после последнего приема спиртного у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием, последующим глубоким сном. После оказания первой помощи припадки не повторялись.

1. С чем связано развитие судорожного припадка?
2. Поставьте диагноз.
3. Какова первая помощь при таком состоянии?
4. Показано ли назначение длительной противосудорожной терапии?
5. Каковы рекомендации данному пациенту?

**Эталон ответа**

1. Развитие судорожного припадка связано с синдромом отмены алкоголя.

2. Средняя стадия алкогольной зависимости, абстинентное состояние с судорожными припадками.

3. В/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

4. Не показано.

5. Лечение и наблюдение у нарколога.

**Задача №2**

Пациент 45 лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, в течение двух недель находился в запое, последние двое суток не употреблял алкоголь из-за отсутствия денег. Осмотрен врачом скорой психиатрической помощи в связи с неадекватным поведением. Со слов соседей по коммунальной квартире, разговаривал без собеседника в комнате, стучал по стене и громко нецензурно бранился. При осмотре пациент контактен, правильно ориентирован, заявляет, что слышит через стену, как соседи по квартире сговариваются убить его для того, чтобы завладеть его комнатой. В ходе беседы с врачом указывает на стену и говорит – «ну вот, они опять начали».

1. Назовите синдром.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите стадию алкогольной зависимости.
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Какова лечебная тактика?

**Эталон ответа**

1. Галлюцинаторный синдром.

2. Острый алкогольный галлюциноз.

3. Средняя (2-ая) стадия алкогольной зависимости.

4. Многолетнее злоупотребление алкоголем, двухнедельный запой, развитие алкогольного психоза.

5. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; нейролептики.

**Задача №3**

Пациент 40 лет, злоупотребляющий алкоголем, прооперирован по поводу прободной язвы желудка на фоне 4-х дневного употребления спиртного. После выхода из наркоза в отделении реанимации пациент ведет себя очень тревожно, суетливо. «Ловит» в складках белья несуществующих насекомых, «вытягивает» что-то изо рта. При беседе оказалось, что пациент дезориентирован в месте и времени, но правильно называет свое имя и возраст.

1. Назовите синдром.
2. Поставьте диагноз.
3. Что явилось обстоятельством, отягчающим течение алкогольного делирия?
4. Какова терапевтическая тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Делириозный синдром (мусситирующий делирий).

2. Синдром отмены алкоголя с мусситирующим делирием.

3. Прободная язва желудка, операция под общим наркозом..

4. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; глюкокортикоиды.

5. Неблагоприятный – возможен летальный исход или инвалидизация вследствие дальнейшего катастрофического течения алкоголизма.

**Задача №4**

В наркологический диспансер обратилась гражданка З. с жалобами на неадекватное поведение мужа. Муж в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, запои бывают по 5-7 дней, выпивает до 1,5 литров водки, на следующий день чувствует себя очень плохо. Состояние улучшается после приема небольшого количества алкоголя. Плохо спит, стал грубым, раздражительным, подозрительным, ревнивым, роется во всех вещах, проверяет записную книжку. Считает, что у нее есть любовник. Летом неожиданно приехал из отпуска, дома устроил обыск, был очень возбужден, угрожал расправой. Последние дни мрачен, ночью не спит, ходит из угла в угол, много курит. Накануне заявил жене, что он «все знает и скоро положит этому конец».

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.

2. Какая стадия алкогольной зависимости у пациента?

3. Обоснуйте ответ на 2 вопрос.

4. Какова терапевтическая тактика?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Алкогольный бред ревности.

2. Средняя (2-ая) стадия алкогольной зависимости.

3. Многолетнее злоупотребление алкоголем, истинные запои, высокая толерантность, сформированный абстинентный синдром, изменившийся характер опьянения.

4. Психофармакотерапия – назначение типичных нейролептиков и атипичных антипсихотиков.

5. Неблагоприятный – алкогольный бред ревности практически не поддается купированию.

**Задача №5**

Больной 53-х лет, в течение многих лет злоупотребляющий алкоголем (отмечаются запои каждые 1-2 месяца, между запоями употребляет пиво, по утрам выпивает «для улучшения состояния»), поступил в стационар после судорожного припадка, развившегося в абстиненции. При осмотре дезориентирован во времени, не может сказать, где он находится, сколько дней провел в больнице. В дальнейшем в течение месяца состояние остается без динамики, происходящие события в памяти не удерживаются, при этом может точно и подробно рассказать о событиях давнего прошлого. Сообщает неверные, временами нелепые сведения о том, что происходило с момента госпитализации. В неврологическом статусе – атрофия мышц нижних конечностей, нарушение чувствительности, ослабление сухожильных рефлексов.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Установите диагноз заболевания.
4. Каково возможное течение заболевания?
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка, фиксационная и прогрессирующая амнезия, конфабуляции и псевдореминисценции, полинейропатия.

2. Корсаковский психоз.

3. Хроническая алкогольная энцефалопатия.

4. Возможно регредиентное течение.

5. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; глюкокортикоиды.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления алкогольной интоксикации.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между клиническими вариантами алкогольного опьянения.

3). Уметь правильно обследовать больного с алкоголизмом и описать выявленные расстройства.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Алкогольные психозы.

2. Значение трудов С.С. Корсакова.

3. Алкоголизм и расстройство личности.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.6.94. **Тема:** «Хронический алкоголизм».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям заболеваний, связанных с злоупотреблением алкоголя, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических и наркологических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики и оказания помощи на различных стадиях развития хронического алкоголизма.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные клинические проявления различных стадий развития хронического алкоголизма.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств, развивающихся на фоне злоупотребления алкоголя.

Владеть: методами выявления и оценки клинических особенностей хронического алкоголизма.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических особенностей хронического алкоголизма. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике клинических вариантов хронического алкоголизма.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Критические состояния в психиатрии и наркологии».  - Беседа с больным, выявление показаний к назначению фармакотерапии с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Основу клинической картины алкоголизма составляют три синдрома - патологическое влечение к алкоголю, алкогольный абстинентный синдром и алкогольная деградация личности. Эти основные синдромы относятся к общим признакам, объединяющим все клинические варианты алкоголизма. Они последовательно формируются в процессе развития заболевания. Рассмотрим каждый из основных синдромов.

Патологическое влечение к алкоголю

Термин «патологическое влечение к алкоголю» предполагает существование непатологического влечения. Понятие «непатологическое», или «нормальное», влечение к алкоголю означает, что потребление спиртного является психологически понятным (оно служит целям наладить социальные контакты, преодолеть застенчивость, расслабиться, успокоиться и т.п.) и закреплено обычаями и традициями. В отличие от нормального патологическое влечение к алкоголю является самодовлеющим и господствующим мотивом поведения. Потребление спиртного в этом случае не служит каким-либо определенным целям, кроме одной - достигнуть состояния опьянения, т.е. алкогольное опьянение становится самоцелью. Следовательно, патологическое влечение к алкоголю нельзя постигнуть с позиций здравого смысла, оно психологически непонятно, к нему неприложимы различные «мотивационные» объяснения. Речь идет о доминантной природе патологического влечения к алкоголю, которая определяет вытеснение прочих интересов и существенных мотивов человеческой активности. Патологическое влечение, обусловливающее неконтролируемое избыточное употребление алкоголя, сопряжено с токсическим поражением мозга и организма больного в целом. Следствием алкогольного поражения мозга, естественно, является ослабление мозговых функций, в первую очередь высших психических, что неизбежно ведет к усилению патологической доминанты со всеми свойственными алкоголизму последствиями.

Патологическое влечение к алкоголю и утрата контроля.

Важнейший клинический признак алкоголизма - утрата количественного и ситуационного контроля над приемом алкоголя. Утрата количественного контроля выражается характерной фразой: «Первую рюмку беру я сам, вторая хватает меня». Это означает, что больной, начав пить, не волен вовремя остановиться и неминуемо напивается допьяна. Утрата ситуационного контроля проявляется в «сужении репертуара потребления» (определение, содержащееся в МКБ-10), когда человек продолжает потреблять алкоголь в обычном для себя стиле, не обращая внимание на разные обстоятельства - неподходящее окружение, рабочий день, возможные негативные последствия и т.д.

На пути к подобным крайним проявлениям утраты контроля эпизодически наблюдаются вполне приемлемые формы потребления спиртного, которые со временем становятся более редкими. По мнению A.M.Ludwig, патологическое влечение надо рассматривать как необходимое, но не абсолютное условие утраты контроля, ибо благоприятствующие или препятствующие этому обстоятельства до поры продолжают играть свою роль, определяя характер «алкогольного» поведения. Здесь многое зависит от силы влечения и от упроченности патологической алкогольной доминанты: на начальных этапах болезни влечение обостряется в большей степени под влиянием внешних факторов, но в дальнейшем оно становится относительно автономным, подчиняясь внутренним закономерностям.

Первичное и вторичное патологическое влечение к алкоголю.

С середины 50-х годов в клинической практике постепенно утвердилась тенденция различать две разновидности патологического влечения к алкоголю – первичное и вторичное.

Первичное влечение, или « психическая  зависимость» , появляется на фоне более или менее продолжительного воздержания от спиртного, когда уже миновали последствия алкогольной интоксикации; оно «ответственно» за возобновление потребления алкоголя.

Вторичное влечение, или «физическая зависимость», возникает под влиянием выпитого алкоголя - в периоде алкогольного опьянения или в периоде похмелья; оно определяет неспособность больного удержаться от дальнейшего потребления спиртного.

Дифференциация первичного и вторичного влечения к алкоголю отражает разные механизмы его обострения, но абсолютизировать такого рода различия было бы неправильно, так как природа самого влечения в любом случае одна и та же -  патологическая доминанта, которая может оживляться через внешнюю рецепцию, т.е. под влиянием окружающей среды, или через внутреннюю рецепцию, т.е. под влиянием алкоголя и связанных с ним изменений внутренней среды.

Алкогольный абстинентный синдром.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) - это комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительного и массивного пьянства.

Многие нарушения, свойственные ААС (головная боль, головокружение, астения, чувство разбитости, жажда, обложенность языка, тошнота, вздутие живота, жидкий стул, повышение АД, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение и др.), встречаются не только у больных алкоголизмом, но и у прочих лиц, находящихся в ***похмельном*** состоянии, т.е. в периоде после злоупотребления алкоголем. Как в рамках простого похмельного (постинтоксикационного) состояния, так и у больных алкоголизмом, т.е. в структуре ААС, перечисленные симптомы тем тяжелее, разнообразнее и чаще, чем старше человек и чем хуже  его исходное соматоневрологическое состояние (у больных алкоголизмом оно является также следствием тяжести и давности основного заболевания).

На другом полюсе клинической картины ААС находятся нарушения, составляющие коренное отличие алкогольного абстинентного синдрома от постинтоксикационного состояния. Это признаки вторичного патологического влечения к алкоголю, которое, как уже было сказано, бывает только у больных алкоголизмом. К ним относятся сильное желание выпить спиртное (опохмелиться), внутренняя напряженность, раздражительность, дисфория, подавленность, двигательное беспокойство.

Промежуточное положение между неспецифичными и нозологически специфичными расстройствами занимают те нарушения, которые связаны преимущественно с хронической алкогольной интоксикацией ЦНС и потому лишь относительно специфичны для больных алкоголизмом. Среди них - прерывистый, поверхностный, тревожный сон, яркие, беспокойные, пугающие сновидения, вздрагивание, гиперакузия, отдельные слуховые и зрительные обманы, гипнагогические галлюцинации, идеи отношения и виновности, крупный тремор всего тела или рук, век, языка, эпилептические припадки, нистагм, потливость, тахикардия и др.

В некоторых случаях, когда больные алкоголизмом очень молоды и обладают достаточными компенсаторными возможностями, а болезнь имеет сравнительно небольшую давность, симптоматика ААС ограничивается вторичным патологическим влечением к алкоголю с незначительно выраженными вегетативными нарушениями (потливость, тахикардия, усиленный дермографизм). На этом основано мнение о нередком отсутствии ААС у юношей и на начальных этапах алкоголизма.

У некоторых больных на фоне многомесячного воздержания от алкоголя иногда возникают состояния, полностью или частично повторяющие картину ААС, хотя они представляют собой обострения первичного патологического влечения к алкоголю. Такого рода состояния получили названия «сухая абстиненция», «протрагированный абстинентный синдром».

Таким образом, структура ААС состоит в основном из двух частей - группы признаков патологического влечения к алкоголю, которые несут в себе нозологическую специфичность, и разнообразных неспецифичных или малоспецифичных расстройств, возникающих в результате токсического действия алкоголя в сочетании с другими патогенными факторами и определяющих индивидуальные особенности ААС у конкретного больного.

Клинические варианты ААС.

Выделяют несколько клинических вариантов синдрома.

Нейровегетативный вариант — это базовый вариант, наблюдаемый в любом случае ААС и способный «обрастать» дополнительной симптоматикой. Такой вариант ААС характеризуется плохим сном, астенией, вялостью, потливостью, отечностью лица, плохим аппетитом, жаждой, сухостью во рту, повышением или понижением АД, тахикардией, тремором пальцев рук.

Церебральный вариант определяется в том случае, если нейровегетативные нарушения сопровождаются сильной головной болью с тошнотой, головокружением, гиперакузией, резким вздрагиванием, обмороками, эпилептиформными припадками.

При висцеральном , или соматическом варианте преобладают боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм, жидкий стул, субиктеричность склер, стенокардия, сердечная аритмия, одышка.

Наличие значительно выраженных психических расстройств - суицидальные мысли и поведение, тревога, страх, подавленность, дисфория, идеи отношения и виновности, тотальная бессонница, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзорные обманы, яркие «приключенческие» сновидения, просоночные состояния с временной дезориентировкой в окружающем - означает развитие психопатологического варианта ААС.

Многие клиницисты подчеркивают патогенетическую связь такого варианта ААС с острым алкогольным психозом в виде белой горячки [Жислин С.Г; Банщиков В.М., Короленко Ц.П]. До сих пор остается нерешенным поставленный С.Г.Жислиным вопрос, почему одни больные, несмотря на многолетнюю историю тяжелых похмельных состояний, не заболевают белой горячкой, а другие, наоборот, очень склонны к возникновению психоза даже при малой выраженности ААС. В настоящее время большое значение в связи с этим придается наследственному предрасположению.

Выделение разных клинических вариантов ААС имеет существенное практическое значение, поскольку указывает на неполноценность соответствующих органов и систем и способствует подбору дифференцированной восстановительной терапии [Плетнев В.А].

Алкогольный абстинентный синдром возникает в период от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртного [Victor M] и длится от 2-3 дней до 2-3 недель [Жислин СТ]. Несмотря на его сравнительную быстротечность, он сопровождается значительными патологическими изменениями важных органов и систем. В частности, перевозбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и избыточная продукция гормонов надпочечников приводят к нарушениям функции мозговых структур, имеющих отношение к процессам памяти и к эмоциональной сфере[Sapolsky R.M.; Linnoila M.]; резкое повышение уровня катехоламинов оказывает токсическое действие на сердечную мышцу, что проявляется снижением ее сократительной способности, аритмиями, фибрилляцией и нередко служит причиной внезапной смерти [Нужный В.П. и др.].

Алкогольная психическая деградация

Как известно, общим для всех видов психической деградации, независимо от их нозологической принадлежности, является интеллектуальное снижение. Но при разных заболеваниях оно имеет некоторые особенности в виде акцентов - на снижении критики, памяти, психической подвижности и др.

Отличительной особенностью алкогольной деградации является акцент на нравс- твенно - этическом снижении: беспечность, ослабление чувства совести и долга, утрата разносторонних интересов, эгоизм, паразитические тенденции, эмоциональное огрубление, поверхностность, лживость и др. Эти свойства возникают у больных алкоголизмом очень рано, едва ли не с самого начала болезни [Bleuler E.], и относительно изменчивы. Во время ремиссий алкоголизма они могут претерпевать обратное развитие, хотя и не полное.

Нравственно-этическое снижение при алкоголизме непосредственно связано с выраженностью патологического влечения к алкоголю, являясь своего рода его преломлением, или аспектом. Таким образом, кардинальный синдром алкоголизма — патологическое влечение к алкоголю входит в структуру алкогольной деградации, придавая ей нозологическую специфичность.

Алкогольной деградации свойственно также интеллектуальное снижение. Оно связано с токсическим действием алкоголя на мозг и потому возникает сравнительно поздно. Выраженность интеллектуального снижения пропорциональна давности и тяжести алкогольной интоксикациии общему объему потребленного алкоголя. Возможно, что причиной ослабоумливающего процесса при алкоголизме служит не только прямое действие алкоголя на мозг, но и его опосредованное влияние через алкогольное поражение печени, которое также ведет к токсической энцефалопатии.

Выраженное интеллектуальное снижение с ухудшением способности к абстрактному мышлению и решению конкретных проблем, памяти и психомоторных реакций выявляется у 45-70 % больных алкоголизмом [ParsonsО., Leber W; Eckardt M., Martin P.]. На отдаленных этапах болезни развивается слабоумие, которому на ранних стадиях заболевания предшествуют неврозоподобные и психопатоподобные расстройства.

Неврозоподобные расстройства у больных алкоголизмом отличаются от подлинно невротических отсутствием признаков психогении, преобладанием астении, меньшей эмоциональной насыщенностью, меньшей фиксацией на них, диффузностью, множеством тягостных вегетативных ощущений, с которыми больные предпочитают бороться с помощью спиртного. Плохой сон, утомляемость, нетерпеливость, рассеянность, раздражительность в сочетании с патологическим влечением к алкоголю - все это при достаточной в целом социально-трудовой адаптации определяет «шаблонизацию» выполняемой работы [Лисицын Ю.П., Сидоров П.И.], отсутствие творческого поиска и стремления к новому, пассивность и леность, невнимательность и небрежность, равнодушие и халатность, уклонение от семейных и домашних обязанностей, охлаждение к прежним увлечениям и интересам. Определенная сохранность социально-трудовой адаптации основана на профессиональном опыте и знаниях, на сохранившихся социальных и персональных связях, а также использовании особенностей производства.

Психопатоподобные нарушения возникают на начальных этапах алкогольного снижения личности, когда обнажаются, утрируются и заостряются характерологические особенности, которые прежде составляли лишь своеобразие личности. В результате у практически здоровых до того людей появляются личностные аномалии. Психопатизация, формирующаяся таким образом, отличается от истинных психопатий наличием общего интеллектуального и личностного снижения: мышление становится малопродуктивным, суждения - поверхностными и стандартными, личность - гораздо грубее и проще.

У больных алкоголизмом из психопатических черт преобладают черты неустойчивой, возбудимой и истерической психопатии, реже встречаются психопатические личности эпилептоидного, астенического и шизоидного типа. Психопатоподобные проявления обычно усиливаются в состоянии опьянения и в похмелье. Со временем, по мере углубления алкогольного психического дефекта, психопатоподобные изменения личности нивелируются, их различия смываются, уступая место картине органического поражения мозга, в связи с развитием алкогольной энцефалопатии.

Процесс заострения черт преморбидного характера при алкоголизме далеко не всегда достигает психопатического уровня. По крайней мере, в условиях наркологического стационара, пребывание в котором служит нелегким испытанием для адаптационных способностей личности, психопатоподобные проявления отмечаются не более чем у 5-7 % больных алкоголизмом. Резко выраженные психопатоподобные проявления алкогольной деградации в большинстве случаев обусловлены не только алкогольной интоксикацией, но и преморбидными аномалиями личности (примитивизм, психопатические черты), которые в ходе алкогольной болезни гипертрофируются и принимают почти гротескный характер [Павлова О.О.].

Ко времени, когда на первый план в картине алкогольной деградации выходят различные варианты слабоумия (эйфорическое, амнестическое, аспонтанное), во всей тяжести проявляется и связанная с алкогольной интоксикацией многообразная соматическая и неврологическая патология - жировая инфильтрация печени (до 90 % всех больных), алкогольный гепатит (до 40 %), алкогольный цирроз печени (до 20 %), панкреатит (до 75 % всех случаев панкреатита имеют алкогольное происхождение) [Gitlow S.], кардиомиопатия  (20—30 % случаев - алкогольного генеза), сердечные аритмии (мерцательная аритмия - у 63 % больных алкоголизмом и лишь у 33 % лиц, не злоупотреблявших алкоголем) [Regan Т.], гипертоническая болезнь, мозговые инсульты, полинейропатия, ослабление иммунной системы и связанная с этим подверженность инфекциям и злокачественным опухолям. Все это дало основание некоторым исследователям [Tarter R.,Edwards К.] расценить алкогольную деградацию как ускорение обычного процесса старения организма.

К сказанному можно добавить, что алкогольную деградацию далеко не всегда удается обнаружить при обычном клиническом обследовании. Важным подспорьем при этом оказывается изучение симптоматики алкогольного опьянения у конкретного больного, а именно выявление измененных, атипичных его форм. Они возникают вследствие «измененной алкоголизмом почвы» [Жислин С.Г.] и служат как бы лакмусовой бумажкой будущих стойких и явных изменений личности.

Стадии алкоголизма

Стадии заболевания являются выражением процессуального характера алкоголизма. Они различаются между собой как качественными особенностями, так и тяжестью расстройств.

Наибольшие трудности для диагностики представляет I (начальная ) стадия, которая находится на границе между болезнью и отсутствием таковой. Граница эта размыта в силу плавного перехода от простого злоупотребления алкоголем (бытовое пьянство) к патологическому влечению. Эта стадия характеризуется патологическим влечением к алкоголю, неврозоподобными расстройствами, которые, как уже указывалось, определяют изменения поведения и социального облика больного.

На этой стадии изменяется также симптоматика алкогольного опьянения в сторону уменьшения выраженности эйфории, появления раздражительности, грубости, агрессивности, придирчивости. Во время опьянения более отчетливо выявляется заострение преморбидных личностных особенностей - бахвальство, эгоцентризм, обидчивость, ригидность. Кроме того, наблюдается значительный рост толерантности к алкоголю (в 2-3 раза по сравнению с начальной).

Уже в I стадии при алкоголизме у всех больных происходят отчетливые изменения функционального состояния периферических нервов: с помощью электронейромиографии выявляется резкое снижение скорости проведения нервного импульса и его амплитуды [Демидов А.Н.].

Все это, несмотря на отсутствие явных признаков алкогольного абстинентного синдрома, свидетельствует о реальном существовании начальной стадии алкоголизма.

Вторая стадия алкоголизма отличается от I стадии наличием алкогольного абстинентного синдрома. Имеющееся в структуре этого синдрома вторичное патологическое влечение к алкоголю изменяет характер злоупотребления спиртным: регулярное опохмеление все чаще ведет к последующему неконтролируемому поглощению алкоголя и дальнейшему ежедневному пьянству, т.е. к формированию запойного либо постоянного типа злоупотребления алкоголем. Возникновению запоев сопутствуют все более углубляющиеся эмоциональные нарушения в виде предшествующих депрессивно-дисфорических или депрессивно-апатических состояний.

Первичное патологическое влечение к алкоголю постепенно утрачивает связь с внешними обстоятельствами и все более становится аутохтонным, «биологизируется». Толерантность к алкоголю вырастает до максимума и достигает  5-6-кратных величин по сравнению с исходной. Становятся отчетливыми признаки морально-этического снижения и огрубления, которые прежде наблюдались главным образом во время опьянения. Формируются психопатоподобные состояния либо заостряются преморбидные личностные особенности. В картине алкогольного опьянения, помимо углубления тех изменений, которые отмечались на первой стадии, появляется «органический» оттенок: психическая ригидность, агрессия, брутальность аффекта, амнезия периода опьянения - в виде алкогольных палимпсестов (фрагменты более или менее стертых воспоминаний) или тотальной утраты памяти обо всем происходившем в этот период.

Третья (конечная) стадия характеризуется в первую очередь психическим дефектом, в картине которого на первом плане – отсутствие тонких и усиление примитивных эмоций, исчезновение душевных привязанностей и интересов, преобладание и распущенность низменных влечений, эйфория, некритичность, бездеятельность, ослабление интеллектуально-мнестических функций и другие признаки алкогольной деградации. Им сопутствует разнообразная соматическая и неврологическая патология - полинейропатия, мозжечковые расстройства, болезни печени, поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта и др., что создает картину общего одряхления и упадка.

Толерантность к алкоголю в III стадии в отличие от первых двух значительно снижается. При сочетании тягостных и разнообразных абстинентных расстройств, постоянной потребности в опохмелении, низкой толерантности больной непрерывно пребывает в состоянии алкогольного опьянения. Симптоматика алкогольного опьянения, полностью лишенная эйфорической окраски, подчас напоминает психотические расстройства: больные бессвязно бормочут, к кому-то обращаются, грозят, жестикулируют.

При таком характере потребления спиртного абстинентная симптоматика смазана, так как сочетается с алкогольным опьянением. Если же происходит полное отнятие алкоголя, абстинентный синдром протекает очень тяжело и включает выраженные психопатологические нарушения - страх, бессонницу, отдельные иллюзорные и галлюцинаторные расстройства, идеи отношения, виновности и преследования. Нередко в картине абстинентного синдрома наблюдается психоорганическая симптоматика - интеллектуальная беспомощность, элементы амнестической  дезориентировки, ослабление контроля функции тазовых органов (непроизвольное мочеиспускание); возможны эпилептические припадки.

У некоторых больных на III стадии алкоголизма вместе с падением толерантности к спиртному снижается и патологическое влечение к алкоголю, который, утратив эйфоризирующий эффект, становится лишь средством смягчения абстинентных расстройств. Поэтому после преодоления этих расстройств возможны стойкие спонтанные ремиссии заболевания.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Назовите стадии развития хронического алкоголизма и их симптомы.
2. Перечислите основные признаки наркоманического синдрома
3. Чем характеризуется изменение толерантности
4. Чем проявляется изменение формы употребления этанола
5. Алкогольный абстинентный синдром (ААС)
6. Чем характеризуется клиническая картина 1 стадии алкоголизма?
7. Чем характеризуется клиническая картина 2 стадии алкоголизма?
8. Чем характеризуется клиническая картина 3 стадии алкоголизма?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6

1. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРНО

1) рост толерантности к алкоголю

2) интолерантность

3) «плато толерантности»

4) пиромания

5) синдром отмены

2. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ II СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) утрата количественного контроля

2) алкогольный абстинентный синдром

3) рост толерантности к алкоголю

4) алкогольная деградация личности

5) развитие алкогольного психоза

3. ДЛЯ КОНЕЧНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) перманентный характер пьянства

2) эксцессивный характер пьянства

3) запойный характер пьянства

4) псевдозапои

5) дипсомания

4. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРНО

1) преходящая астения

2) соматические осложнения алкоголизма

3) тяжелые соматические заболевания

4) развитие алкогольных психозов

5) длительные псевдозапои

5. ПОХМЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

1) на первой стадии

2) на переходной от первой во вторую стадию

3) на второй стадии

4) на переходной от второй к третьей

5) на третьей стадии

6. ДЛЯ КОНЕЧНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРНО

1) рост толерантности к алкоголю

2) постепенное снижение толерантности к алкоголю

3) интолерантность

4) «плато толерантности»

5) характерных признаков нет

7. ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРНЫ

1) истинные запои

2) утрата ситуационного контроля

3) утрата количественного контроля

4) повышение толерантности к алкоголю

5) сформированный синдром отмены

8. ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРНЫ

1) истинные запои

2) «плато толерантности»

3) утрата количественного контроля

4) повышение толерантности к алкоголю

5) отсутствие синдрома отмены

9. ЗАТЯЖНЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) первой стадии

2) второй стадии

3) третьей стадии

4) эпизодического употребления

5) употребления с вредными последствиями

10. ОСТРЫЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) первой стадии

2) второй стадии

3) третьей стадии

4) четвертой стадии

5) эпизодического употребления

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациенту 45 лет. Около 18 лет злоупотребляет алкоголем, в течение недели находился в запое. Прекратил алкоголизацию в связи с нарастанием интоксикации. Через сутки после последнего приема спиртного у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием, последующим глубоким сном. После оказания первой помощи припадки не повторялись.

1. С чем связано развитие судорожного припадка?
2. Поставьте диагноз.
3. Какова первая помощь при таком состоянии?
4. Показано ли назначение длительной противосудорожной терапии?
5. Каковы рекомендации данному пациенту?

**Эталон ответа**

1. Развитие судорожного припадка связано с синдромом отмены алкоголя.

2. Средняя стадия алкогольной зависимости, абстинентное состояние с судорожными припадками.

3. В/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

4. Не показано.

5. Лечение и наблюдение у нарколога.

**Задача №2**

Пациент 45 лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, в течение двух недель находился в запое, последние двое суток не употреблял алкоголь из-за отсутствия денег. Осмотрен врачом скорой психиатрической помощи в связи с неадекватным поведением. Со слов соседей по коммунальной квартире, разговаривал без собеседника в комнате, стучал по стене и громко нецензурно бранился. При осмотре пациент контактен, правильно ориентирован, заявляет, что слышит через стену, как соседи по квартире сговариваются убить его для того, чтобы завладеть его комнатой. В ходе беседы с врачом указывает на стену и говорит – «ну вот, они опять начали».

1. Назовите синдром.

2. Поставьте диагноз.

3. Укажите стадию алкогольной зависимости.

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5. Какова лечебная тактика?

**Эталон ответа к задаче**

1. Галлюцинаторный синдром.

2. Острый алкогольный галлюциноз.

3. Средняя (2-ая) стадия алкогольной зависимости.

4. Многолетнее злоупотребление алкоголем, двухнедельный запой, развитие алкогольного психоза.

5. Инфузионная терапия; дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; нейролептики.

**Задача №3**

Пациент 40 лет, злоупотребляющий алкоголем, прооперирован по поводу прободной язвы желудка на фоне 4-х дневного употребления спиртного. После выхода из наркоза в отделении реанимации пациент ведет себя очень тревожно, суетливо. «Ловит» в складках белья несуществующих насекомых, «вытягивает» что-то изо рта. При беседе оказалось, что пациент дезориентирован в месте и времени, но правильно называет свое имя и возраст.

1. Назовите синдром.
2. Поставьте диагноз.
3. Что явилось обстоятельством, отягчающим течение алкогольного делирия?
4. Какова терапевтическая тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Делириозный синдром (мусситирующий делирий).

2. Синдром отмены алкоголя с мусситирующим делирием.

3. Прободная язва желудка, операция под общим наркозом.

4. Инфузионная терапия; дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; глюкокортикоиды.

5. Неблагоприятный – возможен летальный исход или инвалидизация вследствие дальнейшего катастрофического течения алкоголизма.

**Задача №4**

В наркологический диспансер обратилась гражданка З. с жалобами на неадекватное поведение мужа. Муж в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, запои бывают по 5-7 дней, выпивает до 1,5 литров водки, на следующий день чувствует себя очень плохо. Состояние улучшается после приема небольшого количества алкоголя. Плохо спит, стал грубым, раздражительным, подозрительным, ревнивым, роется во всех вещах, проверяет записную книжку. Считает, что у нее есть любовник. Летом неожиданно приехал из отпуска, дома устроил обыск, был очень возбужден, угрожал расправой. Последние дни мрачен, ночью не спит, ходит из угла в угол, много курит. Накануне заявил жене, что он «все знает и скоро положит этому конец».

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.

2. Какая стадия алкогольной зависимости у пациента?

3. Обоснуйте ответ на 2 вопрос.

4. Какова терапевтическая тактика?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Алкогольный бред ревности.

2. Средняя (2-ая) стадия алкогольной зависимости.

3. Многолетнее злоупотребление алкоголем, истинные запои, высокая толерантность, сформированный абстинентный синдром, изменившийся характер опьянения.

4. Психофармакотерапия – назначение типичных нейролептиков и атипичных антипсихотиков.

5. Неблагоприятный – алкогольный бред ревности практически не поддается купированию.

**Задача №5**

Больной 53-х лет, в течение многих лет злоупотребляющий алкоголем (отмечаются запои каждые 1-2 месяца, между запоями употребляет пиво, по утрам выпивает «для улучшения состояния»), поступил в стационар после судорожного припадка, развившегося в абстиненции. При осмотре дезориентирован во времени, не может сказать, где он находится, сколько дней провел в больнице. В дальнейшем в течение месяца состояние остается без динамики, происходящие события в памяти не удерживаются, при этом может точно и подробно рассказать о событиях давнего прошлого. Сообщает неверные, временами нелепые сведения о том, что происходило с момента госпитализации. В неврологическом статусе – атрофия мышц нижних конечностей, нарушение чувствительности, ослабление сухожильных рефлексов.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Назовите синдром.
3. Установите диагноз заболевания.
4. Каково возможное течение заболевания?
5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Дезориентировка, фиксационная и прогрессирующая амнезия, конфабуляции и псевдореминисценции, полинейропатия.

2. Корсаковский психоз.

3. Хроническая алкогольная энцефалопатия.

4. Возможно регредиентное течение.

5. Инфузионная терапия; дегидратационная терапия; транквилизаторы; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; глюкокортикоиды.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при обследовании пациента основные симптомы разных стадий хронического алкоголизма.
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические отличия выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Эмоциональная патология в клинической картине алкоголизма.
2. Сочетание алкоголизма с другими психическими заболеваниями.
3. Возрастные особенности алкоголизма.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.6.95. **Тема:** «Алкогольные (металкогольные) психозы».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям психозов, связанных с злоупотреблением алкоголя, является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических и наркологических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики и оказания помощи при основных вариантах психотических расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголя.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные клинические проявления различных вариантов металкогльных психозов.

Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств, развивающихся на фоне употребления алкоголя.

Владеть: методами выявления и оценки клинических особенностей металкогольных психозов.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических особенностей металкогольных психозов. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике клинических вариантов металкогольных психозов.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Критические состояния в психиатрии и наркологии».  - Беседа с больным, выявление показаний к назначению фармакотерапии с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Металкогольные психозы**

*Металкогольные психозы* — *острые, затяжные и хронические нарушения психической деятельности в форме экзогенных, эндоформных и психоорганических расстройств у больных алкоголизмом .*Эти психозы возникают преимущественно во II и III стадии алкоголизма.

Термин «алкогольные психозы» отражает прежние взгляды на природу психозов при алкоголизме, когда их причиной считалось непосредственное воздействие алкоголя на мозг. Позднее было установлено, что психозы развиваются преимущественно в тех случаях, когда в результате длительной интоксикации поражаются внутренние органы и нарушается обмен. Такие психозы стали называть металкогольными. Часто развитию психозов предшествуют дополнительные соматические и психические вредности. Наиболее распространенная группа металкогольных психозов - делирии и галлюцинозы. Как правило, они возникают не на высоте запоев, т.е. в период наибольшей интоксикации алкоголем, а вслед за ними, когда алкоголь в крови отсутствует, или его содержание резко снижается [Victor M., Adams R.]. Многие авторы, однако, продолжают по традиции применять термин «алкогольные психозы». У лиц с хроническим алкоголизмом металкогольные психозы, по данным ВОЗ, возникают в 10 % случаев.

Клинически выделяют *острые металкогольные психозы* - делирии, галлюцинозы, бредовые психозы и *энцефалопатии.* Наряду с ними часто встречаются психозы, в структуре которых сосуществуют или последовательно сменяют друг друга разные синдромальные состояния. В этом случае они выступают не в качестве самостоятельных болезненных форм, а лишь в роли последовательных этапов единого патологического процесса.

Острые металкогольные психозы

*Делирий*

Делирий (белая горячка, delirium tremens) - самая частая форма, составляющая 1/4 и более всех металкогольных психозов. В типичных случаях и в развернутой стадии белая горячка характеризуется *нарушением ориентировки* во времени, месте и окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности; *нарушениями восприятия* в форме главным образом зрительных галлюцинаций, а также в виде слуховых, тактильных, термических и обонятельных галлюцинаций; *бредовыми идеями* (преследования, супружеской неверности или иного содержания), которые отличаются конкретностью, образностью и эмоциональной насыщенностью; *изменениями аффекта,* который крайне изменчив и включает попеременно страх, недоумение, юмор, нередко смешанный аффект - «боязливая веселость» [Жислин С.Г.]; *двигательным возбуждением* с преобладанием суетливости,  стремления прятаться, бежать, что-то с себя стряхивать, иногда с агрессией; *соматовегетативными* и *неврологическими расстройствами* (общий тремор, напоминающий озноб, гиперрефлексия, атаксия, бессонница, потливость, тахикардия, субфебрильная температура, гиперемия лица и др.); *частичной («островчатой») амнезией* периода психотических расстройств (лучше сохраняются воспоминания о галлюцинаторных переживаниях).  В 5 % случаев за время делирия возникают судорожные припадки.

Обычно делирий развивается после 5 лет течения хронического алкоголизма [Жислин С.Г.]. Белая горячка в 64% случаев развивается в возрасте 40-50 лет, в 22 % случаев - до 40 лет и в 14 % случаев – старше 60 лет [Salum J.].

Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой, последующие возникают и после непродолжительных периодов пьянства. В продроме, продолжающемся дни, недели и даже месяцы, преобладают расстройства сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями и вегетативные симптомы, а днем - астенические явления и изменчивый аффект в форме пугливости и тревоги. У женщин постоянно выявляются депрессивные расстройства. Продромальный период может отсутствовать. Делирий развивается чаще всего (в 89 % случаев) через 2-4 дня после прекращения пьянства, на фоне выраженных похмельных расстройств или при обратном их развитии [Victor M., Adams R.]. В 10-19 %случаев [Стрельчук И.В., Salum J.] развитию делирия предшествуют единичные или множественные судорожные припадки, возможны эпизоды вербальных иллюзий или образного бреда.

Начало делирия часто совпадает с развитием острого соматического заболевания, травмами, хирургическими вмешательствами. Делирий начинается с появляющихся к вечеру и усиливающихся ночью наплывов образных представлений и воспоминаний; нередки зрительные иллюзии, в ряде случаев лишенные объемности зрительные галлюцинации  - «кино на стенке» с сохранностью критического отношения к ним [Жислин С.Г.], преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени. Мимика и движения оживлены, внимание легко отвлекается, настроение изменчиво, с быстрой сменой противоположных аффектов. Последней группе расстройств С.Г.Жислин придает наибольшее значение при отграничении похмельного (абстинентного) синдрома с выраженными психическими компонентами от инициальных делириозных расстройств. Для похмельного состояния в отличие от делириозного типичен однообразный подавленно-тревожный аффект. В развернутой стадии делирия появляется полная бессонница, иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями, возникают истинные зрительные галлюцинации. Преобладают множественные и подвижные микропсические галлюцинации - насекомые, мелкие животные, змеи, а также нити, проволока, паутина; реже больные видят крупных, в том числе фантастических животных, людей, человекоподобных существ - «блуждающих мертвецов» [Schule H.]. Зрительные галлюцинации приближаются, удаляются, меняются в размерах, на глазах больного претерпевают превращения. Они, то единичны, то множественны, иногда бывают сценоподобными и, отражая определенные ситуации (застолье, зрелища, эротические сцены), могут калейдоскопически сменять друг друга.

При углублении делирия появляются слуховые и среди них вербальные, а также обонятельные, термические и тактильные галлюцинации, в том числе локализующиеся в полости рта. Часты расстройства схемы тела, ощущения изменения положения тела в пространстве - все качается, вращается, падает. Поведение, аффект и тематика бредовых высказываний соответствуют содержанию галлюцинаций. Речь состоит из немногочисленных, отрывочных, коротких фраз или слов. Внимание сверхотвлекаемо. На все происходящее вокруг больные реагируют отдельными репликами, поведением, мимикой. Больные повышенно внушаемы. Типично быстрое изменение интенсивности психопатологических проявлений делирия, особенно под влиянием внешних раздражителей (беседа с врачом и т.п.). Периодически и ненадолго спонтанно ослабевают и даже почти полностью исчезают симптомы психоза - возникают так называемые люцидные промежутки. Психоз усиливается к вечеру и ночью. Болезнь обычно бывает кратковременной.

Даже без лечения симптомы делирия исчезают в течение 3-5 дней. Иногда психоз затягивается на1 -1,5 нед. По данным J.Salum , длительность белой горячки в 75 %случаев составляет около 3 дней и лишь в 5 % случаев - более недели. Чаще всего выздоровление наступает критически - после глубокого продолжительного сна, значительно реже -постепенно (литически) или симптомы редуцируются волнообразно, с чередованием ослабления и возобновления, но уже в менее выраженном виде.

Литическое окончание психоза чаще бывает у женщин. В 90 % случаев делирий протекает непрерывно, в 10 %отмечается до 2-3 делириозных приступов, разделенных «светлыми» промежутками продолжительностью около суток [Salum J.].  Делирий нередко сменяется различными промежуточными синдромами. Они более часты при литическом окончании психоза. У мужчин обычно бывают астенические, легкие гипоманиакальные и резидуально-бредовые расстройства, у женщин преобладают состояния депрессии. В крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ, повышенное содержание холестерина и билирубина.

**Основные варианты делирия.** Гипнагогический делирий ограничивается многочисленными, яркими, в ряде случаев сценоподобными сновидениями или зрительными галлюцинациями при засыпании и закрывании глаз. Сопровождается нерезким страхом, реже аффектом удивления и соматовегетативными симптомами. В ряде случаев при возникновении галлюцинаций больные переносятся в иную, созданную этими расстройствами обстановку. При открывании глаз или пробуждении критическое отношение к болезненным симптомам и ориентировка иногда восстанавливаются не сразу, и в соответствии с этим нарушается поведение больных. Гипнагогический делирий длится 1-2 ночи и может смениться иными делириозными картинами или формами острых металкогольных психозов.

Гипнагогический делирий фантастического содержания называют гипнагогическим ониризмом. Отличается фантастическим содержанием обильных чувственно-ярких зрительных галлюцинаций, сценоподобностью галлюцинаторных расстройств с последовательной сменой одной ситуации другой [Снежневский А.В.].

Делирий без делирия [Dollken A.] во многом соответствует описанному J.Salum  синдрому дрожания. Возникает остро. Преобладает суетливое возбуждение с выраженным тремором и потливостью. Сенсорные и бредовые расстройства отсутствуют или рудиментарны. Бывает преходящая дезориентировка в окружающем. Делирий длится 1-3 дня. Возможен переход в развернутые делириозные состояния.

Абортивный делирий определяется развитием необильных, а в ряде случаев единичных зрительных иллюзий и микропсических галлюцинаций, не создающих впечатления определенных, а тем более законченных ситуаций, как при развернутых формах делирия. Встречаются акоазмы и фонемы. Преобладает однообразный аффект тревоги или страха [Стрельчук И.В.]. Рудиментарные бредовые расстройства (недоверие, подозрительность, опасения) в некоторых случаях сопровождаются бредовой защитой. Возникает непродолжительное двигательное возбуждение. Ориентировка во времени может быть нарушена. Продолжительность не превышает 1 сут.

Систематизированный делирий. Преобладают множественные, сценоподобные (с последовательно развивающимся сюжетом или в виде отдельных ситуаций) зрительные галлюцинации. Их содержание определяется преимущественно разнообразными сценами преследования, нередко авантюрными, с бегством или погоней, при которых меняются маршруты, виды транспорта, укрытия. Преобладает выраженный аффект страха.

Делирий с выраженными вербальными галлюцинациями. Наряду с интенсивными зрительными, тактильными, термическими галлюцинациями, расстройствами схемы тела, зрительными иллюзиями постоянно присутствуют вербальные галлюцинации. Они то отступают на второй план, то резко усиливаются, в связи с чем можно говорить о развитии в структуре делирия вербального галлюциноза. Как зрительные, так и особенно вербальные галлюцинаторные расстройства имеют устрашающее или угрожающее жизни больного содержание. В бредовых высказываниях преобладают идеи физического уничтожения. Несмотря на сравнительно малый размах бреда, бредовые высказывания могут быть достаточно разработаны в отдельных деталях, из-за чего создается впечатление систематизированного бреда. Однако в отличие от него, всегда имеющего систему доказательств, бредовые высказывания не подкрепляются аргументами. Кроме того, в подобных случаях всегда можно выявить отчетливые симптомы образного бреда (растерянность, бредовые идеи инсценировки, симптом положительного двойника, распространяющийся на множество окружающих лиц). Аффект, особенно в начале психоза, определяется резко выраженным страхом или напряженной тревогой, перемежающейся приступами страха. Ориентировка в месте и времени обычно страдает мало или вовсе не нарушена, т.е.глубина помрачения сознания, несмотря на обилие продуктивных расстройств, незначительна. Выраженность вегетативных и неврологических расстройств чаще умеренная и даже незначительная. Длительность психоза колеблется от нескольких дней до нескольких недель. В последнем случае болезненные расстройства исчезают литически.

**Атипичные формы делирия.** Симптомы, характерные для белой горячки определяются фантастическим содержанием - онейроидным помрачением сознания или сочетаются с психическими автоматизмами [Воронцова Г.С., Гофман А.Г.].

Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид), как правило, отмечается при повторных алкогольных психозах. Ему предшествуют иные по структуре делириозные состояния [Снежневский А.В., Шнейдер В.Г., Гофман А.Г., Стрельчук И.В.]. В развитии психоза происходит последовательная смена расстройств. В инициальном периоде преобладают множественные фотопсии или элементарные зрительные галлюцинации (пыль, дым, волосы, паутина, кольца, спирали, нити, часто блестящие или сверкающие),а также акоазмы. Реже психоз начинается с обычного или фантастического гипнагогического делирия. Днем возникают эпизоды образного бреда. Состояние измененного сознания, как и при типичном делирии, сопровождается изменчивым аффектом с преобладанием страха, двигательным возбуждением, периодическими люцидными промежутками. Через 2-3 дня ночью происходит отчетливое усложнение клинической картины: возникают сценоподобные зрительные и вербальные слуховые галлюцинации, элементы образного бреда, сопровождающиеся бредовой ориентировкой и симптомом положительного двойника (окружающие лица воспринимаются как родственники, знакомые или сослуживцы), интенсивное двигательное возбуждение со сложными координированными действиями. Через 1-2 дня на фоне усиливающегося и становящегося все более беспорядочным двигательного возбуждения периодически возникают эпизоды обездвиженности с сонливостью или выраженная обездвиженность возникает остро. В состоянии заторможенности больные отвечают на вопросы лаконично, после неоднократного повторения вопроса. Выявляется ложная ориентировка в месте и времени при сохранности сознания своего Я. Отдельные высказывания свидетельствуют о бредовых расстройствах фантастического содержания.

Характерна мимика больных: туповато-застывшее выражение лица сменяется испуганным, удивленным, озабоченным. Больные пытаются встать, куда-то стремятся идти, но обычно легко поддаются уговорам или небольшому принуждению. Чаще психоз через несколько суток оканчивается критически глубоким сном, реже продолжается неделю и более. О его содержании, в том числе и в период заторможенности, больные сообщают достаточно подробные сведения и сразу после психоза, и спустя различные сроки. Больные рассказывают о сменявшихся без какой-либо последовательности и связи фантастических и обыденных сценах. Картины концентрационных лагерей, пыток, сражений с участием различных родов войск, необыкновенные приключения в различных частях света вплоть до космических полетов и мировых катаклизмов перемежаются картинами семейных и служебных торжеств, гуляний, собраний или сцен, касающихся профессиональной деятельности. При закрытых глазах больные становятся участниками перечисленных событий, объектами пыток и разнообразных экспериментов, ощущают то жжение, жар, холод, боль, тяжесть, давление, то относительно приятные воздействия, которые больные нередко связывают с лучами, током, ультразвуком и др. Всегда имеется ощущение быстрого перемещения в пространстве. При открытых глазах больные уже непосредственно не участвуют в развертывающихся событиях, а пассивно наблюдают за ними.

Несмотря на необычность происходящего или переживание прямой угрозы жизни, бывший в начале психоза аффект страха резко уменьшается. Начинают преобладать удивление, любопытство, даже безразличие. Больной ощущает, что время значительно удлиняется. Продолжительность онейроидного помрачения сознания колеблется от нескольких часов до 2-3 сут. Описаны психозы, длившиеся до 1 нед. Исчезновение болезненных расстройств обычно критическое, после глубокого сна. Может сохраняться резидуальный бред.

Делирий с онирическими расстройствами (алкогольный ониризм). Указания на эту форму можно встретить у E.Bleuler , А.В.Снежневского , В.Г.Шнейдера. Наиболее полно такой делирий описан М.Г.Гулямовым, И.Р.Хасановым. От фантастического делирия он отличается преобладанием с самого начала чувственно-ярких галлюцинаций, симптомов субступора или ступора, значительно меньшим иллюзорно-бредовым компонентом психоза и выраженностью сценоподобного зрительного псевдогаллюциноза.

Делирий с психическими автоматизмами. Психические автоматизмы возникают при усложнении типичного или на высоте систематизированного делирия при сочетании делирия с выраженными вербальными галлюцинациями или при делириозно-онейроидных состояниях [Воронцова ГС, Шнейдер В.Г., Стрельчук И.В., Шапкин Ю.А.]. Во всех случаях психические автоматизмы при делирии транзиторны, они исчезают до того, как начинают редуцироваться симптомы, на фоне которых они появились. Могут возникать все основные варианты психического автоматизма - идеаторный, сенсорный, моторный, но никогда не встречаются все три одновременно. Чаще всего отмечаются идеаторные психические автоматизмы. Иногда бывают сразу два варианта - идеаторный и сенсорный или сенсорный и моторный. Из идеаторных автоматизмов чаще встречаются проецируемые вовне зрительные псевдогаллюцинации. Иногда зрительные псевдогаллюцинации сопровождаются ощущением сделанности - «показывают, как в кино», иногда больные говорят о воздействии определенной аппаратуры. Зрительные псевдогаллюцинации могут сосуществовать с истинными или перемежаться с ними.

 Из других ассоциативных автоматизмов чаще всего возникает чувство овладения и открытости. Сенсорные автоматизмы могут представлять собой интерпретацию реальных патологических ощущений, связанных с вегетативными и неврологическими (полинейропатии) расстройствами, которые больные истолковывают как специально вызванные. При углублении симптомов психоза, в частности, при появлении онейроидных расстройств патологические ощущения связываются с воздействием лучей, волн, гипноза, но без объяснений и уточнения их происхождения и целей применения (т.е. без бредовой разработки).

 Моторный автоматизм возникает на фоне онейроидного помрачения сознания и проявляется, прежде всего предметными ощущениями превращений, происходящих с организмом больного или его частями (исчезают или изменяются конечности, внутренние органы и т.п.). Больные объясняют их вмешательствами посредством конкретных предметов (например, пилой) или внешним воздействием (лучами и др.). При этом больные не только ощущают воздействие, но и видят его результаты. Одновременно физическому воздействию и превращению подвергаются и окружающие одушевленные и неодушевленные предметы, т.е. расстройства, напоминающие моторный автоматизм, возникают не только при сновидном помрачении сознания, но и при одновременном развитии бреда метаморфозы [Шапкин Ю.А.]. Интенсивность психических автоматизмов сильно колеблется. Психоз длится 1-2 нед.

Пролонгированный (хронический) делирий. При замедленном обратном развитии некоторых форм делирия (систематизированный делирий, делирий с преобладанием выраженных **вариабельных** галлюцинаций, делирий с онейроидными расстройствами или с психическими автоматизмами) в течение недель, а изредка и месяцев могут оставаться симптомы гипнагогического делирия. Наряду со зрительными при нем возможны тактильные и значительно более редкие и менее интенсивные слуховые галлюцинации - акоазмы и фонемы. Бредовые расстройства ограничиваются легкой диффузной параноидностью, ааффективные - неглубокой тревогой и значительно реже преходящим и маловыраженным страхом.

Поведение в этот период существенно не меняется. Все виды ориентировки сохраняются. Днем преобладает понижено-слезливое или пониженно-дисфорическое настроение в сочетании с симптомами астении. К возникающим по ночам психическим расстройствам больные относятся критически.

Делирий с профессиональным бредом (профессиональный делирий, делирий с бредом занятий). Психоз может начаться как типичный делирий с последующей трансформацией клинической картины. Интенсивность галлюцинаторно-иллюзорных и аффективных расстройств значительно уменьшается, ослабевает или исчезает образный бред преследования. Одновременно видоизменяется возбуждение, в котором становится все меньше и меньше действий, связанных с защитой, бегством, т.е. действий, при которых требуются ловкость, сила, значительное пространство, сопровождаемых реакциями панического страха. Типично преобладание относительно простых, происходящих на ограниченном пространстве двигательных актов стереотипного содержания, отражающих отдельные бытовые действия - одевание и раздевание, собирание или раскладывание постельного белья, счет денег, зажигание спичек, отдельные движения во время выпивок и т.д., реже наблюдаются поступки, отражающие какой-то эпизод, связанный с профессиональной деятельностью. Характерно сокращение, а затем и полное исчезновение люцидных промежутков или они отсутствуют с самого начала психоза.

В других случаях уже в начале делирия обращают на себя внимание бедность сенсорных расстройств (они статичны, немногочисленны, без сценоподобных галлюцинаций), монотонность аффекта, в котором преобладает тревога. При этом соматоневрологические расстройства и двигательное возбуждение достаточно интенсивны. Отвлекаемость внешними раздражителями в этом состоянии явно ослабевает и может исчезнуть совсем. Обычно это молчаливое возбуждение или возбуждение с очень немногими спонтанными репликами. Речевой контакт с больными затруднен, хотя получить односложные ответы иногда можно. В начальном периоде делирия с профессиональным бредом, как правило, существуют множественные, изменчивые ложные узнавания окружающих лиц и постоянно меняющаяся ложная ориентировка в обстановке. Содержание обоих симптомов обыденное - родственники, сослуживцы, собутыльники, действительно бывшие или возможные ситуации. Сознание своего «Я» сохранено всегда. При утяжелении состояния ложные узнавания исчезают, движения становятся более автоматизированными и простыми, контакт с больным невозможен.

Об утяжелении состояния свидетельствует появление симптомов оглушения днем. Психоз сопровождается полной амнезией, реже сохраняются отрывочные воспоминания. При утяжелении состояния профессиональный делирий может смениться мусситирующим.

Делирий с бормотанием (мусситирующий, «бормочущий» делирий), как правило, сменяет другие делириозные синдромы, чаще всего делириозный синдром с профессиональным бредом и типичный делириозный синдром при аутохтонном неблагоприятном течении или осложнении интеркуррентными заболеваниями; нередко возникает при алкогольной энцефалопатии типа Гайе — Вернике.

Делирий характеризуется сочетанием глубокого помрачения сознания и особых двигательных и речевых нарушений с выраженными неврологическими и соматическими симптомами. Больные совершенно не реагируют на окружающее, словесное общение с ними невозможно. Двигательное возбуждение происходит на крайне ограниченном пространстве - «в пределах постели» (ощупывание, разглаживание, хватание, стягивание или, напротив, натягивание одеяла или простыни, так называемое обирание - карфология, перебирание пальцев), т.е. проявляется рудиментарными движениями без простейших цельных двигательных актов. В связи с этим возбуждение имеет отчетливый «неврологический» вид. Такое определение двигательного возбуждения оправдывается его нередким сочетанием с миоклоническими подергиваниями различных мышечных групп и хореоформными гиперкинезами, которые могут возникать и изолированно, без симптомов «обирания».

Речевое возбуждение представляет собой набор то одних и тех же, то различных слогов, междометий, отдельных звуков, изредка коротких слов, произносимых тихим, лишенным модуляций голосом. Временами и двигательное, и речевое возбуждение исчезает. Из неврологических расстройств наиболее важными являются симптомы орального автоматизма и глазодвигательные нарушения в форме страбизма, нистагма, птоза, из соматических - гипертермия, выраженная гипотензия, гипергидроз, симптомы обезвоживания. При утяжелении состояния делирий с бормотанием сменяется тяжелым оглушением. По выздоровлении полностью амнезируется весь период болезни.

По данным различных авторов, смертельный исход при алкогольном делирии наступает в 2—5 % случаев. В анамнезе больных с тяжелыми, в том числе и заканчивающимися смертью, делириями отмечены высокая толерантность к алкоголю, редкость предшествующих психозов, тяжелый и длительный запой накануне психоза [Salum J.]. Другие авторы [Смирнова И.Н., Ружанский М.И., Ураков И.Г.], напротив, почти в 30 % наблюдений отметили в анамнезе больных делирии, в том числе тяжелые. Тяжелому делирию часто предшествуют выраженные диспепсические расстройства, в частности многократная рвота.

Указывают на большую, чем обычно, частоту эпилептических припадков (у 41 % больных), особенно перед началом психоза, а также при его развитии [Salum J.]. К клинической картине таких делириев быстро присоединяются симптомы оглушения и массивные вегетативно-неврологические расстройства. Постоянна гипертермия, достигающая 40—42 °С.  У 72 % больных J.Salum отмечала частые подкожные гематомы, а у 84 % - значительное увеличение печени.

***Галлюцинозы***

Галлюцинозы, по данным разных авторов, вторая по частоте группа металкогольных психозов после делирия. Галлюцинозы встречаются от 5,6 [Качаев А.К.] до 28,8% [Хохлов Л.К., Сырейщиков В.В.] всех случаев психических заболеваний, связанных с хроническим алкоголизмом.

Средний возраст заболевших 40 - 43 года [Wyss R., Achte К. et al.]. Чаще галлюцинозы возникают на 10 -11-м году (но не ранее чем через 7-8 лет) после сформирования алкоголизма [Качаев А.К.] и больше поражают женщин [Соколова Е.П.]. По течению выделяют 3 основные формы галлюциноза - острый, протрагированный и хронический.

**Острый галлюциноз (галлюцинаторное помешательство пьяниц, алкогольный галлюцинаторный бред). В** большинстве случаев галлюциноз развивается на фоне похмельных расстройств, сопровождаемых тревогой, параноидной настроенностью и вегетативно-соматическими симптомами, а у женщин также на фоне депрессии. Изредка галлюциноз возникает в последние дни запоя. Отличительная черта галлюциноза - сохранность как аутопсихической, так и аллопсихической ориентировки. Галлюцинации появляются, как правило, к вечеру или ночью, в том числе и при засыпании. В начале эпизодически возникают акоазмы и фонемы, а затем вербальные галлюцинации. Они имеют сначала нейтральное для больного содержание. Критическое отношение к галлюцинациям отсутствует. Часто больные стараются найти место, откуда раздается слышимое. В ряде случаев слуховые галлюцинации появляются в форме нескольких разделенных светлыми промежутками коротких приступов. В дебюте галлюциноза  возможны фрагменты делириозных расстройств.

В последующем на фоне тревоги, страха, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, исходящие от одного, двух или множества людей, - «голоса», «хор голосов». Они ругают, оскорбляют, угрожают жестокой расправой, обвиняют, с издевкой обсуждают настоящие и прошлые действия больного. Могут присоединиться защищающие голоса, между «говорящими» возникают споры, касающиеся больного. Содержание словесных галлюцинаций изменчиво, но всегда свя-

зано с реальными обстоятельствами прошлой жизни и настоящего времени. Обсуждение пьянства и его последствий - одна из наиболее постоянных тем. Голоса то говорят о больном между собой, то непосредственно обращаются к нему, делая соучастником развертывающихся ситуаций. Интенсивность вербальных галлюцинаций может меняться -  нарастать до крика, ослабевать до шепота. При усилении галлюциноза возникают непрерывные, множественные, исходящие от различных лиц словесные галлюцинации -поливокальный галлюциноз в виде последовательно сменяющих друг друга сцен, связанных единством темы. Например, больной слышит происходящий над ним суд с участием прокурора, свидетелей, адвоката, потерпевших, споры сторон, вынесенный ему приговор.

Чувственность и наглядность вербальных галлюцинаций, а также их пересказ больными создают впечатление, что больные все это видят, а не слышат. По этой причине нередко подобные состояния считают делириозными. При наплыве галлюцинаторных расстройств появляются непродолжительная заторможенность и отрешенность - признаки галлюцинаторного субступора или ступора.

Уже в начальном периоде психоза возникают бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения, обвинения и др.), содержание которых тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций - так называемый галлюцинаторный бред. Обычно больные говорят о преследовании «бандой», руководимой конкретными лицами - соседями, сослуживцами, родственниками, женой, знакомыми. Множество конкретных деталей, четкое указание на преследование, знание конкретных мотивов и целей преследования, большое число точных фактов создают впечатление систематизированного бреда. Однако при этом почти полностью отсутствуют бредовые доказательства, чего не бывает в тех случаях, когда бред действительно систематизирован.

Обилие конкретных деталей лишь отражает содержание галлюциноза. Против систематизации бреда говорит и «разлитая»диффузная параноидная установка: больной видит «опасность во всем» [Жислин С.Г.]. Аффект на высоте галлюциноза определяется тревогой, отчаянием, резко выраженным страхом. Вначале преобладает двигательное возбуждение. Часто оно сопровождается отчаянной самообороной, обращением в милицию или прокуратуру; в ряде случаев совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки. Вскоре, однако, поведение становится до известной степени упорядоченным, что маскирует психоз, создает ложное и опасное представление об улучшении состояния.

Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Редукция психических расстройств происходит критически, после глубокого сна, или постепенно. При постепенном выходе из психоза сначала уменьшается звучность вербальных галлюцинаций, а днем они исчезают совсем. Одновременно или несколько  позже снижается интенсивность аффективных расстройств, блекнут бредовые высказывания. Ко времени полного исчезновения вербальных галлюцинаций появляется критическое отношение к перенесенному психозу. Длительность острого галлюциноза колеблется от нескольких дней до 1 мес. Описанную картину часто называют типичной, или классической.

Возможны и другие разновидности острого галлюциноза.

К отдельным вариантам острого галлюциноза относится *острый гипнагогический вербальный галлюциноз.* При засыпании появляются акоазмы или относительно простые по форме и нейтральные по содержанию вербальные галлюцинации - отдельные слова, отрывочные фразы, пение и т.д. После пробуждения галлюцинаторные расстройства исчезают. Преобладает пониженно-тревожное настроение. Продолжительность психоза не превышает нескольких суток. Психоз может смениться развернутыми галлюцинаторными состояниями различной структуры. Выделяются также *острый абортивный галлюциноз, острый галлюциноз с выраженным бредом, острый галлюциноз,сочетающийся с делирием.*

Атипичные галлюцинозы определяются сочетанием галлюциноза с онейроидным помрачением сознания, выраженной депрессией, психическими автоматизмами, а также протрагированным галлюцинозом. Наиболее структурно завершенными являются два последних варианта.

*Острый галлюциноз с психическими автоматизмами.* Чаще всего отмечаются идеаторные психические автоматизмы. Сначала появляется ощущение открытости и так называемое опережение мысли: больные говорят о том, что «голоса» узнают их мысли и могут подсказать им то, о чем они только что собирались подумать сами; симптом «эхо-мысли» - повторение окружающими вслух того, о чем думают больные, обычно не возникает. Усиление интенсивности психических автоматизмов сопровождается появлением «мысленных голосов», реже «голосов», локализующихся в различных частях тела, т.е. слуховых псевдогаллюцинаций. «Мысленные голоса» могут достигать интенсивности  псевдогаллюциноза. В дальнейшем возможны насильственно возникающие мысли, в том числе в форме ментизма и реже в виде симптома «разматывания воспоминаний», т.е. развивается феномен воздействия. Одни больные только констатируют его появление, другие считают его результатом воздействия специальной аппаратуры, что позволяет говорить уже о появлении бреда воздействия.

 Значительно реже встречаются сенсорные автоматизмы. Чаще всего больные говорят о неприятных ощущениях, вызываемых, как и в случаях идеаторных автоматизмов, «лучами и волнами». Возникновение психических автоматизмов всегда тесно связано с динамикой синдрома вербального галлюциноза. Психические автоматизмы появляются лишь тогда, когда истинный вербальный галлюциноз становится поливокальным, а в его содержании наряду с обвиняющими, угрожающими, насмешливо-дразнящими голосами возникают императивные и комментирующие галлюцинации. Психические автоматизмы всегда усиливаются и усложняются одновременно с усилением вербального галлюциноза и преимущественно в тишине или вечером и ночью. Ослабление симптомов галлюциноза сопровождается исчезновением психических автоматизмов.

Развитие в структуре галлюциноза симптомов психического автоматизма всегда сочетается с расширением содержания бредовых высказываний и появлением тенденции к их систематизации. В структуре психоза наряду с психическими автоматизмами могут возникать делириозные или онейроидные эпизоды. При обратном развитии психоза эти расстройства исчезают первыми, а симптомы галлюциноза, которые являются здесь «сквозным расстройством», - в последнюю очередь.

*Протрагированный галлюциноз.* Это психоз продолжительностью от 1 до 6 мес [Молохов А.Н., Рахальский Ю.Е., Жислин С.Г.]. Начало психоза во многом совпадает с картиной типичного острого алкогольного галлюциноза, позднее к галлюцинозу присоединяются депрессивные расстройства. С этого времени преобладает подавленность или выраженная тоска. Появляются отчетливые идеи самообвинения, которые постепенно начинают преобладать над остальными бредовыми высказываниями. Редукция психоза происходит постепенно, начинаясь с аффективных расстройств.

Реже встречаются протрагированные галлюцинозы с преобладанием бредовых идей преследования над галлюцинаторными расстройствами или же случаи, в которых на всем протяжении болезни на первом плане остается сравнительно «чистый» вербальный галлюциноз. У таких больных обычно сохраняется сознание болезни, мало меняется поведение, преобладает относительно ровное, иногда даже благодушное настроение.

**Хронические галлюцинозы** встречаются редко  -  в  4,7-5,3 %  всех случаев галлюцинозов, по данным И.В.Стрельчука, в 9 %  -  по данным А.Г.Гофмана и G.Benedetti. Длительность психоза может быть различной. Описаны случаи, продолжавшиеся до 30 лет (И.В.Стрельчук, G.Benedetti). По наблюдениям G.Benedetti, если галлюциноз не исчезает спустя 6 мес. после начала психоза, то можно быть уверенным, что заболевание в дальнейшем станет хроническим. Большинство авторов относят к хроническим галлюцинозы, продолжающиеся не менее 6 мес. А.Г.Гофман называет хроническими галлюцинозы длительностью более 1 года.

Иногда уже первый психоз принимает хроническое течение. Однако чаще в анамнезе больных можно выявить однократные, реже повторные острые психозы, в первую очередь галлюцинозы и значительно реже – делирии (А.Г.Гофман, G.Benedetti). По мнению G.Benedetti, дебют галлюциноза, который в последующем станет хроническим, существенно не отличается от случаев, заканчивающихся выздоровлением. С.Г.Жислин, И.В.Стрельчук и А.Г.Гофман придерживаются несколько иной точки зрения. Только в части случаев хронические галлюцинозы начинаются с состояний, аналогичных острым галлюцинозам. Гораздо чаще развиваются сложные состояния, в которых одновременно присутствуют симптомы делирия и галлюциноза или галлюциноз сочетается с депрессивно-параноидными расстройствами. По особенностям клинической картины и закономерностям развития выделяют3 варианта хронического галлюциноза.

Хронический вербальный галлюциноз без бреда - самая частая форма хронических вербальных галлюцинозов [Стрельчук И.В.]. Преобладают множественные, чаще почти не прекращающиеся  истинные вербальные галлюцинации, исходящие от нескольких лиц. Встречаются слуховые галлюцинации в форме диалога. Обычно содержание слышимого - обсуждения повседневных дел больного, его слов, поступков, желаний, производимые с издевкой, угрозами, приказаниями, иногда как бы нарочито противоположными по смыслу, в ряду случаев с покровительственной доброжелательностью. «Голоса» способны не оставлять больного в покое с утра до ночи, вмешиваясь буквально во все его занятия. В первые месяцы и годы больные часто вступают в разговор с мнимыми собеседниками. У них возникают реакции протеста, негодования, возмущения, проявляющиеся в спорах, брани, апелляции к окружающим. В последующем проявления аффективного резонанса в определенной мере блекнут, больные как бы привыкают, сживаются с тем, что слышат. Внешне поведение таких больных не отличается какими-либо странностями. Сохраняется способность к выполнению не только повседневных, но в ряде случаев и профессиональных обязанностей. Сознание болезни имеется всегда. Обычно можно выявить и достаточно критическое отношение к расстройствам. При возобновлении пьянства клиническая картина изменяется: увеличивается число голосов, нарастает их интенсивность, становится разнообразнее и неприятнее содержание галлюцинаций. Появляются тревога, страх, возможны симптомы галлюцинаторного бреда. Может значительно измениться поведение.

При полном воздержании от алкоголя со временем обычно происходит редукция психоза. Уменьшается число голосов, они перестают слышаться непрерывно и в ряде случаев появляются только при дополнительных внешних акустических раздражителях (рефлекторные галлюцинации). В других случаях голоса возникают при совершении больными ошибочных поступков. Содержание голосов становится более доброжелательным: они увещевают, успокаивают, дают разумные советы. Иногда появляются голоса, сообщающие о различных событиях, не касающихся самого больного. Вербальные галлюцинации могут сменяться акоазмами. Таким образом, чистые хронические галлюцинозы склонны к регредиентному течению.

Хронический вербальный галлюциноз с бредом. В развернутый период болезни синдром вербального галлюциноза сходен с наблюдаемым при чистом хроническом галлюцинозе. Однако больные убеждены,что к ним относятся недоброжелательно или даже преследуют их. Иногда эта - убежденность имеет форму предположений о порче, колдовстве, наказаниях за прошлые проступки, в основном связанные с пьянством; некоторые больные считают, что так осуществляется их лечение. Больных можно на время разубедить: они спонтанно начинают понимать болезненность таких переживаний [Стрельчук И.В. и др.]. Некоторые авторы предпочитают в таких случаях говорить о бредоподобных состояниях, причину которых отчасти связывают с чертами дебильности в преморбиде больных.

Об этом свидетельствует и то, что бредоподобные высказывания проявляются чаще всего в форме так называемого архаического бреда, т.е. бреда колдовства, порчи, одержимости. У других больных существуют более или менее систематизированные стойкие бредовые идеи преследования. Однако содержание бреда всегда тесно связано с содержанием галлюциноза, и бред, таким образом, остается по механизму возникновения галлюцинаторным. По мнению С.Г.Жислина , сложные бредовые построения, не связанные с галлюцинозом, прежде всего первичные бредовые идеи отношения и значения, малохарактерны для хронических галлюцинозов. Вне алкогольных эксцессов психоз склонен к застыванию и медленной редукции позитивных расстройств. Поведение в этих случаях не нарушено; социальная адаптация может в той или иной степени сохраняться.

При продолжающихся алкогольных эксцессах возникают периодические обострения, напоминающие картину острого галлюциноза. Однако при них менее выражен аффект страха и отсутствуют или незначительны расстройства поведения. По миновании обострений восстанавливается прежняя картина болезни, ее заметного усложнения не происходит. Психоорганические изменения проявляются снижением уровня личности. Обычно можно выявить астению.

Хронический вербальный галлюциноз с психическими автоматизмами и парафренным видоизменением бреда. Самая редкая форма хронического галлюциноза. Как и при остальных вариантах, здесь «сквозным» расстройством остаются истинные вербальные галлюцинации. Со временем в периоды обострений, возникающих спонтанно или связанных с пьянством, появляются вначале эпизодические, а в последующем достаточно стойкие симптомы психического автоматизма. Чаще всего это идеаторный автоматизм в форме слуховых псевдогаллюцинаций, симптома открытости, опережающих мыслей или ментизма. Возможны и отдельные идеи воздействия. Иногда в последующем происходит значительное изменение содержания слуховых галлюцинаций и псевдогаллюцинаций с появлением мегаломанической тематики и в соответствии с ней мегаломанического галлюцинаторного бреда. Больной в таких случаях говорит о своем новом социальном или материальном положении не в настоящем, а в будущем времени (получит «высокую должность», «квартиру», «пенсию»; станет «генералом», «министром» и т.п.). Нередко эти высказывания напоминают детские фантазии. Усложнение клинической картины психоза у таких больных обычно сочетается с медленно нарастающим органическим снижением.

Вместе с тем и на отдаленных этапах заболевания у больных остаются известное сознание болезни, доступность, апелляция к врачу, сочетающаяся с живостью моторики, склонностью к шуткам. Окончательная нозологическая трактовка подобных случаев остается в определенной мере спорной.

Возникающие при металкогольных психозах психопатологические расстройства, характерные и для шизофрении (онейроид, психические автоматизмы, парафренное изменение бреда при хроническом галлюцинозе), имеют ряд сходных черт. Во всех случаях их проявления фрагментарны, ограничиваются отдельными компонентами соответствующего синдрома, они не склонны к последовательному усложнению, оставаясь на всем протяжении психоза незавершенными. При острых формах металкогольных психозов онейроид и психические автоматизмы всегда транзиторны. Кроме того, эти расстройства никогда не становятся начальными проявлениями психоза. Они возникают или на высоте его развития (острые формы), или на последующих этапах (хронический галлюциноз) и всегда сосуществуют с развернутой симптоматикой

алкогольного психоза, а при его редукции исчезают первыми.

*Бредовые психозы (алкогольный бред).* Это третья по частоте форма. По данным K.Achte и соавт., они составляют 1 % всех металкогольных психозов. Отечественные психиатры диагностируют бредовые психозы чаще: от 4,7 %, по данным Д.К.Хохлова, В.В.Сырейщикова  до 9,5 %, по данным И.В.Стрельчука. Расхождения в частоте бредовых психозов зависят от того, что зарубежные психиатры относят к данной группе преимущественно случаи хронического бреда ревности. Среди больных преобладают мужчины. В зависимости от содержания бредовых идей выделяют алкогольный параноид и алкогольный бред ревности.

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) возникает преимущественно в период похмелья, в ряде случаев в запое. Иногда развитию психоза предшествует короткий продром с бредовой настроенностью, вербальными иллюзиями и тревогой. Обычно психоз развивается внезапно. Сразу, без каких-либо размышлений и сомнений, больными овладевает непоколебимое убеждение в том, что их немедленно физически уничтожат. Чуть ли не каждый находящийся поблизости человек принадлежит к числу врагов («шайке»). Больные напряженно следят за мимикой, жестами и действиями окружающих, вслушиваются в их слова и фразы, считая все происходящее слежкой и подготовкой к покушению.

Часто больные «видят» не только приготовления к расправе, но и орудия убийства - блеснувший нож, выглянувшее из кармана дуло пистолета, веревку, приготовленную для повешения, и т.д. «Видимое» дополняется слышимыми словами и репликами соответствующего содержания, которыми якобы обмениваются окружающие (вербальные иллюзии). В качестве преследователей выступают совершенно незнакомые люди. Иногда у больных возникает смутное предположение, что среди них находятся лица, имевшие ранее с больными какие-то отношения. С образным бредом всегда сосуществует резкий страх или напряженная тревога. Поступки обычно импульсивные, чаще больные стараются скрыться. Спасаясь бегством, они нередко с опасностью для жизни спрыгивают на ходу с транспорта, прячутся, убегают полураздетыми, несмотря на мороз или непогоду, в безлюдные места, могут в отчаянии нанести себе серьезные телесные повреждения, предпочитая умереть «более легкой смертью». В других случаях больные решаются на самооборону и сами внезапно совершают нападения. Многие в страхе прибегают в милицию или в другие органы государственной власти, прося о защите. Вечером и ночью могут возникать отдельные делириозные симптомы и вербальные галлюцинации. Острый алкогольный параноид продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

Абортивный параноид. Бредовый психоз, обычно с неразвернутой симптоматикой, продолжается от нескольких часов до 1 сут. Нередко остается резидуальный бред.

Затяжной параноид. Начальные симптомы во многом характерны для острого алкогольного параноида. В последующем аффект изменяется, в нем начинают преобладать подавленность и тревога, а страх или отсутствует, или менее выражен и возникает эпизодически. В бредовых высказываниях появляются отдельные элементы системы. «Преследователями» нередко становятся лица, с которыми прежде у больных складывались неприязненные отношения. У больных появляется убежденность в том, что причиной плохого к ним отношения и стремления «уничтожить» служат их собственные ошибочные высказывания или поступки в прошлом, о которых они теперь сожалеют. В поведении больных при поверхностном наблюдении, как будто правильном, очень часто можно отметить признаки бреда - стремление ограничить привычный круг общения, просьбы к родственникам провожать их на работу и с работы, смену привычных маршрутов, т.е. расстройства, близкие к бредовой миграции. Выпивка всегда усиливает страх, образный бред, поведение становится неправильным. Затяжной параноид может длиться месяцами. Продолжающиеся запои в ряде случаев делают его рецидивирующим.

Алкогольный бред ревности (бред супружеской неверности, алкогольная паранойя) возникает у лиц с паранойяльным складом характера, иногда на фоне симптомов алкогольной деградации личности. Типичная форма бреда зрелого возраста. Вначале идеи супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в состояниях опьянения или похмелья. Грубость, несдержанность и придирчивость больных создают реальное отчуждение супругов, касающееся, в частности, и интимных сторон жизни. Психогенный фактор служит предпосылкой для появления сверхценных идей супружеской неверности, сохраняющихся теперь и вне состояний, связанных с алкогольными эксцессами. Усиление или, напротив, ослабление ревнивых подозрений на данном этапе обусловлено еще реальными и психологически понятными поводами. В этот период у больных преобладает дисфорический аффект, и при усилении подозрений в неверности они часто буквально истязают своих жен всевозможными расспросами о деталях и причинах предполагаемых измен, с исступлением требуя признать вину, которую в этом случае обещают великодушно простить. При дальнейшем прогрессировании расстройств возникает непоколебимая и постоянная убежденность в измене жены, уже не зависящая от реальных поводов, т.е.появляется бред. Как правило, он сопровождается все более выраженным бредовым поведением, с разработкой всевозможных, все более усложняющихся способов проверок. Одновременно больной точно устанавливает «любовника». Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе больного. Систематизирующийся в узких границах бред нередко приводит больных к обращению в общественные организации с требованием» помешать разврату» и «сохранить семью».

Дальнейшее усложнение психоза может происходить в различных направлениях. В одних случаях бред ревности, оставаясь монотематичным, становится ретроспективным: больные могут утверждать, что жена изменяет им уже много лет и дети родились не от них, а от прежних любовников. В других случаях присоединяются бредовые идеи иного содержания - материального ущерба (жена тратит семейные деньги на содержание сожителя или совершенно забросила хозяйство, предаваясь разврату), отравления и колдовства (с целью «освободиться» от больного). При идеях отравления чаще преобладает тревожно-подавленное настроение, а в бредовом поведении возможно жестокое насилие, в первую очередь в отношении жены. Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессивных актов. Заболевание, меняясь в интенсивности, может продолжаться годами.

   У сравнительно небольшой группы больных бред супружеской неверности развивается при внешне совершенно правильном поведении и обнаруживается лишь тогда, когда больной внезапно совершает заранее подготовленное убийство [Weitbrecht H.].         K.Kolle показал в семьях таких больных повышенную частоту шизофрении.

В ряде случаев бред супружеской неверности возникает после острых алкогольных психозов (делириев и реже галлюцинозов), при которых содержанием зрительных или вербальных галлюцинаций были сцены измены жены. Это резидуальный, обычно не меняющийся по содержанию бред, постепенно теряющий аффективную насыщенность и актуальность. Среди этих больных преобладают лица с отчетливой алкогольной деградацией.

**Сложные по структуре металкогольные психозы.** Клиническая картина таких психозов определяется последовательно сменяющимися картинами острых психозов -параноида, галлюциноза, делирия. Иногда в указанной последовательности сменяют друг друга все три синдрома, чаще лишь два: вербальный галлюциноз сменяется делирием или острым параноидом. Существуют и другие сочетания этих психозов.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Какие состояния относят к металкогольным психозам?

2. Перечислите основные признаки алкогольного делирия.

3. Какие варианты алкогольных делириев выделяют?

4. Чем характеризуется острый алкогольный галлюциноз?

5. Что характерно для острого алкогольного галлюциноза?

6. Чем характеризуются металкогольные бредовые психозы?

**7.** Перечислите основные варианты металкогольных бредовых психозов.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6

1. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ

1) в дебюте алкоголизма

2) у больных с сочетанной шизофренией

3) на фоне абстинентного синдрома

4) на высоте тяжелого опьянения

5) при сопутствующей соматической патологии

2. ПРИ ДЕЛИРИИ ОБЫЧНО СОХРАНЕНА ОРИЕНТИРОВКА В

1) месте

2) времени

3) в месте и времени

4) в ситуации

5) в собственной личности

3. ПРИ МУССИТИРУЮЩЕМ ДЕЛИРИИ БОЛЬНЫЕ В ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ ОБРАЗАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВИДЯТ

1) роботов и инопланетян

2) паутину и проволоку

3) драконов и динозавров

4) Бога и ангелов

5) картины природы

4. РАННИМ ПРИЗНАКОМ НАЧИНАЮЩЕГОСЯ ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) тревога и расстройства сна

2) конфабуляции и псевдореминисценции

3) слуховые галлюцинации в виде музыки и треска

4) нарушение координации движений

5) резкое снижение АД

5. ЗРИТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ПРИ ДЕЛИРИИ

1) постоянно нарастают на всем протяжении психоза

2) постепенно сглаживаются с течением времени

3) обычно усиливаются к вечеру

4) максимально выражены в дневное время

5) обычно ослабевают к вечеру

6. НА ОСОБУЮ ТЯЖЕСТЬ ДЕЛИРИЯ УКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ

1) тахикардии и повышения АД

2) бреда воздействия

3) дезориентировки в месте и времени

4) брадикардии и оральных автоматизмов

5) диспепсических расстройств

7. ЧАСТЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

1) Котара

2) Ганзера

3) Корсакова

4) Фреголи

5) Кандинского-Клерамбо

8. ТЯЖЕЛЫМ, УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) профессиональный делирий

2) острый алкогольный галлюциноз

3) алкогольный параноид

4) алкогольный псевдопаралич

5) алкогольный бред ревности

9. ОСЛОЖНЕНИЕМ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) энцефалопатия Гайе-Вернике

2) хорея Гентингтона

3) деменция с тельцами Леви

4) синдром Маринеску-Шегрена

5) рассеянный склероз

10. РАЗВИТИЮ АЛКОГЛЬНОГО ПСИХОЗА ОБЫЧНО ПРЕДШЕСТВУЕТ

1) нарушение ориентировки в месте

2) нарушение ориентировки во времени

3) нарушение ориентировки в ситуации

4) агрипния

5) нарушение ориентировки в собственной личности

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

После двухнедельного запоя в течение двух суток больной не спал, появился вначале безотчетный страх, затем вечером при закрытых глазах видел какие-то страшные морды животных. Ночью вдруг увидел рядом с кроватью «черного человека», по полу бегали маленькие страшные люди, чудовища. Критики к своему состоянию нет. Все тело дрожит, тахикардия.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каково возможное течение заболевания?

**Эталон ответа**

1.Агрипния, аффективная лабильность, угрожающие гипногагические и истинные зрительные галлюцинации, тремор, тахикардия.

2.Алкогольный делирий

3.Синдром отмены алкоголя с делирием. Зависимость от алкоголя 2 стадии.

4. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы.

5. Возможен неблагоприятный прогноз из-за риска развития психоорганического синдрома.

**Задача №2**

После длительной алкоголизации больной стал слышать «голоса», которые угрожали ему убийством, называли его пьяницей, издевались над ним. Изредка вмешивался другой голос, который пытался защищать больного. Критика к своему состоянию отсутствует.

1. Назовите психопатологические симптомы.

2. Установите диагноз.

3. Определите тактику лечения больного.

4. Оцените риск летального исхода.

5. Определите прогноз.

**Эталон ответа**

1.Истинные слуховые вербальные галлюцинации угрожающего и комментирующего характера.

2. Алкогольное психотическое расстройство, преимущественно галлюцинаторное.

3. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, галоперидол в малых дозировках.

4. Риск летального исхода - низкий

5. Прогноз – благоприятный, возможно полное купирование психоза.

**Задача №3**

 Больной 42 лет переезжал с семьей в другой город. Билеты приобрел с трудом, перед отъездом почти не спал 2 ночи, алкоголизировался. Наконец сел с семьей в поезд. Через несколько часов почувствовал, что «что-то неладно». Стал прислушиваться к разговору двух мужчин, сидевших рядом. Услышал, как один говорил другому: «Как только отъедем от станции, так его прикончим, а жену с детьми выкинем на ходу. Два больших чемодана возьмешь ты, а я возьму маленький и деньги, которые у него в правом кармане». На первой же станции больной приказал жене и детям взять вещи и немедленно сойти с поезда. На вокзале с громким криком: «Спасите, грабят!» от кого-то убегал. Был помещен в психиатрическую больницу. В больнице заявил, что те мужчины тоже сошли за ним с поезда и пытались его схватить, когда он стоял возле кассы. На другой день в беседе с врачом продолжает настаивать на слышанном в вагоне, но не уверен в том, что те мужчины действительно сошли с поезда («может, показалось»). Еще через два дня полностью вышел из психоза. Уверен в том, что это ему «померещилось». Беспокоится о судьбе жены и детей и рад их приходу на свиданье.

1. Назовите психопатологический синдром.

2. Установите диагноз.

3. Определите тактику лечения больного.

4. Оцените риск летального исхода.

5. Определите прогноз.

**Эталон ответа**

1.Параноидный синдром.

2. Алкогольное психотическое расстройство, преимущественно бредовое (алкогольный параноид).

3. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, галоперидол в малых дозах.

4. Риск летального исхода - низкий

5. Прогноз – благоприятный, возможно полное купирование психоза.

**Задача №4**

На судебно-психиатрической экспертизе подэкспертный рассказал следующее: “Обычно я могу выпить 300—400 г водки, не пьянея. В тот же день я выпил граммов 50 водки, а дальше ничего не помню. Очнулся уже в милиции”. Из материалов следственного дела известно, что больной после приема 50—60 г водки держался как обычно, только выражение лица было каким-то необычно строгим и сильно бледным. Затем, без видимого повода, схватил нож и ударил им своего друга.

1. Назовите развившееся расстройство.

2. Обоснуйте диагноз.

3.Назовите отличие от измененных форм опьянения.

4. Дайте судебно-экспертную оценку состояния.

5. Присутствуют ли основания для госпитализации в наркологический стационар.

**Эталон ответа**

1. Патологическое алкогольное опьянение

2. Внезапное начало и внезапное окончание состояния, развилось после малых доз спиртного, сопровождалось яркими вегетативными проявлениями, противоправное поведение не совпадало с текущей ситуацией.

3. Измененные формы опьянения развиваются на 2-3 стадии алкогольной зависимости, от приема обычных доз спиртного, неправильное поведение является непосредственной реакцией на окружающие события.

4. Патологическое опьянение – состояние исключающее вменяемость и уголовную ответственность.

5.Оснований для госпитализации в наркологический стационар нет. Госпитализация возможна по решению суда для проведения принудительного лечения.

**Задача №5**

В ответ на запрос врача родственники больного сообщили следующее: больной часто пил не только водку, но и одеколон, политуру, лак, клей БФ. В течение последних 5 лет постоянно похмелялся по утрам. Около трех лет назад стал избивать жену, утверждая, что она изменяет ему с соседом. В последний год заявляет, что она сожительствует со всеми мужчинами поселка. Постоянно следит за одеждой жены, не спит ночами, желая узнать, не уходит ли она ночью к любовникам.

1. Назовите развившееся расстройство.

2. Установите диагноз.

3. Определите тактику лечения больного.

4. Оцените риск летального исхода.

5. Определите прогноз.

**Эталон ответа**

1.Параноидный синдром.

2. Алкогольное психотическое расстройство, преимущественно бредовое (алкогольный бред ревности).

3. Ноотропная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, галоперидол в малых дозах.

4. Риск летального исхода – низкий.

5. Прогноз – неблагоприятный, вероятность полной редукции бредовых расстройств – низкая.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при обследовании пациента основные симптомы металкогльных психозов.

2. Уметь описать выявленные расстройства.

3. Уметь определить регистр и основные клинические отличия выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Фармакология этилового спирта.

2. Возрастные особенности металкогольных психозов

3. Современные стандарты лечения алкогольных психозов.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.6.96. **Тема:** «Наркомании».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям наркоманий является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики и оказания помощи пациентам с наркоманиями.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и проявления болезней зависимостей.

Уметь: выявлять основные симптомы и клинические особенности наркотической зависимости.

Владеть: методами выявления и оценки клинических особенностей, характерных для наркоманий.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления наркоманий. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с современными подходами к диагностике наркоманий.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современная классификация наркоманий».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Под наркоманией подразумевается состояние, определяемое:

• синдромом измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);

• синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации);

• синдромом физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Эти три синдрома, составляющие большой наркоманический синдром, отличают больного наркоманией от здорового человека. Каждый из структурных элементов наркоманического синдрома варьирует в зависимости от формы наркомании. Каждый синдром проявляется различной степенью специфичности по отношению к форме наркомании и к этапу (стадии) процесса болезни.

Синдром измененной реактивности включает:

1. Изменение формы потребления. На систематическую интоксикацию у здорового человека возникает дурное самочувствие и это ведет к вынужденному отказу от продолжения алкоголизации. Для алкоголика же, например, такая алкоголизация вполне приемлема.

2. Изменение толерантности. Организм наркомана переносит смертельные для здорового человека дозы наркотика. На примере алкоголизма различают две формы толерантности — поведенческую и «тканевую». Поведенческая толерантность - проявление опьянения «опытного» алкоголика меньше бросается в глаза, нежели опьянение новичка. Начинающий наркоман виден и зачастую слышен издали; опьянение опытного наркомана может распознать не всякий врач. Толерантность тканевая — для достижения одной степени опьянения наркоману с течением времени приходится повышать дозу наркотика.

3. Исчезновение защитных реакций. Целесообразность рвотного рефлекса при чрезмерном опьянении весьма наглядна. При опиизме это — кожный зуд. Биологический смысл такого рода экстроцептивных сигналов, как боль и зуд, — оповещать о неблагополучии, сигнал тревоги.

4. Изменение формы опьянения. Известны факты: старые алкоголики агрессивны в опьянении, а у морфинистов отсутствует эффект седации.

Наркомании делятся на группы в зависимости от фармакологических свойств вызывающих их веществ:

1. Конопля и ее препараты (это гашиш, анаша).

2. Опий и синтетические препараты морфиподобного действия (маковые препараты).

3. Стимуляторы нервной системы типа амфетаминов (эфедрон).

4. Кокаиновые препараты.

5. Снотворные препараты.

6. Галлюциногены.

**1.** К наркоманиям, обусловленным препаратами конопли, относится так называемый **гашишизм**. *Гашиш (индийская конопля*) – наркотик, известный также под названием марихуана, анаша, план, банг, харас, хусус, даг и др. Употребляют гашиш по-разному, чаще всего курят, иногда жуют, делают напитки, добавляют в пищу. При однократном приеме (курении) действие наступает через 10-15 мин.

На начальной (I) стадии потребление гашиша становится регулярным, неприятные ощущения исчезают, растет количество выкуриваемых сигарет. В синдроме психической зависимости отмечается навязчивое стремление к наркотической эйфории. Одурманивание становится единственным состоянием неудовлетворенности.

Физическая зависимость только начинает формироваться, но психические изменения уже проглядывают в виде сужения круга интересов, снижения волевой активности, появления неврозоподобных расстройств.

В хронической (II) стадии наркомании сопротивляемость удерживается на одном уровне при систематическом потреблении гашиша. Отмечается выраженная психическая зависимость в виде постоянного синдрома навязчивости. Только в состоянии одурманивания наркоман испытывает оптимальный физический комфорт и работоспособность. Психические нарушения выражаются в снижении интеллекта, отсутствии интереса к окружающему, страхах, беспокойстве, бредовых идеях преследования. Могут отмечаться острые психозы, мышечная слабость, ухудшение координации движений.

В поздней (III) стадии количество потребляемого гашиша снижается, т.е. сопротивляемость организма падает. Психическая зависимость уступает место растущей физической зависимости. Абстинентный синдром становится затяжным, тяжелым. На первом плане - выраженная астения с ипохондричностью. Повторные потребления гашиша лишь на короткое время и не полностью облегчают тяжесть абстиненции.

Соматоневрологическое состояние утяжеляется, нарастает общее физическое истощение, кожа становится дряблой, землисто-серого цвета, отмечаются выпадение волос, хрупкость костей, зубов, прогрессируют соматические и неврологические заболевания, выявленные на хронической стадии, возможны поражения сетчатки глаза и зрительных нервов. Психозы, вызванные употреблением гашиша, довольно разнообразны, они могут возникнуть при однократном употреблении наркотика и выражаются острым нарушением сознания, страхами, гиперестезиями. Психоз может развиться на высоте абстинетного синдрома, на 2-3 день и спровоцировать начало шизофренического процесса.

**2.** Наиболее неблагоприятно протекает **опийные наркомании**, вызываемые злоупотреблением алкалоида *опия (морфина)* и его производных *(морфия, пантопона, омнопона, кодеина, промедола).*

К опийным препаратам организм привыкает довольно быстро в результате введения их внутрь, подкожно, внутримышечно или внутривенно либо вдыхания в виде дыма (опиокурение). По мере употребления возникает потребность в увеличении дозы в 10-15 раз в связи с возрастающей толерантностью к препарату. Действие опиума после введения в организм обнаруживается примерно спустя 15-20 с: появляются легкий зуд в области носа, подбородка, лба, сухость во рту, общая заторможенность, зрачки сужаются. Через 7-10 мин возникают чувство благодушия, умиротворенности (эйфория), ощущение приятного тепла в конечностях, разливающегося по всему телу, множество радужных мыслей, повышается активность. Окружающий мир воспринимается иллюзорно, в виде причудливых, красочных картин, сцен. Затем наступает сон, после чего больной испытывает подавленность, угнетение, чувство общего дискомфорта.

При передозировке препарата состояние эйфории сопровождается повышенной возбудимостью, сухостью в полости рта, нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания. Лицо становится багрово-красным, появляется кожный зуд, возможны судорожные припадки. При неблагоприятном течении могут наступить декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности и паралич дыхательного центра.

*Морфинизм* – тяжелое заболевание, при котором организму требуется постоянное введение морфина в высоких дозах, иногда в сотни раз превышающих обычную терапевтическую дозу. Абстинентный синдром у морфинистов протекает тяжело. При этом появляются общая слабость, профузные поносы, проливной пот, нарушается сердечно-сосудистая деятельность. Симптомы абстиненции при внезапной отмене наркотика развиваются через 12-20 ч и наибольшей выраженности достигают на 2-4 сутки после последней инъекции, но спустя 1-2 недели наркоманы постепенно успокаиваются. По мере привыкания к морфину постепенно развиваются психопатические черты личности, грубость, эгоистичность, лживость, наступает социальная деградация. Внешний облик морфиниста носит отпечаток недостаточности питания; у него отмечается сухость кожи, землистый цвет лица, гипотрофия мышц, уменьшение массы тела, зрачки узкие, пульс редкий, наблюдаются вегетативные расстройства в виде повышенной потливости, парестезий, запоров. На различных участках тела, чаще всего в области предплечий и кистей, заметны рубцы и кровоизлияния от инъекций, следы нагноений и инфильтратов.

**3.** Наркоманический эффект может быть вызван препаратами из группы **стимуляторов ЦНС,** например фенамином и др. Эти препараты могут назначаться для уменьшения чувства утомления, повышения настроения, ощущения прилива сил, бодрости, повышения работоспособности, уменьшения потребности во сне. Неправильный прием препаратов может привести к развитию наркомании. Привыкание наступает быстро, затем повышается толерантность к препарату, необходимо увеличить дозу вещества для того, чтобы вызвать эйфорию и успешно бороться с депрессией и усталостью.

**4. Кокаинизм** - наркотическое и тонизирующее действие листьев кустарника коки. Кокаин нюхают, курят, принимают внутрь.

Привыкание и зависимость от кокаина наступает чрезвычайно быстро - иногда по прошествии нескольких дней после начала его регулярного потребления.

Память постепенно снижается. Наркоманы становятся черствыми, эгоистичными, мнительными, подозрительными. Отмечается ряд соматоневрологических расстройств - зрачки расширяются, реакция зрачков на свет вялая, глаза приобретают своеобразный блеск, появляется сухость в полости рта, шум в ушах, сердцебиение. Аппетит снижается. Кожа бледная, мышцы дряблые. Некоторым кажется, что под кожей заложены кристаллы кокаина, что там ползают черви, жучки, клопы.

Происходит истощение организма, снижение реактивности, отсюда повышенная склонность к инфекционным заболеваниям. Отмечаются фурункулезы, обостряются ранее имевшие место хронические болезни (туберкулез и т.д.). При кокаиновой наркомании отмечается делирий, очень схожий с алкогольным. Начинается на 2-3 день абстиненции с короткого периода предвестников - плохого сна, подозрительности, настороженности. Затем возникают иллюзии, галлюцинации - зрительные, слуховые. Больным кажется, что их окружают люди, звери, преобладают мелкие животные - жуки, пауки, клопы, черви, мыши и т.д. Им «строят» угрожающие рожи.

Слуховые галлюцинации комментирующего, осуждающего характера. Монологи, диалоги. При последних одни голоса их ругают, оскорбляют, другие - жалеют, защищают. Появляются и психические автоматизмы, больные ощущают, как на них действуют посторонние силы, воздействуют электричеством, магнитом, космическими лучами. На основе этих галлюцинаций формируется вторичный бред преследования, воздействия. Находясь во власти описанных переживаний, они нередко сами становятся преследователями и нападают на невинных людей, совершают преступления. На основе зрительных, слуховых галлюцинаций возможен бред ревности.

Действие галлюциногенов начинается примерно через 15-20 минут после приема препарата, а в некоторых случаях - через 2-3 часа после приема. Длительность действия составляет от нескольких часов до нескольких суток. Последствиями одного приема могут быть депрессии, самоубийства, затяжные психотические состояния.

Состояние интоксикации сопровождается выраженными психическими расстройствами психотического уровня. На фоне повышенного настроения, эйфории развиваются многочисленные непрерывные галлюцинации с преобладанием зрительных образов яркого сценического, киноподобного характера. Употребляющие ЛСД описывают целую гамму галлюцинаторных переживаний, необычного, фантастического содержания, которые сопровождаются чаще всего переживанием восторга, удивления, блаженства. Внешне эти люди выглядят отрешенными, очарованными происходящим с ними, довольными. Временами отмечается повышенная смешливость, воспринимающаяся наблюдателем как немотивированный смех. Определяются симптомы нарушения мышления, течение мыслей может быть как ускоренным, так и замедленным. В состоянии интоксикации могут наблюдаться расстройства с грубыми нарушениями ориентировки во времени и пространстве. У части больных состояния интоксикации могут переходить в картину затяжного психоза с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Из личностных изменений описываются подозрительность, склонность к формированию идей отношения, периоды страха, сниженного настроения, являющиеся причиной суицидального поведения.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Что такое наркомании?
2. Перечислите критерии наркотического вещества.
3. Перечислите основные виды наркоманий?
4. Какие клинические признаки характерны для опийной наркомании?
5. Какие клинические признаки характерны для зависимости от кокаина?
6. Какие клинические признаки характерны для гашишной наркомании?
7. Какие клинические признаки характерны для зависимости от психостимуляторов?
8. Какие клинические признаки характерны для зависимости от галлюциногенов?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПРИЗНАКОМ I СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. систематический ритм наркотизации
2. развивающийся синдром отмены
3. развитие синдрома Кандинского-Клерамбо
4. отсутствие опьянения
5. сохранность сознания

2. ПРИЗНАКОМ I СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ослабление защитных реакций со снижением вероятности токсических реакций
2. развивающийся синдром отмены
3. развитие синдрома Кандинского-Клерамбо
4. отсутствие опьянения
5. сохранность сознания

3. ПРИЗНАКОМ I СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ослабление защитных реакций со снижением вероятности токсических реакций
2. развивающийся синдром отмены
3. развитие синдрома Кандинского-Клерамбо
4. отсутствие опьянения
5. сохранность сознания

4. ПРИЗНАКОМ I СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышение толерантности
2. развивающийся синдром отмены
3. развитие синдрома Кандинского-Клерамбо
4. отсутствие опьянения
5. сохранность сознания

5. ПРИЗНАКОМ I СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. обсессивный характер влечения
2. компульсивный характер влечения
3. импульсивный характер влечения
4. отсутствие влечения
5. сохранность волевых функций

6. ПРИЗНАКОМ II СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. максимальный уровень суточных и разовых доз приема вещества
2. наличие неопределенно долгих промежутков между приемами вещества
3. отсутствие навязчивых мыслей о приеме вещества
4. отсутствие опьянения
5. сохранность сознания

7. ПРИЗНАКОМ II СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отсутствие защитных реакций
2. наличие неопределенно долгих промежутков между приемами вещества
3. отсутствие навязчивых мыслей о приеме вещества
4. отсутствие опьянения
5. сохранность сознания

8. ПРИЗНАКОМ II СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. извращение известных, свойственных конкретному наркотику эффектов
2. наличие неопределенно долгих промежутков между приемами вещества
3. отсутствие навязчивых мыслей о приеме вещества
4. стабилизация соматического состояния
5. отсутствие осложнений со стороны ЦНС

9. ПРИЗНАКОМ II СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. потребность в психическом комфорте в интоксикации
2. удовлетворительная работоспособность
3. отсутствие астении
4. стабилизация соматического состояния
5. отсутствие осложнений со стороны ЦНС

10. ПРИЗНАКОМ II СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. абстинентный синдром
2. удовлетворительная работоспособность
3. отсутствие астении
4. стабилизация соматического состояния
5. отсутствие осложнений со стороны ЦНС

11. ПРИЗНАКОМ I СТАДИИ ЗАВИИМОСТИ ОТ НАРКОТИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. обсессивный характер влечения
2. компульсивный характер влечения
3. импульсивный характер влечения
4. отсутствие влечения
5. сохранность волевых функций

12. ДЛЯ III СТАДИИ ЗАВИСИМОСТИ ХАРАКТЕРНО:

1. истощения систем, определявших симптоматику болезни, и увеличением последствий постоянной наркотизации
2. сохранность типичной картины опьянения
3. обязательное развитие галлюцинаторно-параноидной симптоматики
4. развитие астении
5. сохранность волевых функций

13. ДЛЯ III СТАДИИ ЗАВИСИМОСТИ ХАРАКТЕРНО:

1. снижение дозы вещества, достаточной для удовлетворительного психического и физического состояния
2. возможность аутохтонной регуляции психического и физического состояния
3. обязательное развитие галлюцинаторно-параноидной симптоматики
4. развитие астении
5. сохранность волевых функций

14. ДЛЯ III СТАДИИ ЗАВИСИМОСТИ ХАРАКТЕРНО:

1. снижение дозы вещества, достаточной для удовлетворительного психического и физического состояния
2. сохранность механизмов аутохтонной регуляции психического и физического состояния
3. обязательное развитие галлюцинаторно-параноидной симптоматики
4. развитие астении
5. сохранность функциональных способностей организма не опьянения

15. ДЛЯ III СТАДИИ ЗАВИСИМОСТИ ХАРАКТЕРНО:

1. нарушение механизмов аутохтонной регуляции психического и физического состояния
2. сохранность механизмов аутохтонной регуляции психического и физического состояния
3. обязательное развитие галлюцинаторно-параноидной симптоматики
4. развитие астении
5. сохранность функциональных способностей организма не опьянения

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

 Девушка 15-и лет. Учится в 10-м классе средней школы, часто пропускает занятия, так как является фанатом местной футбольной команды и ездит следом за ней на все матчи. С 12 лет курит сигареты, с 13-ти пробовала марихуану, с 14 лет — таблетки «экстази». Несколько месяцев назад ввела себе кустарно приготовленный препарат, содержащий психостимуляторы. В последующем вводила этот препарат при встрече с друзьями 2—3 раза в месяц. Вне компании друзей желание ввести наркотик не испытывала.

1. Определите состояние.

2. Какие факторы способствуют развитию таких нарушений?

3. Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Аддиктивное поведение

2. Период подросткового криза.

3. Признаки зависимости от ПАВ отсутствуют.

4. Приём веществ хаотичный, не систематизированный, по типу «поискового поведения», отсутствуют тяга к веществу, рост толерантности и синдром отмены.

5. Прогноз достаточно благоприятный, высокая вероятность стабилизации  поведения с окончанием подросткового периода.

**Задача №2**

 Юноша 16-и лет. Хорошо учился, родители удовлетворяли все его желания. В 15 лет впервые по совету старших «друзей» согласился на инъекцию кустарно изготовленного из маковой соломки наркотика. Состояние, которое пережил при этом, очень понравилось, сразу появилось влечение к наркотику. Принимал снотворные, алкоголь, транквилизаторы, но ожидаемого эффекта не испытал. Оставил занятия в школе, вначале выпрашивал деньги у родителей, затем стал продавать свою одежду, выносить из дому вещи. Госпитализирован в наркологическое отделение, где в первые дни перенес тяжелую абстиненцию.

1. Определите состояние.

2. Какие факторы способствуют развитию таких нарушений?

3 Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Зависимость от опиоидов, II стадия.

2. Потворствующий тип воспитания, период подросткового криза.

3. Признаки зависимости от ПАВ присутствуют.

4. Присутствуют тяга к опиатам, систематический прием вещества,  синдром отмены и асоциальное поведение.

5. Прогноз достаточно неблагоприятный из-за выраженных признаков зависимости и социального снижения.

**Задача №3**

Больной 36-и лет. С 14 лет употреблял алкоголь. В 19 лет впервые ввел себе в/в опийный наркотик, изготовленный кустарно. Пережитое состояние очень понравилось. Алкоголем перестал злоупотреблять. Через 4 месяца появилось неодолимое влечение к наркотику, быстро возросла доза. В состоянии абстиненции  был злобен, дисфоричен, не мог спать, испытывал сильные боли в спине, ногах, руках, головную боль, боль в сердце.  Оставил работу, живет на иждивении матери. Привлекался к уголовной ответственности за кражу. В последнее время наркотик оказывает только нормализующий, тонизирующий эффект. Существование без наркотика непродуктивно, сам больной не испытывает никакой радости от жизни: ничто не интересует, ничего не хочется. Толерантность заметно снизилась.

1. Определите, какой наркотик употребляет больной.
2. Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?
3. Определите состояние.
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите прогноз.

**Эталон ответа**

1. Опиаты.
2. Признаки зависимости присутствуют.
3. Зависимость от опиатов, III стадия.
4. Определяются тяга к веществу, систематический прием вещества в течение года, синдром отмены и характерные изменения личности, асоциальный образ жизни, снижение толерантности и изменение картины опьянение с отсутствием эйфоризирующего эффекта.
5. Прогноз неблагоприятный.

**Задача №4**

 Молодой человек 23-х лет. После неприятностей на работе в компании друзей, чтобы успокоиться, выкурил сигарету с марихуаной. К этому методу релаксации прибегал и ранее. Почувствовал тепло и легкость во всем теле, улучшилось настроение, усилилось восприятие звуков и цветов. Казалось, что легко решаются все проблемы, мысли текут быстро.

1. Определите, какой наркотик употребляет больной.

2. Определите состояние.

3. Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Каннабиноиды

2. Острая интоксикация каннабиноидами.

3. Высока вероятность зависимости от ПАВ.

4. Присутствуют неоднократный прием вещества, характерная картина опьянения, отсутствие неприятных ощущений.

5. При подтверждении сформированной зависимости от каннабиноидов прогноз достаточно неблагоприятный, т. к. высок риск перехода на более «тяжёлые» наркотики.

**Задача №5**

 Больной 22-х лет. Поступил на лечение в наркологическое отделение по настоянию родителей. С 18 лет начал вводить внутривенно кустарно приготовленный препарат из маковой соломки. Поступил в институт, но часто пропускал занятия. Через полгода после первой пробы наркотика появилось патологическое влечение, развился синдром абстиненции. Был исключен из института за неуспеваемость. Не работает, совершал кражи, был осужден. После освобождения на работу не устраивается, ссорится с родителями, продолжает принимать наркотик, добывая деньги на его приобретение незаконными способами.

В клинике требует назначить ему снотворные, угрожая суицидом. Держится с чувством превосходства - не настроен на прекращение наркотизации.

1. Определите, какой наркотик употребляет больной.

2. Определите состояние.

3. Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?

4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Опиоиды

2. Зависимость от опиоидов, II стадия.

3. Признаки зависимости от ПАВ присутствуют.

4. Присутствуют тяга к опиатам, систематический прием вещества в течение 4 лет,  синдром отмены, социальная деградация.

5. Прогноз достаточно неблагоприятный из-за выраженных признаков зависимости и противоправного поведения.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

* Уметь выявить при обследовании пациента основные симптомы наркоманий.
* Уметь описать выявленные нарушения.
* Уметь определить регистр выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

* Наркомании. Особенности клинической диагностики.
* Судебно-психиатрическая экспертиза в наркологии.
* История развития учения о болезнях зависимости.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.6.97. **Тема:** «Токсикомании».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: умение распознавать и давать дифференцированную оценку основным проявлениям токсикоманий является важной частью диагностического алгоритма в психиатрии. Знание теоретических и практических вопросов современной классификации психических нарушений, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики и оказания помощи пациентам с токсикоманиями.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные закономерности развития и проявления болезней зависимостей.

Уметь: выявлять основные симптомы и клинические особенности токсикоманий.

Владеть: методами выявления и оценки клинических особенностей, характерных для токсикоманий.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления токсикоманий. |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с современными подходами к диагностике наркоманий.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Современная класификация токсикоманий».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Токсикомания – это целый комплекс зависимостей от лекарственных препаратов и химических веществ, официально не признанных наркотиками. Разница между токсикоманией и наркоманией существует только на юридическом уровне – средства, используемые токсикоманами, не включены в «Единую конвенцию ООН о наркотических средствах 1961 года». В медицинском плане различий между этими зависимостями нет.

**Злоупотребление снотворными и седативными препаратами (F13).**

*Токсикомания, вызванная употреблением снотворных средств,* связана со специфическим нейротропным действием этих препаратов.

Большое значение имеет эйфоризирующий компонент, наличие которого способствует формированию синдрома зависимости.

Такими особенностями обладают следующие препараты: из группы барбитуратов — барбамил (амитал-натрий), нембутал (этаминал-натрий), а также снотворные других групп — бромурал, ноксирон.

Следует отметить, что некоторые барбитураты, в частности ноксирон, отнесены к наркотикам, следовательно зависимость, формирующаяся вследствие злоупотребления данным веществом, надо оценивать как наркоманию.

Состояние опьянения от приема снотворных препаратов представляет собой смену следующих фаз. Вначале наступает оглушение с приятными ощущениями «удара в голове» (И.Н. Пятницкая, 1994), мышечной слабостью, «отключением». Далее следует состояние двигательной активности, приподнятого настроения, беспричинной веселости, разговорчивости, легко переходящего в гневливость и раздражительность. На этом этапе типичны расширение зрачков, гиперемия кожи, потливость, нарушение координации движений.

В третьей фазе действия данных препаратов появляются глубокий сон, брадикардия, понижается артериальное давление. Четвертая фаза наступает при пробуждении: она характеризуется вялостью, мышечной слабостью, разбитостью.

Токсикомания, вызванная применением снотворных средств, представлена в основном двумя стадиями — первой и второй. Третья стадия для данного вида наркоманий не характерна в виду высокой смертности этих больных из-за передозировок, высокого риска самоубийств, а также соматических осложнений вследствие суицидальных попыток (Пятницкая И.Н., 1994). Имеет значение также быстрота наступления психического дефекта по типу торпидной энцефалопатии, вследствие чего практически не удается обнаружить этапа личностных изменений.

Для первой стадии болезни (F13.2x.lx) характерен синдром измененной реактивности, который включает повышение толерантности, а также специфический для данного вида наркомании признак — употребление снотворных в дневное время. Выявляется также и синдром психической зависимости: вне периода наркотического опьянения, сопровождающегося эйфорическим компонентом, наблюдается состояние дискомфорта, беспокойства и тревоги.

Во второй стадии (F13.2x.2x) влечение к снотворному препарату приобретает компульсивный характер. Психический компонент синдрома отмены проявляется тревожно-дисфорической симптоматикой, однако основными симптомами в абстиненции являются соматические и неврологические признаки — судороги мышц, тремор, тики, боли в крупных суставах. Весьма часто возникают большие судорожные припадки и делириозный психоз.

В состоянии опьянения уменьшается эйфорический компонент, эмоции приобретают гневливый, агрессивный характер. Имеет место утрата количественного контроля, что при токсикомании данного типа вызывает выраженное угнетение сознания и последующую амнезию.

При **токсикоманиях, связанных со злоупотреблением транквилизаторами,** для достижения состояния опьянения чаще всего используют седуксен (реланиум, сибазон, валиум), элениум (либриум), нитразе- пем (эунокгин, радедорм). Зависимость от транквилизаторов во многом определяется тем, что они способны вызывать эйфоризирующий эффект. Особенно отчетливо динамика опьянения транквилизаторами видна на примере внутривенного введения седуксена. С токси- команической целью обычно вводят 20—50 мг 0,5% раствора данного препарата. Сразу после введения наступает выраженное состояние эйфории. Оно кратковременное и вскоре сменяется сном, а при передозировке может наступить сопор.

В первой стадии зависимости от транквилизаторов отмечается подъем толерантности, связанный с тем, что прежние дозы не вызывают ожидаемого эффекта. Прием транквилизатора становится регулярным. Влечение к данному психоактивному веществу становится патологическим: мысль о том, чтобы достать и принять его доминирует, определяя характер поведения человека. Перерыв в употреблении вызывает душевный дискомфорт, раздражительность (психическая зависимость).

Во второй стадии происходит ослабление эйфоризирующего эффекта транквилизаторов с одновременным усилением дисфорического компонента, появлением признаков оглушения и усугублением неврологических расстройств (нистагм, мышечная гипертензия). Обнаруживается утрата количественного контроля, которая может привести к передозировке. Влечение к психоактивному веществу описываемой группы принимает компульсивный характер. В поисках транквилизаторов больные ведут себя, нарушая социальные и нравственно-этические нормы.

Состояние абстиненции характеризуется злобным аффектом, тревогой, а также целым рядом соматических и неврологических проявлений: мидриазом, гипергидрозом, тоническими судорогами мышц, тошнотой, головокружением, тахикардией, повышением артериального давления. На высоте проявлений абстиненции могут возникнуть судорожные припадки либо острое психотическое состояние делириозного, а также галлюцинаторно-параноидного типа.

В сравнении с токсикоманией, вызванной употреблением снотворных препаратов, при зависимости от транквилизаторов чаще встречаются случаи перехода болезни в третью стадию, для которой типичны уменьшение толерантности, нарушение социализации, преобладание вялоадинамического, тоскливого аффективного фона, порой достигающего «суицидальной глубины». Возможность перехода зависимости в третью стадию свидетельствует о менее тяжелых последствиях данной зависимости, чем при употреблении снотворных.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Что такое наркомании?
2. Перечислите критерии наркотического вещества.
3. Перечислите основные виды наркоманий?
4. Какие клинические признаки характерны для опийной наркомании?
5. Какие клинические признаки характерны для зависимости от кокаина?
6. Какие клинические признаки характерны для гашишной наркомании?
7. Какие клинические признаки характерны для зависимости от психостимуляторов?
8. Какие клинические признаки характерны для зависимости от галлюциногенов?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ТЕРМИН «НАРКОТИК» ПРИМЕНИМ

1) к веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими

2) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость

3) ко всем психотропным препаратам

4) к лекарственным веществам, способным вызывать нейролепсию

5) к антидепрессантам со стимулирующим действием

2. ВЕЩЕСТВО, СПОСОБНОЕ ВЛИЯТЬ НА РАБОТУ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, МЕНЯЯ ПРИ ЭТОМ СОСТОЯНИЕ ПСИХИКИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1) токсическим

2) психоактивным

3) наркотически действующим

4) наркотическим средством

5) лекарственным средством

3. ВЕЩЕСТВА, ОБЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ УСПОКОЕНИЕМ, РАССЛАБЛЕНИЕМ, СОНЛИВОСТЬЮ, СПОСОБНОСТЬЮ СНИМАТЬ ТРЕВОГУ, БЕСПОКОЙСТВО, ВЫЗЫВАТЬ РАЗВИТИЕ СНА, НАЗЫВАЮТСЯ:

1) седативными, снотворными

2) психостимуляторами

3) психодислептиками

4) токсическими веществами

5) каннабиноидами

4. ВЕЩЕСТВА, ОБЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ВЫРАЖАЕТСЯ В ПОЯВЛЕНИИ ОЩУЩЕНИЯ БОДРОСТИ, АКТИВНОСТИ, ЖЕЛАНИЯ ДЕЙСТВОВАТЬ, ПОТЕРЕ ПОТРЕБНОСТИ В ЕДЕ, ОТДЫХЕ, СНЕ, НАЗЫВАЮТСЯ:

1) седативными, снотворными

2) психостимуляторами

3) психодислептиками

4) лекарственными средствами

5) анальгетиками

5. ВЕЩЕСТВА, ОБЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ВЫРАЖАЕТСЯ В ПОЯВЛЕНИИ НА ФОНЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ И РАСТОРМОЖЕННОСТИ ОБМАНОВ ВОСПРИЯТИЯ – ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ (ВОСПРИЯТИЕ БЕЗ РЕАЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ОБЪЕКТА), НАЗЫВАЮТСЯ:

1) седативными, снотворными

2) психостимуляторами

3) психодислептиками

4) средствами бытовой химии

5) токсическими веществами

6. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЩЕСТВОМ СЕДАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ?

1) алкоголь

2) амфетамин

3). экстези

4) фенобарбитал

5) тетрагидроканнабинол

7. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЩЕСТВОМ ГРУППЫ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ?

1) никотин

2) анальгин

3) героин

4) эфедрон

5) реладорм

8. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЩЕСТВОМ ГРУППЫ ПСИХОДИСЛЕПТИКОВ?

1) опиум

2) псилоцин

3) алкоголь

4) героин

5) кофеин

9. ВЕЩЕСТВО, УПОТРЕБЛЕНИЕ КОТОРОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОСОБОЙ КРИМИНОГЕННОСТЬЮ И СОЦИАЛЬНОЙ ОПАСНОСТЬЮ, В СВЯЗИ С ЧЕМ, ВЕЩЕСТВО ЗАНЕСЕНО В «ПЕРЕЧЕНЬ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ГОСУДАРСТВЕННОМУ КОНТРОЛЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», И ЗА ЛЮБЫЕ НЕЗАКОННЫЕ ОПЕРАЦИИ С НИМ ПРЕДУСМОТРЕНА УГОЛОВНАЯ ИЛИ АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, ЭТО:

1) психоактивное вещество

2) наркотик в юридическом смысле слова

3) наркотически действующее вещество

4) токсическое вещество

5) лекарственное средство

10. БОЛЬНЫЕ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ОБСЕССИВНЫМ ВЛЕЧЕНИЕМ

1) представляют опасность для окружающих

2) представляют опасность для себя

3) относятся к своему расстройству без критики

4) должны быть госпитализированы

5) могут контролировать свое поведение в соответствии с ситуацией

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Женщина, 27 лет, употребляет алкоголь на протяжении 6 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение.  Для улучшения самочувствия стала принимать капли «Корвалол». За год доза раствора значительно увеличилась, может принять капли в алкогольном опьянении.  Во время последнего алкогольного эксцесса на фоне опьянения появилась тревога, подавленность, была двигательно беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

1. Определите состояние.
2. Обоснуйте ответ на 1 вопрос.
3. Определите стадию зависимости.
4. Перечислите признаки зависимости.
5. Какова лечебная тактика?

**Эталон ответа**

1. Атипичное алкогольное опьянение с психомоторным возбуждением на фоне сочетанного употребления алкоголя и фенофабитала.
2. Острая алкогольная интоксикация сопровождается признаками вегетативной дисфункции, тревожной депрессии, психомоторным возбуждением с суицидальными тенденциями.
3. Зависимость II стадии от сочетанного приема алкоголя и фенобарбитала.
4. Присутствуют систематический прием алкоголя  в течение 6 лет, сочетанный прием алкоголя и фенофарбитала в течение года, измененная форма употребления  в виде запоев, измененная форма опьянения без эйфоризирующего и депримирующего эффекта, идеи депрессивного содержания.
5. Инфузионная терапия (физиологическая гемоделюция); дегидратационная терапия (при появлении признаков  отека мозга); транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы.

**Задача №2**

Пациент 29-и лет поступил в стационар для лечения зависимости. Алкоголь употребляет с 17-и лет.  В последние 2 года стал использовать кетамин. Сообщил, что эффект от приема ощущает через 30–60 с при внутривенном введении и через 4–5 минут - при внутримышечном, длительность состояния до 3–4 ч. Причиной перехода на этот препарат явилось то, что первая же инъекция кетамина вызвала необыкновенно приятные ощущения. В этот момент он «летал» и все окружающее для него было необыкновенно ярким и приобретало особую значимость в жизни. Последние 3 месяца колол кетамин практически ежедневно 2 раза в день, утром и вечером на фоне приема алкоголя для поддержания угасшего эффекта. К наркологу обратился по настоянию родных.

1. Перечислите, какие психоактивные вещества употребляет больной.
2. Определите состояние.
3. Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите, какие этапы лечения необходимо пройти для достижения длительной ремиссии.

**Эталон ответа**

1. Этанол и кетамин
2. Зависимость от сочетанного приема этанола и кетамина.
3. Признаки зависимости присутствуют.
4. Определяются тяга к веществу, повышение толерантности, Присутствуют систематический прием алкоголя  в течение нескольких лет, сочетанный прием алкоголя и кетамина в течение 3-х месяцев, измененная форма употребления  с ежедневным повторным приемом веществ, измененная форма опьянения без эйфоризирующего и депримирующего эффекта
5. Показаны полная отмена приема психоактивных веществ, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия, патогенетически обусловленная терапия синдрома зависимости, противорецидивная терапия. Длительная реабилитация в условиях центра закрытого типа.

**Задача №3**

Подросток 15-и лет. Курит марихуану с 14 лег в компании сверстников. Два месяца назад начал принимать циклодол. Выпив 20 таблеток циклодола, перестал понимать, где находится. Вначале появились фрагментарные зрительные галлюцинации, страх, ощущение, что его преследуют.  Стал видеть людей, слышать их «голоса» угрожающего содержания. Перед глазами проходили сцены фантастического содержания. Периодически наступало «просветление», когда восстанавливалась ориентировка, исчезали галлюци­нации, появлялась критика к бредовым мыслям. Затем вновь ухудшалось состояние. Психические нарушения сопровождались мидриазом, гиперемией лица, тремором, тахикардией.

1. Перечислите психопатологические симптомы.
2. Определите состояние.
3. Обоснуйте ответ на 2 вопрос.
4. Какие меры неотложной помощи необходимо осуществить?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Зрительные и слуховые галлюцинации, нарушение ориентировки, идеи преследования, мидриаз, гиперемия лица, тремор, тахикардия.
2. Интоксикационный психоз на фоне передозировки циклодола.
3. Определяется характерное для передозировки циклодола  своеобразное опьянение, сопровождающееся эйфорией, которая потом может смениться тревожностью, присоединением  галлюцинаций, идей преследования, нарушения сознания, развитием мидриаза, гиперемии лица, тремора, тахикардии.
4. Больному промывают желудок и дают активированный уголь (карболен, ваулен, полифепан). Антидот (ингибитор холинэстеразы) — 0,1%-ный аминостигмин (1,0-2,0 мл) вводят внутримышечно.
5. В плане восстановления сознания - прогноз благоприятный.

**Задача №4**

Валентина 29 лет впервые госпитализирована в стационар наркологического диспансера в состоянии острой алкогольной интоксикации тяжелой степени. Алкоголем злоупотребляет последние 3 года, спиртное смешивает со снотворными и успокоительными средствами. Толерантность суточная 800 мл водки, последние полгода отмечает лакунарные амнезии. В состоянии отмены испытывает приступы непреодолимой тяги к приему веществ. Стала импульсивна, конфликтна, не работает, дети проживают с ее родителями.

1. Перечислите, какие психоактивные вещества употребляет пациентка.
2. Определите состояние.
3. Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите, какие этапы лечения необходимо пройти для достижения длительной ремиссии.

**Эталон ответа**

1. Этанол снотворные и седативные средства
2. Острая алкогольная интоксикация. Зависимость от сочетанного употребления этанола и снотворно-седативных средств.
3. Признаки зависимости присутствуют.
4. Определяются тяга к веществу, повышение толерантности, Присутствуют систематический сочетанный прием алкоголя и седативных средств, синдром отмены, характерные изменения личности.
5. Показаны полная отмена приема психоактивных веществ, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия, патогенетически обусловленная терапия синдрома зависимости, противорецидивная терапия. Длительная реабилитация в условиях центра закрытого типа.

**Задача №5**

Пациентка 19-и лет госпитализирована в состоянии выраженного алкогольного опьянения после конфликта с молодым человеком. В анализе мочи обнаружены этанол и амитриптилин. Прием амитриптилина объяснила суицидальной попыткой с целью испугать друга.

1. Перечислите, какие вещества были использованы пациенткой.
2. Определите состояние.
3. Присутствуют ли признаки зависимости от ПАВ?
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Определите лечебную тактику.

**Эталон ответа**

1. Этанол и антидепрессанты.
2. Острая интоксикация от сочетанного приема алкоголя и антидепрессантов. Демонстративная суицидальная попытка.
3. Признаки зависимости отсутствуют.
4. Сочетанный прием веществ был однократным. Нет данных об изменении формы опьянения, толерантности и других признаков зависимости.
5. После выписки из стационара показана коррекционная работа с психологом и психотерапевтом.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при обследовании пациента основные симптомы токсикоманий.
2. Уметь описать выявленные нарушения.
3. Уметь определить регистр выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Токсикомании. Особенности клинической диагностики.
2. Судебно-психиатрическая экспертиза токсикоманий.
3. Профилактика токсикоманий.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.98. **Тема:** «Стадии психического развития. Понятие дизонтогенеза».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: распознавание основных этапов и критических периодов психического развития является важнейшим этапом психиатрической диагностики душевных расстройств детского возраста. Знание теоретических и практических вопросов этой области современной психиатрии, сопоставление исторических взглядов с современными клиническими концепциями синдромов в соответствии с действующими классификациями – основа грамотной работы врача-психиатра.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями об основных и дополнительных этапах психического развития ребенка, о признаках критических периодов и дизонтогенеза.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные клинические проявления различных периодов психического развития и дизонтогенеза.

Уметь: определять признаки, характерные для определенных этапов индивидуального развития, уметь выявлять основные симптомы и синдромы дизонтогенеза.

Владеть: методами выявления и оценки различных периодов психического развития и особенностей дизонтогенеза

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основных вариантов дизонтогенеза |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике клинических вариантов дизонтогенеза.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Организация психиатрической помощи детям».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Онтогенез** — постепенное, протекающее этапами в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее к более совершенному его строению и функционированию. Онтогенез по существу этого понятия должен быть отнесен ко всему периоду жизни человека от рождения до смерти, т е включать не только прогрессивные, но и регрессивные, инволюционные изменения, но более часто об онтогенезе говорят по отношению к детскому возрасту и именно в этом смысле данное понятие используется в разделе.

Каждый этап онтогенеза составляет переход от одного качественного состояния организма к другому, более высокому путем преобразования его функционирования без вытеснения качественного уровня предыдущего этапа. Иными словами, в организме происходит постепенная дифференциация тех или иных (в том числе психических) процессов с одновременной интеграцией их в новое целое. В психологическом аспекте — это нарастание психического содержания личности.

Периодизация развития организма человека, введенная К.Бером, в дальнейшем получила широкое распространение. Она легла в основу современных представлений об этапах (стадиях, фазах) развития организма.

В отечественной и мировой практике выделены 4 основных этапа психофизического развития в детском возрасте — от рождения до 14 лет. Первый этап — ранний (от 0 до 3 лет); второй — дошкольный (от 4 до 6 лет); третий — школьный (от 7 до 10 лет), четвертый — пубертатный, точнее школьно-пубертатный (от 12 до 14 лет)2.

Процесс онтогенеза в детском возрасте включает, кроме того, так называемые критические периоды, или переходные от одного этапа развития к другому. Принято выделять 3 критических периода: I — от 2 до 4 лет, II — с 7 до 8 лет и III — пубертатный — 12—14 лет. Критические периоды представляют собой короткие отрезки времени, характеризующиеся бурными изменениями функционирования организма, общей и психической реактивности. Для клинической медицины они представляют большой интерес, так как эти изменения обусловливают повышенный риск возникновения любых заболеваний, в том числе психических, и способствуют утяжелению их течения.

Нормальное психическое развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, опосредованными постепенным формированием структуры и функции различных отделов ЦНС. Темпы формирования отдельных систем головного мозга различны и это определяет физиологическую индивидуальность его роста и развития, отражающуюся в различной скорости созревания отдельных психофизиологических функций. В число этих различий входят и индивидуальные колебания.

К основным факторам, влияющим на психическое развитие, относятся наследственность, семейная среда и воспитание, а также внешняя среда с многообразием ее социальных и биологических воздействий. Все эти влияния выступают в едином комплексе, что может обусловливать как усиление, так и нивелирование влияния каждого из факторов.

В последние десятилетия в отечественной и зарубежной медицине повысился интерес к психологии, неврологии и психиатрии раннего детского возраста. В психогенезе раннего возраста были дополнительно выделены следующие этапы: период новорожденности (возраст 1 — 1,5 мес); младенчество (infancy) — период до 1 года; ползунковый период (toddlery) — 2-й и 3-й годы жизни. Были определены и критические периоды — пренатальные и раннего детства: 15—25-я и 28-я недели беременности, III триместр беременности (30—40 нед), предродовой период (3—5 дней перед родами) и роды, этап новорожденности (1 — 1,5 мес), возраст 6—8 мес, возраст 15—17 мес и возраст 2,5—3,5 лет.

**Дизонтогенез** (disontogenesis) — это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза. Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

В клинической психиатрии термин «дизонтогенез» относят к задержкам и искажениям психического развития. Группа расстройств, объединяемая понятием «задержки психического развития» включает патологические состояния, характеризующиеся недостаточностью интеллекта и психики в целом. К «искажениям психического развития» относят состояния, отличающиеся парциальностью и диссоциативностью развития психических функций. Одни из них могут характеризоваться ускорением, а другие — задержкой развития.

Задержки психического развития следует отличать от приобретенных состояний дефекта личности и интеллектуальной деятельности вследствие (болезненного процесса или другого повреждения психики. В последнем случае принято говорить о слабоумии, или деменции.

В рамках психического недоразвития различают тяжелые состояния умственной (отсталости и относительно легкие задержки психического развития (пограничные формы задержки развития).

Дизонтогенез психического развития может возникать под влиянием (многих внутренних и внешних факторов (генетических, биологических, психогенных и микросоциальных), а также при их сочетании и взаимодействии.

При конкретизации этих факторов в отношении раннего детского возраста обращают внимание на особенности темперамента, соматическую и органическую церебральную патологию, комплекс эмоциональных привязанностей.

Фактор темпераментаначинает действовать и определяется с 1-го месяца жизни ребенка. Выделено 9 составляющих темперамента: активность, ритмичность (цикличность), чувствительность (реактивность), интенсивность, подвижность, коммуникативность, адаптивность, настроение, внимание (его объем). Каждая из этих характеристик определяет различное поведение и реакции ребенка в любой жизненной ситуации. По типу реакций младенца при исследовании темперамента можно определить группу так называемых трудных детей, которые предрасположены к психическому дизонтогенезу.

Последние два фактора дизонтогенеза — комплекс *эмоциональной привязанности*и *депривации*по существу являются психосоциальными и тесно между собой связаны. Возникающая с первых часов и дней жизни новорожденного связь между ребенком и матерью оказывает решающее влияние на формирование всех других связей и привязанностей и их различную эмоциональную глубину, которые во многом определяют психологическую реактивность и поведение индивида в течение всей жизни.

В. В. Ковалев выделяет 4 типа дизонтогенеза: 1) задержанное или искаженное психическое развитие; 2) органический дизонтогенез — как результат повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза; 3) дизонтогенез вследствие поражения отдельных анализаторов (зрения, слуха) или сенсорной депривации; 4) дизонтогенез как результат дефицита информации с раннего возраста вследствие социальной депривации (включая неправильное воспитание). Признавая многообразие типов психического дизонтогенеза В. В. Ковалев тем не менее объединяет их в 2 основных варианта — дизонтогенез с негативной симптоматикой и дизонтогенез с продуктивными синдромами. К первым он относит синдромы психического недоразвития — тотального (олигофрения) и парциальной ретардации (задержки психического развития), акселерацию, различные формы инфантилизма, невропатии. Ко второму варианту отнесены случаи, когда на фоне клинических проявлений негативных дизонтогенетических нарушений развиваются продуктивные феномены: страхи, патологические привычные действия, энурез, энкропрез, повышенная неряшливость, утрата навыков ходьбы, речи, самообслуживания

Таким образом, к основным формам дизонтогенеза относятся задержки психического развития (тотальные и парциальные) и искажения психического развития (акселерация, инфантилизм и др.).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте определение понятия «онтогенез».
2. Назовите основные этапы психофизического развития.
3. Назовите дополнительные этапы психофизического развития.
4. Перечислите основные факторы, приводящие к дизонтогенезу.
5. Дайте определение понятия «дизонтогенез».
6. Дайте определение понятия «психический дизонтогенез».
7. Перечислите типы дизонтогенеза

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПОСТЕПЕННОЕ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ ЭТАПАМИ В ВИДЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ СДВИГОВ ИЗМЕНЕНИЕ ОРГАНИЗМА ОТ МЕНЕЕ К БОЛЕЕ СОВЕРШЕННОМУ ЕГО СТРОЕНИЮ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЮ – ЭТО

1. онтогенез
2. взросление
3. равномерное развитие
4. критический период
5. дизонтогенез

2. ПСИХИЧЕСКИЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ – ЭТО

1. патология психического развития с равномерным отставанием процесса созревания психических функций
2. заболевания, проявляющиеся исключительно задержкой интеллектуального созревания
3. патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций
4. заболевания, проявляющиеся исключительно психотическими расстройствами
5. заболевания, проявляющиеся исключительно искажением психического развития

3. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1. может быть результатом приобретенных состояний дефекта личности и интеллектуальной деятельности
2. включает патологические состояния, характеризующиеся недостаточностью интеллекта и психики в целом
3. включает патологические состояния, характеризующиеся снижением интеллекта вследствие болезненного процесса
4. включает патологические состояния, характеризующиеся неравномерностью развития интеллекта
5. включает патологические состояния, характеризующиеся исключительно недостаточностью интеллекта

4.ИСКАЖЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. акселерация
2. умственная отсталость
3. исключительно состояния отставания развития
4. исключительно состояния опережающего развития
5. патологическое фантазирование

5. ИСКАЖЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ретардация
2. деменция
3. инфантилизм
4. патологическая лживость
5. умственная отсталость

6.УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕНИЕМ

1. асинхронии развития
2. высвобождения более ранних форм нервно-психического реагирования
3. тотальной психической ретардации
4. акселерации
5. деменции

7. НЕДОРАЗВИТИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ФОРМ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – РЕЧИ, СЧЕТНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТАЦИИ – ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

1. деменции
2. асинхронии развития
3. высвобождения более ранних форм нервно-психического реагирования
4. дизонтогенеза по типу парциальной ретардации
5. акселерации

8. ЗАПАЗДЫВАНИЕ ИЛИ ПРИОСТАНОВКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

1. асинхрония развития
2. акселерация
3. ретардация
4. высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования
5. деменция

9. К ОСНОВНЫМ ТИПАМ ДИЗОНТОГЕНЕЗА ОТНОСЯТ

1. задержанное или искаженное психическое развитие
2. состояния дефекта личности
3. состояния снижения интеллекта вследствие болезненного процесса
4. критические периоды развития
5. деменцию

10. К ОСНОВНЫМ ТИПАМ ДИЗОНТОГЕНЕЗА ОТНОСЯТ

1. органический дизонтогенез и дизонтогенез вследствие поражения отдельных анализаторов (зрения, слуха) или сенсорной депривации
2. состояния дефекта личности
3. состояния снижения интеллекта вследствие болезненного процесса
4. критические периоды развития
5. деменцию

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

У девочки 13 лет после конфликта с одноклассниками появилось настойчивое стремление к похуданию, связанное с необоснованной боязнью полноты. Она отказывается от большинства видов продуктов и от регулярного приема пищи. Обращает пристальное внимание на информацию о калорийности продуктов.

1. Назовите развившиеся нарушения.
2. Определите на фоне какого критического периода они проявились?
3. Какие социально-психологические факторы этому могли способствовать?
4. Имеются ли основания для госпитализации?
5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

Эталон ответа

1. Нервная анорексия.
2. На фоне пубертатного криза.
3. Нарушения спровоцированы психотравмирующей ситуацией в школе.
4. Показания для госпитализации имеются.
5. Опасность ухудшения состояния, если останется без психиатрической помощи (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 3 «Закона о психиатрической помощи…».

**Задача №2**

У ребенка 11 лет эмоциональная ограниченность, обеднение контактов и интересов, психическая ригидность сочетаются с подозрительностью, недоверчивым, враждебным отношением к близким и окружающим людям.

1. Какая симптоматика преобладает?
2. Для какого заболевания характерна?
3. С каким критическим периодом психического развития связана?
4. Имеются ли основания для госпитализации?
5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Преобладает негативная симптоматика.
2. Характерна для шизофрении
3. Связь с критическими периодами психического развития отсутствует.
4. Показания для госпитализации имеются.
5. Опасность ухудшения состояния, если останется без психиатрической помощи (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 3 «Закона о психиатрической помощи…».

**Задача №3**

У ребенка бредовые проявления сочетаются с выраженным эмоциональным снижением, бедностью интересов и контактов, психической ригидностью.

1. Какая симптоматика преобладает.
2. Для какого заболевания характерна
3. С каким критическим периодом психического развития связана?
4. Имеются ли основания для госпитализации?
5. Обоснуйте ответ на 4 вопрос.

**Эталон ответа**

1. Бредовые проявления относятся к продуктивным симптомам; негативная симптоматика представлена эмоциональным снижением, бедностью интересов и контактов, психической ригидностью.
2. Характерная для шизофрении.
3. Связь с критическими периодами психического развития отсутствует.
4. Показания для госпитализации имеются.
5. Опасность ухудшения состояния, если останется без психиатрической помощи (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 3 «Закона о психиатрической помощи…».

**Задача №4**

Ребенок 3,5 лет стал тревожным, беспричинно капризным, появились ночные страхи. Он отказывается ходить в детский сад, кричит, плачет, отворачивается от детей и воспитателя, не отпускает от себя мать, сопротивляется попыткам увести его в группу.

1. Какие психические нарушения развились у ребенка?
2. Неблагоприятным течением какого критического периода они обусловлены?
3. Нуждается ли в стационарном лечении?
4. Определите вид помощи.
5. Дайте прогноз.

**Эталон ответа**

1. Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте.
2. Обусловлено затяжным течением возрастного кризиса 3-х лет, проявляющегося задержкой формирования индивидуализации самосознания.
3. В стационарном лечении не нуждается.
4. Помощь необходимо оказать амбулаторно, требуются консультации психолога, дефектолога, психотерапевта.
5. Прогноз благоприятный.

**Задача №5**

Ребенок 3-х лет не говорит, но стремиться к общению, несмотря на речевое нарушение, компенсирует недостаток речи жестами, мимикой или неречевыми вокализациями. Интеллектуальное развитие по возрасту, навыки самообслуживания и опрятности сформированы. Из анамнеза: мама перенесла в III триместре беременности тяжелый грипп с угрозой преждевременных родов. Ребенок родился с признаками гипоксии и гипотрофии I степени.

1. Назовите психическое нарушение.
2. Определите факторы и сроки патологического воздействия.
3. Нуждается ли в стационарном лечении?
4. Определите вид помощи.
5. Дайте прогноз.

**Эталон ответа**

1. Задержка речевого развития в результате перинатального поражения ЦНС в III триместре беременности.
2. К повреждающим факторам относятся инфекционно-токсический и угроза преждевременных родов, ведущие к нарушению кровообращения в плаценте и внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода.
3. В стационарном лечении не нуждается.
4. Помощь необходимо оказать амбулаторно, требуются консультации психолога, дефектолога, психотерапевта.
5. Прогноз благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при обследовании пациента основные признаки дизонтогегеза.
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические отличия выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Профилактика состояний дизонтогенеза.

2. Социальная реабилитация при различных типах дизонтогенеза.

3. Современные методы диагностики различных вариантов дизонтогенеза.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.99. **Тема:** «Умственная отсталость».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: интеллект – вид психической деятельности, при помощи которой человек способен продуктивно использовать весь прошлый опыт. Память называют «входными воротами интеллекта», т.к. она необходима для более сложного вида психической деятельности. При их нарушении в детском возрасте развиваются различные варианты умственной отсталости и синдромы слабоумия. Лишь тщательное исследование данных расстройств нередко является решающим для правильной диагностики многих органических заболеваний и, следовательно, наиболее эффективного лечения.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями об основных клинических проявлениях синдромов нарушения памяти и интеллекта.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные клинические проявления интеллектуально-мнестических расстройств.

Уметь: определять признаки, характерные для состояний умственной отсталости.

Владеть: методами выявления и оценки различных вариантов умственной отсталости.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основных вариантов умственной отсталости |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 10 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | - Ознакомление с основными подходами к диагностике состояний умственной отсталости.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Организация психиатрической помощи детям».  - Беседа с больным, выявление характерной симптоматики с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Умственная отсталость — состояние, обусловленное врожденным или раноприобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума. Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, вошел в международные классификации психических болезней и национальные классификации многих стран, заменив термин «олигофрения», который длительное время был распространен в нашей стране и некоторых других странах мира.

В МКБ-10 умственная отсталость определяется как «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных особенностей».

По степени выраженности олигофрения как синдром делится на легкую, умеренную, тяжелую, глубокую (дебильность, имбецильность, идиотию - по старой терминологии). Для умственной отсталости характерно наличие двух признаков: интеллектуальный дефект со слабостью абстрактного мышления и отсутствие прогредиентности. Вспомогательное значение имеет критерий нарушения социальной адаптации, в частности невозможность усвоения программы общеобразовательное школы. Необходимо дифференцировать умственную отсталость с различными формами задержки психического развития (психофизическим инфантилизмом, например), с астеническим типом психопатии микросоциальной, педагогической запущенностью и деменцией - умственной неполноценностью, возникающей в результате болезни (например, черепно-мозговой травмы или эпилепсии).

Классификация умственной отсталости согласно МКБ-10:

F-70 Легкая умственная отсталость

F-71 Умеренная умственная отсталость

F-72 Тяжелая умственная отсталость

F-73 Глубокая умственная отсталость.

В практической деятельности используются несколько классификаций - В.В. Ковалева, Г.Е. Сухаревой и др.

Выделяют: 1) наследственно-эндогенные формы умственной отсталости. К этой группе относят метаболические расстройства, такие, например фенилкетонурия, галактоземия, синдром Шерешевского - Тернера, болезнь Крузона.

2) эмбрио-фетопатии, при которых интеллектуальная недостаточность обусловлена перенесенными женщиной во время беременности инфекционными заболеваниями, например коревой краснухой, токсоплазмозом, сифилисом.

3) Формы умственной отсталости, связанные с повреждениями головного мозга (родовые травмы, асфиксии, перенесенный в раннем возрасте энцефалит, отравления ).

Выделяют дифференцированные формы умственной отсталости- формы с известной этиологией. Дифференцированные формы подразделяются на группы: 1) умственная отсталость при хромосомных болезнях; 2) наследственные формы; 3) смешанные по этиологии (эндогенно-экзогенные формы; 4)экзогенно – обусловленные формы. Последняя группа разделена на подгруппы в зависимости от преимущественного времени поражения развивающегося мозга: а) связанные с внутриутробными экзогенными поражениями; б) связанные с перинатальной патологией; в) обусловленные ранними постнатальными экзогенно-органическими поражениями головного мозг.

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль над функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит зна­чительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо.

Умственная отсталость умеренная. У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала.

Умственная отсталость тяжелая. Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34. Включаются: резко выраженная имбецильность, тяжелая олигофрения.

Умственная отсталость глубокая. У больных коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Слабоумие***.*** К этой патологии относятся синдромы со стойким, малообратимым обеднением психической деятельности: ослабление познавательных процессов, обеднение чувств, изменения поведения. Усвоение новой информации практически невозможно, использование прошлого опыта крайне затруднено.

Приобретенное слабоумие (деменция) *–* состояние, развивающееся вследствие прогредиентных психических заболеваний. Это синдром, характеризующийся изменением высших корковых функций, включая память, мышление и суждения, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, использование речи. Традиционно слабоумие подразделяют на парциальное (дисмнестическое) и тотальное.

Основная особенность парциального слабоумия — неравномерность психических, в том числе и мнестических нарушений. Сохраняется «ядро» личности, т.е. остаются неизмененными особенности психического склада личности, личностные установки, навыки поведения при затруднении и замедленности психических процессов, речи и моторики. Характерны беспомощность, слезливость, приобретающая характер аффективного недержания. Наблюдается нерезко выраженное снижение критики.

Тотальное (диффузное, глобарное) слабоумие *—* один из наиболее глубоких видов негативных расстройств, проявляющийся резким снижением критики, эйфорией, дисмнестическими расстройствами, нивелировкой индивидуальных, характерологических черт личности. Поведение больных часто бывает неадекватным окружающей ситуации: осмысление, оценка, анализ происходящего невозможны. Больные склонны к легкомысленным, нередко нелепым поступкам, плоскому юмору.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте определение умственной отсталости?
2. Как различают умственную отсталость по этиологии?
3. Как разделяют умственную отсталость по выраженности интеллектуального дефекта?
4. В чем различие врожденного и приобретенного слабоумия?
5. Перечислите признаки умственной отсталости легкой степени.
6. Перечислите признаки умственной отсталости умеренной степени.
7. Перечислите признаки умственной отсталости тяжелой степени.
8. Перечислите признаки умственной отсталости глубокой степени.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

1. интеллектуальный дефект с сохранением абстрактного мышления
2. разорванность мышления
3. прогрессирование с течением времени
4. отсутствие прогредиентности
5. сохранность речевого развития

2. С ЧЕМ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ УМСТВЕННУЮ ОТСТАЛОСТЬ

1. эпилепсия
2. шизофрения
3. психический инфантилизм
4. депрессия
5. неврозы

3. КАКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

1. восприятие
2. внимание
3. интеллект
4. память
5. сознание

4. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПУНКТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

1. глубокие нарушения сознания
2. умеренно выраженные изменения эмоциональной сферы
3. прогредиентность интеллектуальной недостаточности
4. замедленный темп психического развития
5. наличие галлюцинаций

5. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

1. невозможность трудоустройства
2. своевременное развитие речевых функций
3. невозможность самостоятельного проживания
4. проблемы с адаптацией к культуральным традициям и нормам
5. наличие затруднений в сфере школьной успеваемости

6. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРЕН КОЭФФИЦИЕНТ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ

1. менее 20
2. 20-34
3. 35-49
4. 50-69
5. 70

7. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

1. отсутствие моторных нарушений
2. отсутствие нарушений в соматической и неврологической сферах
3. возможно трудоустройство
4. потребность в постоянном постороннем надзоре
5. способность к школьному обучению в полном объеме

8. ДЛЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРЕН КОЭФФИЦИЕНТ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ:

1. менее 20
2. 20-34
3. 35-49
4. 50-69
5. 70

9. ДЛЯ ГЛУБОКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ХАРАКТЕРЕН КОЭФФИЦИЕНТ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ

1. менее 20
2. 20-34
3. 35-49
4. 50-69
5. более 70

10. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕНИЕМ

1) асинхронии развития

2) высвобождения более ранних форм нервно-психического реагирования

3) тотальной психической ретардации

4) акселерации

5) деменции

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

У новорожденного ребенка при осмотре обращает на себя внимание повышенная возбудимость, повышенный тонус мышц. Сухожильные рефлексы резко оживлены, тремор рук, подбородка. Моча имеет специфический «мышиный» запах.

1. Определите предположительный диагноз.

2. Назначьте необходимое обследование.

3. Подлежит ли пациент диспансерному наблюдению?

4. Возможно ли избежать у этого пациента развития умственной отсталости?

5. Каковы лечебные мероприятия?

**Эталон ответа**

1. Фенилкетонурия.

2. Необходимо провести пробу Феллинга, определение концентрации фенилаланина в сыворотке.

3. Подлежит в связи с вероятностью развития умственной отсталости.

4. Возможно.

5. Назначение диеты, не содержащей фенилаланина.

**Задача №2**

Ребенку 4,5 года. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу («манежный бег»), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторении слов и фраз из понравившегося фильма или рекламы. В спокойном состоянии часами играет один, однообразно перекладывает игрушечные колесики. Крайне ими дорожит, везде находит и собирает колесики разных размеров и цветов.

1. Назовите основные признаки психического расстройства.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Отсутствие диалоговой и коммуникативной функции речи, стереотипный характер игр, наличие эхо-лалий, монотонный и однообразный характер двигательного возбуждения, возраст возникновения – старше 3 лет.

2. Атипичный детский аутизм.

3. К группе F 80 – нарушения психологического (психического) развития.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается. Требуется наблюдение и лечение у психиатра и комплексная индивидуальная развивающая программа с участием психолога, логопеда, дефектолога.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №3**

Ребенку 12 лет. По словам родителей, с раннего детства уступал сверстникам в умственном развитии. С трудом окончил 3 класса спец. школы, научился писать отдельные слова, считает до 100, легко складывает в пределах 30, но с трудом вычитает числа. Знает, что такое кровать, стол, стул, но сгруппировать их в одно понятие не может. Очень прилежен, имеет довольно хорошую механическую память.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Как можно охарактеризовать мышление этого ребенка?

4. Чем нивелируется у него отсутствие абстрактного мышления?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Дебильность.

2. Умственная отсталость легкой степени.

3. Мышление конкретно-ситуационное.

4. Прилежанием и хорошей механической памятью.

5. Прогноз относительно благоприятный – может освоить несложную профессию и работать под руководством наставника.

**Задача №4**

Мальчику 9 лет. Двигательно неловок. Может сам есть ложкой, но одеваться, раздеваться не умеет. Заикается, речь косноязычная, словарный запас ограничен, фразовая речь фактически отсутствует. Знает названия окружающих предметов. Ласков, послушен, эмоционально привязан к родным, иногда копирует их действия.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Чем характеризуется познавательная деятельность этого ребенка?

4. Имеется ли у него абстрактное мышление?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Имбецильность.

2. Тяжелая умственная отсталость.

3. Познавательная деятельность ограничивается образованием представлений.

4. Абстрактное мышление отсутствует.

5. Может научиться выполнять простейшие навыки самообслуживания и трудовые операции под контролем взрослых.

**Задача №5**

Ребенок 5 лет не узнает родителей, не отличает горячего от холодного, тянет в рот несъедобные предметы, не умеет раздеваться и одеваться. Нередко бывает злобен, пытается кусаться, рвать волосы, одежду. Речь полностью отсутствует. Нуждается в постоянном надзоре и уходе.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. С какими нарушениями обычно сочетается психический дефект при данной степени недоразвития интеллекта?

4. Каков прогноз?

5. Что является причиной смерти у таких больных?

**Эталон ответа**

1. Идиотия.

2. Умственная отсталость глубокая.

3. Психический дефект сочетается с множественными дефектами формирования внутренних органов и внешними аномалиями.

4. Прогноз неблагоприятный.

5. Причиной смерти у таких больных являются инфекции и интеркуррентные заболевания.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Уметь выявить при обследовании пациента основные признаки умственной отсталости.
2. Уметь описать выявленные расстройства.
3. Уметь определить регистр и основные клинические отличия выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Дифференцированные формы умственной отсталости.

2. Вопросы реабилитации и социализации при умственной отсталости легкой степени.

3. Вопросы судебной психиатрии при состояниях умственной отсталости.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146>
* [Руководство по судебной психиатрии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=61315). ред. А. А. Ткаченко. М. : Юрайт, 2018. [Электронный ресурс] : практ. пособие. Т. 1. - Режим доступа: <https://www.biblio-online.ru/viewer/rukovodstvo-po-sudebnoy-psihiatri>
* [Руководство по судебной психиатрии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=61315). ред. А. А. Ткаченко. М. : Юрайт, 2017. [Электронный ресурс] : практ. пособие. Т. 2. - Режим доступа: https://www.biblio-online.ru/viewer/rukovodstvo-po-sudebnoy-psihiatri

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.100. **Тема:** «Искажения и другие нарушения психического развития».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Особенностью детской психиатрии является ее неразрывная связь с возрастной психологией и педагогикой. Поскольку синдромологические картины в детстве развертываются на разных возрастных этапах и патологические процессы совмещаются с процессами развития.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать искажения и другие нарушения психического развития.

ПК-2, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: клинические проявления нарушений психического развития.

Уметь: оценить анамнестические сведения и синдромокинез при данных состояниях.

Владеть: методами описания выявленных расстройства.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 2. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения темы занятия |
| 3. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 4. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 5. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление с последующим обсуждением. |
| 6. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 7. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Детский аутизм — нарушение психического развития, характеризующееся аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи и моторики, стереотипностью деятельности и поведения, приводящими к нарушениям социального взаимодействия.

Классификация аутистическихрасстройств:

* Синдром раннего детского аутизма Каннера (классический вариант детского аутизма)
* Синдром Аспергера (аутистическая психопатия)
* Синдром Ретта
* Аутизм, развивающийся после приступа шизофрении (детский «процессуальный» аутизм)
* Аутистическиподобные нарушения'
* При органических заболеваниях мозга
* При хромосомных аномалиях
* При обменных нарушениях
* При других формах патологии
* Парааутистические расстройства (депривационный аутизм)

Синдром раннего детского аутизма Каннера. Развитие этого синдрома может начинаться в возрасте от рождения до 36 мес. (3 лет) жизни ребенка. Его определяют аутистическая отгороженность детей от реального мира с неспособностью формирования общения и неравномерным созреванием (асинхронностью развития) психической, речевой, моторной и эмоциональной сфер жизнедеятельности. Для этого заболевания характерны явления протодиакризиса, недостаточное различение одушевленных и неодушевленных объектов. Поведение и игры аутичных детей характеризуются стойкими стереотипами, отсутствием подражания, недостатком реакции на окружающее и повышенной чувствительностью на условия как дискомфорта, так и комфорта. Форма общения с родными (особенно с матерью) — симбиотическая или индифферентная, т.е. без эмоциональной реакции, вплоть до отказа общения с ними.

Смена привычного жизненного стереотипа, появление новых объектов и посторонних лиц вызывают у аутичных детей реакцию избегания либо недовольства и страха с хаотической агрессией и самоагрессией. Во внешнем облике больных детей обращают на себя внимание застывшая мимика, направленный в пустоту или как будто в себя взгляд, отсутствие реакции «глаза в глаза», но иногда возникает мимолетная фиксация взгляда на окружающих лицах и предметах. Моторика аутичных детей угловатая со стереотипными движениями, атетозоподобными движениями в пальцах рук, ходьбой «на цыпочках». Но наряду с этим у больных аутизмом возможно развитие достаточно сложных и тонких моторных актов.

Речь рецептивная и особенно экспрессивная развивается слабо; отсутствуют экспрессия, жестикуляция, сохраняются эхолалии, фразы-штампы, нарушено произношение звуков, нет интонационного переноса, т.е. непрерывной мелодии речи, ритма, темпа. Голос то громкий, то неожиданно становится тихим и ребенок переходит на шепот. Произношение звука может быть разным — от правильного до невнятного, иногда с необычной модуляцией. Экспрессивная речь развивается с большим отставанием, преобладает бессвязная, эгоцентрическая речь. Больные практически неспособны к диалогу. Ребенок лишен активного стремления к усвоению новых фраз и их использованию. Нарушенный синтаксический и грамматический строй речи дополнен то интонационной вычурностью, то лепетной речью, то манерным словотворчеством. Последнее сохраняется и после первого физиологического кризового периода. В более тяжелых случаях отмечаются разрыхление ассоциаций, смещение мыслей, иногда исчезновение из фраз личных местоименных и глагольных форм; фразы становятся предельно краткими и отрывистыми.

Как и другие формы детского аутизма, синдром Аспергера начинается в раннем детском возрасте, но диагностируется нередко только при поступлении больных в школу, когда очевидной становится трудность во взаимоотношениях с другими детьми. В дальнейшем ограниченность общения нарастает, при этом достигая степени полного отрыва от реальности, хотя чаще отношения с внешним миром для таких детей неоднозначны — одни факторы реального окружения могут быть для них значимы, другие имеют меньшее значение, а третьи вообще несущественны (для нормально развивающегося ребенка они имеют равную значимость). Общие интересы со сверстниками не привлекают таких детей. Обычно они. замещаются особыми интересами «заумного», отвлеченного характера. Стремление решения вопросов о «жизни», «мироздании» и т.п. сочетается у этих детей с нелепым собирательством железок, картинок и других предметов, не представляющих никакой ценности.

Несмотря на трудности общения, составляющие сущность аутизма, интеллект и речь больных остаются достаточно сохранными. При средних значениях IQ более высокими являются показатели вербального теста Векслера. У этих детей достаточно развито логическое мышление, хотя в мышлении могут обнаруживаться тенденции к рассуждательству, символизму и амбивалентности заключений. Речь при всей ее грамматической правильности обычно не направлена к собеседнику, изменены и ее мелодика, и темп. Знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы.

Побуждения к действию неадекватны целям и аутистические интересы в этом случае преобладают; именно на их выполнение больные направляют основную энергию. Побуждения же к целенаправленной деятельности недостаточны. Поэтому поведение больных в целом определяют импульсивность, противоположные аффекты и желания, отсутствие единства и внутренней логики.

Акселерация — ускорение (в среднем на 1—2 года) физического, интеллектуального и сексуального развития, в целом или парциально. Для парциальной акселерации характерны дизритмичность и неравномерность психофизического развития.

Акселерация может быть гармоничной. Так называют те случаи, когда отмечается соответствие уровня развития не только психической и соматической сфер, но и отдельных психических функций. Но гармоничная акселерация встречается исключительно редко. Чаще наряду с ускорением психического и физического развития отмечаются выраженные соматовегетативные дисфункции (в раннем возрасте) и эндокринные нарушения (в более старшем). В самой психической сфере наблюдается дисгармония, проявляющаяся ускорением развития одних психических функций (например, речи) и незрелостью других (например, моторики и социальных навыков), а иногда соматическая акселерация опережает психическую. Во всех этих случаях имеется в виду дисгармоничная акселерация. Типичным примером последней является сложная клиническая картина, отражающая сочетание признаков акселерации и инфантилизма.

Акселерация в раннем детском возрасте имеет ряд особенностей. Ускорение психического развития по сравнению с возрастной нормой даже на 1/2~1 год всегда делает ребенка «трудным», уязвимым к стрессовым, особенно к психологическим ситуациям, которые не всегда улавливаются взрослыми.

Психический инфантилизм — незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и сохранением детских качеств личности. У детей психический инфантилизм проявляется в сохранении черт поведения, присущих более младшему возрасту. Но в раннем возрасте признаки эмоционально-волевой незрелости и снижение уровня поведенческих мотиваций выявляются с трудом. Поэтому о психическом инфантилизме по существу можно говорить лишь начиная со школьного и подросткового возраста, когда присущие психическому инфантилизму особенности начинают выступать более отчетливо. Достаточно типичными для детей этого возраста являются преобладание игровых интересов над учебными, непонимание и неприятие школьной ситуации и связанных с ней дисциплинарных требований, что приводит к социальной и школьной дезадаптации.

Причинами психического инфантилизма чаще всего являются относительно легкие поражения головного мозга — инфекционные, токсические и другие, включая травмы и асфиксию плода. Особенно неблагоприятными считаются в этом отношении последний триместр внутриутробного периода и период родов. Предполагается также избирательность поражения функциональных систем головного мозга, определяющаяся асинхронностью их интенсивного формирования и тропностью действия того или иного фактора в соответствующий, наиболее чувствительный период. Не меньшая роль в генезе инфантилизма отводится и конституционально-генетической предрасположенности, а также психогенным факторам в виде особенностей воспитания — гипо- или гиперопеки, деспотического воспитания и т.п.

Различают четыре основных варианта инфантилизма: гармонический (простой), дисгармонический, органический и психогенный. Наиболее существенными признаками психического инфантилизма является эмоционально-волевая незрелость, которая выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия от игровой деятельности, беспечность, незрелость чувства долга, ответственности, неумение подчинять свое поведение требованиям, неспособность сдерживать проявления чувств, волевого напряжения. Предпосылки психического инфантилизма в первые годы жизни: слабый уровень мотиваций, низкий исследовательский интерес, симбиотическая привязанность к матери, отсутствие стремления к самостоятельности. О снижении темпа созревания эмоциогенных структур мозга свидетельствуют длительно сохраняющаяся диффузная, склонная к генерализации общая двигательная, мимическая и вокальная реакции на раздражители, замедление дифференциации эмоций, незрелость тонкой моторики на фоне двигательной расторможенности и т.д.

Простойгармонический инфантилизм — равномерная задержка темпа и физического и психического развития, проявляющегося в первую очередь незрелостью эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом. Считается, что созревание в этом случае отстает от нормы на 1—3 года. Это отражается как на поведении ребенка, так и на его возможностях социальной адаптации. Клиническая картина простого инфантилизма характеризуется чертами незрелости, «детскости» в соматическом и психическом облике. Дети выглядят младше своего возраста и отличаются грацильностью. Им свойственны живая, но поверхностная любознательность, общие нестойкие интересы к окружающему. При полноценном интеллекте отмечается неразвитость интеллектуальных интересов, своего рода диспропорциональность: неутомимость в игровых действиях и быстрая отвлекаемость, утомляемость при выполнении заданий, требующих интеллектуального, волевого усилий и терпения. В связи с этим при поступлении в школу у детей с простым инфантилизмом в ответ на обычные учебные задания могут возникать невротические реакции и нарушения поведения.

Возрастная динамика гармонического инфантилизма относительно благоприятна. Постепенно приобретаются индивидуальная активность и самостоятельность, появляются исследовательские и творческие элементы в деятельности, дополняемые воображением и фантазией. Проявления простого психического инфантилизма уменьшаются или полностью исчезают приблизительно к 10 годам. В тех случаях, когда инфантилизм сочетается с пограничной интеллектуальной недостаточностью, наступает ее компенсация.

Тем не менее, полной нормализации личностных свойств не наступает и простой инфантилизм, отмечаемый в детском и пубертатном возрасте, сменяется личностной дисгармонией и завершается акцентуацией характера или психопатией преимущественно неустойчивого или истероидного типа. Простой инфантилизм в клинической практике встречается редко и чаще на уровне субклинического состояния.

Дисгармонический инфантилизм отличается сочетанием признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму с отдельными патологическими чертами характера, такими как аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность, повышенный интерес к социальным эксцессам. Отдельные патологические черты характера обнаруживаются уже на 1—2-м году жизни в виде упрямства, реакций протеста, стремления настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. У детей старшего возраста черты незрелости эмоционально-волевой сферы «перекрываются» девиантным поведением и патологическими чертами характера. Структура и возрастная динамика дисгармонического инфантилизма позволяют расценивать его как этап формирующейся психопатии.

Наиболее распространенным вариантом органического, или психического, инфантилизма является инфантилизм, связанный с психоорганическим синдромом. Он развивается вследствие органического повреждения мозга. Поскольку нередко речь идет о внутриутробном повреждении плода, то при этом типе инфантилизма часто встречаются множественные стигмы дизморфогенеза — низкорослость, дискрании, дизотия, высокое небо, неправильный рост волос, зубов и т.п. Клиническая картина этой формы инфантилизма чрезвычайно полиморфна и определяется выраженностью других психопатологических симптомов органического поражения головного мозга. Эмоционально-волевая незрелость, как и при простом инфантилизме, проявляется детскостью поведения, суждений, наивностью, внушаемостью, преобладанием игровых интересов, неспособностью к занятиям, требующим волевого усилия. Особенности интеллектуальной деятельности в этих случаях — инертность и плохая переключаемость мыслительных процессов. Кроме того, отмечаются снижение эмоциональной живости и яркости эмоций, поверхностность эмоциональных привязанностей, бедность воображения. Игровую, а затем и учебную деятельность характеризуют однообразие и малая заинтересованность в оценке своих действий, отражающая низкий уровень притязаний. Наряду с этим наблюдаются некритичность, двигательная расторможенность и элементы психопатоподобного поведения. Пограничная интеллектуальная недостаточность у этих детей выражена в большей степени, чем при других формах инфантилизма: задерживаются в развитии предпосылки интеллектуальной деятельности — внимание, память, психическая работоспособность. Но эти расстройства, имея некоторое сходство с легкими формами умственной отсталости, отличаются от дебильности преобладанием признаков эмоционально-волевой незрелости и меньшей пораженностью собственно интеллектуальных функций (таких как способность к обобщению и абстрагированию).

К осложненным вариантам органического инфантилизма относятся его церебрастенический, невропатический и диспропорциональный варианты, а также инфантилизм при эндокринопатиях. При церебрастеническом варианте эмоционально-волевая незрелость сочетается с симптомами раздражительной слабости и мягкой интеллектуальной недостаточности. Невропатический вариант осложненного инфантилизма характеризуется превалированием астеноневротических явлений в виде повышенной тормозимости, пугливости, робости, внушаемости, неуверенности в себе, трудности адаптации в детских коллективах с симптомами выраженной соматовегетативной дизрегуляции. При эндокринных вариантах клиническая картина определяется сочетанием признаков инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного типа гормональной дисфункции. Так, при гипогенитализме характерны черты инфантилизма в сочетании с вялостью, медлительностью, несобранностью, рассеянностью, бесплодным мудрствованием. При гипофизарном субнанизме признаки незрелости сосуществуют с чертами старообразности в физическом и психическом облике, склонностью к педантизму, рассуждениям со слабостью волевого усилия, расстройствами внимания и логической памяти.

Недостаточно изученным остается особый вариант инфантилизма — психогенный инфантилизм. Этот вариант рассматривается как выражение аномального формирования личности в условиях неправильного воспитания. Формирующиеся в случаях депривации аффективная незрелость и повышенная лабильность, отсутствие внутренних запретов определяются неправильным воспитанием или длительной эмоциональной и социальной фрустрацией. С возрастом формируется эмоционально-незрелая личность. При воспитании по принципу гиперпротекции наряду с инфантильностью ярко выступает эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, крайняя несамостоятельность, пассивность, психическая невыносливость, неспособность к напряжению. Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и постоянными запретами способствует выработке и закреплению эмоционально-волевой незрелости в виде сниженной инициативной активности, недостаточной самостоятельности, нерешительности. Но всем разновидностям психогенного инфантилизма свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности или отсутствия высших этических установок и системы идеалов. У таких детей остаются недостаточно сформированными позитивно направленные социальные и интеллектуальные интересы, потребность в труде, чувство долга, отмечается искаженное понимание своих социальных обязанностей, своего будущего. Все это составляет основу девиантного поведения таких детей.

Гиперкинетический синдром

Гиперкинетический синдром — расстройство, характеризующееся нарушением внимания, двигательной гиперактивностью и импульсивностью поведения.

В МКБ-10 этот синдром отнесен к классу «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F9), составляя группу «Гиперкинетические расстройства» (F90).

Распространенность. Частота синдрома среди детей первых лет жизни колеблется в пределах 1,5—2, среди детей школьного возраста — от 2 до 20 %. У мальчиков гиперкинетический синдром встречается в 3—4 раза чаще, чем у девочек.

Клинические проявления. Гиперкинетические расстройства часто возникают в раннем детстве (до 5 лет), хотя диагностируются значительно позже. Расстройства внимания проявляются повышенной отвлекаемостью (без признаков гиперметаморфоза) и неспособностью к деятельности, требующей когнитивных усилий. Ребенок не может длительно удерживать внимание на игрушке, занятиях, ждать и терпеть. Он испытывает затруднения при необходимость сидеть на месте, при этом он часто беспокойно двигает руками и ногами, ерзает, начинает вставать, бегать, испытывает затруднения в тихом проведении досуга, предпочитая моторную активность. В препубертатном возрасте ребенок может кратковременно сдерживать двигательное беспокойство, ощущая при этом чувство внутреннего напряжения и тревоги. Импульсивность обнаруживается в ответах ребенка, которые он дает, не выслушав вопроса, а также в неспособности дожидаться своей очереди в игровых ситуациях, в прерывании разговоров или игр других. Импульсивность проявляется и в том, что поведение ребенка часто маломотивировано: двигательные реакции и поведенческие поступки неожиданны (рывки, скачки, пробежки, неадекватные ситуации, резкая смена деятельности, прерывание игры, беседы с врачом и т. п.). С началом обучения в школе у детей с гиперкинетическим синдромом нередко выявляются специфические проблемы обучения: трудности письма, расстройства памяти, слухоречевые дисфункции; интеллект, как правило, не нарушается. Почти постоянно у этих детей наблюдаются эмоциональная лабильность, перцептивные двигательные нарушения и расстройства координации. У 75 % детей довольно устойчиво возникают агрессивное, протестное, вызывающее поведение или, напротив, подавленное настроение и тревога, нередко как вторичные образования, связанные с нарушением внутрисемейных и межперсональных отношений.

При неврологическом обследовании у детей обнаруживаются «мягкие» неврологические симптомы и координаторные нарушения, незрелость зрительно-моторной координации и восприятия, слуховой дифференциации. На ЭЭГ выявляются характерные для синдрома особенности.

Основные принципы и виды терапии в детской психиатрии. Вопросы лечения и психопрофилактики психического дизонтогенеза в настоящее время активно разрабатываются как в зарубежной, так и в отечественной психиатрии раннего возраста. Характер психопрофилактических мероприятий обусловливается содержанием факторов риска возникновения психического дизонтогенеза: первичные превентивные меры (в том числе улучшение родовспоможения и антенатального здоровья плода); программы вторичной психопрофилактики (включая медикаментозное лечение); различные реабилитационные мероприятия.

Медикаментозное лечение нарушений психического развития довольно разнообразно, но неспецифично и направлено на улучшение процессов метаболизма нервной ткани (ноотропы, аминокислоты, витамины группы В, биогенные стимуляторы и т.п.) и усиление мозгового кровотока (кавинтон, никошпан и др.). Детям с психическим дизонтогенезом показаны препараты кальция, фосфора, железа, фитин и др. При сопутствующих неврологических и психопатологических синдромах назначают антиконвульсанты, дегидратирующие и эндокринные средства, транквилизаторы и психотропы. Медикаментозное лечение проводят индивидуально, курсами с интервалами в 2—3 мес. Важное значение в стимуляции возрастных, особенно психомоторных навыков, занимают лечебная гимнастика и массаж. Параллельно со стимуляцией общего физического состояния и моторики необходимо проводить целенаправленную стимуляцию и коррекцию нарушенных и находящихся в процессе развития психических функций.

Опыт диагностической и лечебно-профилактической работы у детей раннего возраста с проявлениями психического дизонтогенеза позволил сформулировать концепцию ранней профилактики этих психических нарушений. Она должна опираться на законы психического развития в раннем онтогенезе, которые проявляются в психической деятельности младенца и малыша — психическую активность, компетенцию и привязанность. Базисом являются филогенетически древние инстинкты свободы, любознательности и эмоционального голода. Данные инстинктивные потребности психической жизни ребенка под влиянием среды формируются в специфические для раннего онтогенеза психосоциобиологические интраструктуры психики. Последние формируют у ребенка знание об окружающей среде, возможность ее прогнозирования и управления ею и эмоциональную привязанность к окружающему миру и людям через способность к эмоциональному резонансу в ответ на воздействие окружающей среды.

Основным запускающим и формирующим механизмом психического здоровья ребенка является окружающая его среда: для младенца — это состояние психосоциобиологической системы, или диады мать — дитя. Понятно, что от состояния психического здоровья матери, но, главное, от ее взаимоотношений с ребенком, зависят и состояние его психического здоровья, и его развитие. Большое значение имеет адекватность и сила эмоциональных реакций матери, связанных с качеством сформированной у нее такой интрапсихической структуры, как материнское чувство.

Не меньшую роль играет «эффективность среды», т.е. возможность создания оптимальных условий для комфортного самоощущения ребенка как фактора профилактики психического дизонтогенеза. Ведущие задачи такой психопрофилактики — это диагностика и коррекция аномалий развития психических функций младенца и малыша; выявление, диагностика и коррекция отклонений внутрисемейных отношений между родителями и детьми; психологическая подготовка матери к материнству, а отца к отцовству; стимуляция их родительских чувств, повышение их компетентности в обращении и понимании своего ребенка, а также активное стимулирование психического здоровья самого ребенка через стимуляцию развития его основных психических функций: речи, эмоциональных, волевых, внимания, познавательных, социального поведения, а также управление формированием основных интрапсихических систем ребенка.

Лечение и организация помощи больным с аутизмом. Специфической терапии аутистических расстройств не существует и поэтому терапия носит преимущественно симптоматический характер. Основная цель лечения этих больных — воздействие на психопатологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а также соматоневрологические проявления заболевания, стимуляция развития функциональных систем: когнитивных функций, речи, моторики, необходимых навыков или поддержание их сохранности, создание предпосылок и возможности обучения. Используются фармакотерапия (психо- и соматотропными средствами), психотерапия, физиотерапия и методы психолого-педагогической коррекции.

Все виды лечебных воздействий при детском аутизме применяются на основе индивидуальной клинической оценки состояния больных (включая коморбидные расстройства).

Фармакотерапия у больных детским аутизмом показана при выраженной агрессивности, самоповреждающем поведении, гиперактивности, стереотипиях и расстройствах настроения. В этих случаях используются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и седативные препараты.

Нередко при детском аутизме для снятия страха, возбуждения моторных стереотипии применяют галоперидол в дозах 0,25—1,5 мг в день (0,01—0,02 мг/кг массы тела). Рекомендуется начинать лечение с самых малых доз, крайне медленно их повышать, поскольку седативный эффект может проявиться даже при самых минимальных дозах. При правильно выбранных дозах осложнений при лечении галоперидолом не возникает. В редких случаях развиваются дискинезии, в том числе поздние, которые вначале трудно выявить на фоне массивных стереотипии и насильственных движений. Лечение галоперидолом в случае необходимости может быть поддерживающим (есть наблюдения, что оно оказывается эффективным при склонности больных к реакциям гнева, раздражительности и при эмоциональной лабильности). Важно, что галоперидол даже при относительно длительном его применении не мешает проведению психотерапии, психологической коррекции, процессу обучения. В тех случаях, когда галоперидол оказывает чрезмерное седативное действие, может применяться пимозид (0,5—1 мг в день).

При синдроме Ретта противопоказано применение хлорпромазина, поскольку этот препарат может способствовать усугублению эпилептиформных явлений и не дает эффекта при насильственном гиперкинезе, как, впрочем, и некоторые другие нейролептики и транквилизаторы.

Из антидепрессантов предпочтительно применение трициклических антидепрессантов, препаратов типа амитриптилина, в частности триптизола (соответственно по 6,25 и 12,5 мг в день) в сочетании с финлепсином (50—100 мг в день). Имеются также первые сообщения о положительном эффекте флуоксетина.

При детском аутизме с гиперкинетическим синдромом может быть применен депакин (вальпроат натрия). Оптимальная доза его в этих случаях 100—200 мг в день, а также сонапакс (10—20 мг в день). Из антисудорожных средств предпочтительны ламотриджин и депакин.

Для коррекции расстройств сна могут применяться транквилизаторы, гипнотики и средства, направленные на нормализацию циркадного ритма сон — бодрствование, в частности мелатонин. Последний был предложен для лечения нарушений сна при синдроме Ретта.

Положительный эффект оказывает нейропротективная терапия. Общее улучшение состояния больных в некоторых случаях дает лечение церебролизином. При проведении фармакотерапии необходима особая осторожность, так как больные с аутистическими расстройствами в силу возрастных особенностей и характера самого заболевания (в структуру которого могут входить многочисленные соматические и неврологические отклонения) нередко оказываются повышенно чувствительными к медикаментозным воздействиям (возможны необычные реакции и осложнения). Для предупреждения последних во всех случаях требуется тщательное обследование, включающее биохимические исследования крови, функции печени и почек, компьютерную томографию, электроэнцефалографию и др. Кроме того, необходимо учитывать, что такая терапия проводится не в обычном психиатрическом стационаре, а часто в условиях дома и детского сада, т.е. вне медицинского учреждения.

Лечение гиперкинетического синдрома. Единой точки зрения на лечение гипердинамического синдрома нет. Рекомендуется использовать препараты, стимулирующие созревание нервных клеток (церебролизин, когитум, ноотропы, витамины группы В и др.), улучшающие мозговой кровоток (кавинтон, сермион, оксибрал и др.) в сочетании с этаперизином, сонапаксом, тераленом и др. Важное место в лечебных мероприятиях отводится психологической поддержке родителей, семейной психотерапии, установлению контакта и тесного сотрудничества с воспитателем и педагогами детских коллективов, где воспитываются или учатся эти дети.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-2, ПК-5, ПК-6.

1. Дайте определение детского аутизма.

2. Перечислите клинические признаки аутизма Каннера.

3. Перечислите клинические признаки синдрома Аспергера.

4. Перечислите варианты психического инфантилизма.

5. Дайте характеристику акселерации.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-2, ПК-5, ПК-6.

1. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА КАННЕРА ЯВЛЯЮТСЯ

1) дисфории

2) отсутствие взгляда «глаза в глаза»

3) сумеречные расстройства сознания

4) патологическое фантазирование

5) псевдогаллюцинации

2. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ НЕДОРАЗВИТИЕМ

1) способности к запоминанию информации

2) способности к воспроизведению информации

3) двигательно-волевой сферы

4) речи

5) самосознания

3. АУТИСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) при тубинфицировании

2) при синдроме Иценко-Кушинга

3) при сахарном диабете

4) при кретинизме

5) при синдроме Мартина – Белла

4. ДЛЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА ХАРАКТЕРНО НАЧАЛО

1) до 6 лет

2) до подросткового возраста

3) до 10 лет

4) до 3 лет

5) до 1 года

5. НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАЗЫВАЕТСЯ

1) искажение

2) дизонтогенез

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

6. УСКОРЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1)дизонтогенез

2) искажение

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

7. НЕЗРЕЛОСТЬ ЛИЧНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) дизонтогенез

2) искажение

3) диатез

4) акселерация

5) инфантилизм

8. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ ЗАМКНУТОСТЬ, СТРЕМЛЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ, СЛОЖНОСТИ В ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ С ОКРУЖАЮЩИМИ, ЗАДЕРЖКА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ, ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ РЕЧИ, ЭХОЛАЛИИ, СТЕРЕОТИПИИ ХАРАТЕРНЫ ДЛЯ

1) синдрома Аспергера

2) раннего детского аутизма

3) гиперкинетического расстройства

4) синдрома Ландау-Клеффнера

5) изолированной задержки развития

9. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ АКТИВНОСТЬ, ПОДВИЖНОСТЬ, ОТВЛЕКАЕМОСТЬ, НАРУШЕНИЕ ВНИМАНИЯ, НЕДОСТАТОК ОРГАНИЗОВАННОСТИ И ВОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) синдрома Аспергера

2) изолированной задержки развития

3) гиперкинетического расстройства

4) раннего детского аутизма

5) синдрома Ландау-Клеффнера

10. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВЕНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ НЕДОРАЗВИТИЕМ

1) психики (преимущественно интеллекта)

2) речи

3) коммуникативных функций

4) памяти

5) мышления

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-2, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Ребенок 5 лет не отличает горячего от холодного, тянет в рот несъедобные предметы, не умеет раздеваться и одеваться. Нередко бывает, злобен, пытается кусаться, рвать волосы, одежду. Речь полностью отсутствует. К людям не тянется, эмоциональной поддержки не требует.

1. Назовите синдром недоразвития интеллекта.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Умственная отсталость глубокая.

2. Умственная отсталость с аутистическими чертами.

3. К группе F 70 – умственная отсталость.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается. Необходимо обеспечить уход, наблюдение и индивидуальную программу реабилитации.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №2**

Ребенку 4,5 года. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу («манежный бег»), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторении слов и фраз из понравившегося фильма или рекламы. В спокойном состоянии часами играет один, однообразно перекладывает игрушечные колесики. Крайне ими дорожит, везде находит и собирает колесики разных размеров и цветов.

1. Назовите основные признаки психического расстройства.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Отсутствие диалоговой и коммуникативной функции речи, стереотипный характер игр, наличие эхо-лалий, монотонный и однообразный характер двигательного возбуждения, возраст возникновения – старше 3 лет.

2. Атипичный детский аутизм.

3. К группе F 80 – нарушения психологического (психического) развития.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается. Требуется наблюдение и лечение у психиатра и комплексная индивидуальная развивающая программа с участием психолога, логопеда, дефектолога.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №3**

Ребенку 4 года. С раннего возраста родители отмечают странности в поведении: ребенок равнодушен к родителям, не реагирует на их появление и уход. Создается впечатление, что мальчик не различает людей и неодушевленные предметы, реагирует на них одинаково. Вместо естественного любопытства - ( новые игрушки, люди) ребенок бывает недовольным и даже бурно протестует. Игры ребенка носят манипулятивный характер: часами наливает и выливает из стакана воду, пересыпает с места на место песок, перебирает бумажки, спичечные коробки. Двигательно мальчик неуклюж. Мимика бедная, невыразительная, ребенок смотрит как бы “мимо” собеседника. Интеллект ребенка не нарушен: речь сформирована правильно, выучил уже много букв, пытается читать.

1. Назовите основные признаки психического расстройства.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Отсутствие стремления к общению, одинаковое отношение к живым и неживым объектам, стереотипный, манипулятивный характер игр, двигательная неловкость, возраст возникновения – младше 3 лет.

2. Ранний детский аутизм (с-м Каннера).

3. К группе F 80 – нарушения психологического (психического) развития.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается. Требуется наблюдение и лечение у психиатра и комплексная индивидуальная развивающая программа с участием психолога, логопеда, дефектолога.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №4**

Ребенку 8 лет. В 4-летнем возрасте он перенес тяжелую корь с длительным повышением температуры до 39°, потерей сознания. Изменения в поведении родители отмечают по выходе из болезненного состояния: ребенок стал суетливым, непоседливым. Игры сопровождаются стремлением к разрушению, мешает играть другим детям, из-за чего ставился вопрос об его отчислении из детского сада. За время пребывания в школе характеризуется как крайне недисциплинированный. Обследование психолога показывает коэффициент интеллекта 102, однако у ребенка успеваемость значительно снижена из-за специфических черт характера.

1. Назовите основные признаки психического расстройства.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации в психиатрический стационар?

5. Есть ли показания для недобровольной госпитализации?

**Эталон ответа**

1. Суетливость, непоседливость, быстрая истощаемость, эпизоды агрессивности, недисциплинированность.

2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

3. К группе F 90 – эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

4. В госпитализации в психиатрический стационар не нуждается. Требуется наблюдение и лечение у психиатра, комплексная индивидуальная развивающая программа с участием психолога, логопеда, дефектолога.

5. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

**Задача №5**

Девочке 14 лет. С детства выделялась среди сверстников, была замкнута, не любила играть с другими детьми, не находила с ними общего языка. Слабо успевала в школе. Психическое состояние изменилось без видимых причин – возбуждена, дурашлива, негативистична, кривляется, плюется, нелепо смеется. Попытки успокоить ее приводят к еще более выраженному возбуждению и нелепому поведению.

1. Назовите синдром.

2. Установите диагноз заболевания.

3. Определите форму заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гебефренический синдром.

2. Шизофрения.

3. Гебефреническая форма.

4. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет злокачественно, быстро приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-2, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь выявить при помощи беседы и наблюдения психопатологические симптомы заболевания.

2). Уметь квалифицировать синдромы выявленных расстройств

3). Уметь определить уровень выявленных расстройств.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Классификация аутистических расстройств.

2) Характеристика параутистических состояний.

3) Психический инфантилизм

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.101. **Тема:** «Терапия психических болезней».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Современное лечение психических заболеваний предполагает комплексное применение различных методов. Биологическую терапию, как правило, сочетают с психотерапией и мероприятиями по социально-трудовой реабилитации больных. Соотношение указанных методов терапевтического воздействия изменяется в зависимости от этапа заболевания. Если в период манифестации психоза преобладают медикаментозные методы лечения, то по мере уменьшения остроты состояния, обратного развития психопатологических расстройств и становления ремиссии все большее значение приобретают психотерапевтические методы, меры социальной реадаптации и восстановление трудовых навыков.

**Цели обучения:**

**- общая:** Знать современные методы лечения психических заболеваний.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные принципы психофармакотерапии, классификацию психофармакологических препаратов, показания к применению.

Уметь: применить свои знания на практике, а также оказать помощь при побочных эффектах и осложнениях психофармакотерапии.

Владеть: методами лечения психических заболеваний.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к терапии психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ВИДЫ ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Успех терапии во многом зависит от возможности максимальной адаптации лечебных мероприятий к особенностям клинических проявлений болезни. Особое значение это положение приобретает при проведении медикаментозной, в частности психофармакологической, терапии. Ее дифференцировка, выбор соответствующих психотропных средств и способов их введения, изменение терапии в зависимости от динамики клинической картины позволяют создать благоприятные условия для редукции болезненных расстройств.

Терапевтическая тактика в каждом случае должна быть клинически обоснованной, т.е. соответствовать характеру и выраженности психопатологических проявлений и учитывать как индивидуальные особенности больного, так и общие закономерности течения болезни. Продолжительность терапии должна быть достаточно длительной и «перекрывать» период клинически выраженной психопатологической симптоматики.

Способ введения препаратов и темп наращивания доз определяются в основном состоянием больного. Психотропные средства обычно назначают внутрь (в таблетках, драже, каплях, сиропах, суспензии) и внутримышечно. Для более мощного психофармакологического воздействия прибегают к внутривенному введению лекарств. В резистентных к терапии случаях особенно эффективным оказывается внутривенное капельное введение последних.

Суточную дозу препаратов увеличивают постепенно, с осторожностью. Быстрое повышение доз до максимальных, вызывающих выраженные побочные явления, чаще всего не оправдано, за исключением случаев тяжелого психомоторного, бредового и других видов возбуждения. Лечение высокими дозами может вызвать серьезные осложнения и привести (особенно при относительно скудных позитивных расстройствах) к ухудшению состояния больного. Увеличение суточных доз препарата показано при снижении чувствительности к лекарственным средствам, обычно на более поздних этапах ранее успешного лечения. Кроме повышения доз, в таких случаях целесообразен переход на препараты с другими механизмами действия или на комбинированную терапию.

В острый период болезни лечение проводится непрерывно, так как только постоянное лекарственное воздействие на ЦНС обеспечивает успех терапии.

При затяжном течении болезни, длительном и безрезультатном введении психотропных средств, сопровождающимся усилением вялости, апатии и заторможенности, иногда эффективна одномоментная отмена лекарств, применявшихся до этого в высоких дозах. После перерыва можно возобновить терапию с быстрым наращиванием доз — метод «зигзага», или «зубца».

В связи с особенностями психических заболеваний большое значение имеют преемственность и координация стационарной и внебольничной терапии и помощи в целом. Современные методы лечения обычно позволяют относительно быстро купировать острые проявления психических расстройств, благодаря чему период пребывания больного в стационаре может существенно сокращаться. В связи с этим особенное значение приобретает организация лечения во внебольничных условиях — в ПНД, полустационарах, специализированных кабинетах территориальных поликлиник. Нужно лишь иметь в виду, что недостаточно интенсивная амбулаторная терапия может приводить к формированию синдрома «вращающихся дверей», когда ранняя выписка из стационара без регулярного внебольничного лечения приводит к повторной госпитализации.

Во внебольничных условиях обычно проводят *поддерживающую терапию.* Ее задачи — стабилизация состояния больного, дальнейшая редукция остаточной психопатологической симптоматики, углубление ремиссии и, что не менее важно, адаптация больного к изменившимся в связи с болезнью условиям жизни. Часто поддерживающая терапия на всем протяжении заболевания позволяет удерживать больного в привычных условиях и избежать психотравмы, связанной с помещением его в психиатрический стационар. Во внебольничных условиях может проводиться *первичная терапия,* которая также позволяет сохранить социальный статус больного (иногда больные могут продолжать обычную деятельность, т.е. работать, учиться и т.п.). Возможность первичной амбулаторной терапии определяется индивидуальными особенностями заболевания и психическим состоянием пациента. В этих случаях проводят в первую очередь медикаментозную терапию, но она осуществляется более щадящими методами в связи с отсутствием ежедневного контроля за состоянием больных и их активным образом жизни.

По клиническому назначению и терапевтическим подходам внебольничную терапию можно разделить на купирующую, корригирующую и стабилизирующую.

*Купирующая терапия* применяется при психических расстройствах, «чувствительных» к психотропным средствам. Лечение таких больных должно быть направлено на полное устранение болезненных явлений и формирование стойких ремиссий. Суточные дозы лекарственных средств могут значительно превышать обычные поддерживающие дозы и приближаться к применяемым в условиях стационара. К нозологическим формам психических заболеваний, при которых может быть использована купирующая амбулаторная терапия, относятся реактивные психозы (когда госпитализации не требуется в связи с умеренной выраженностью дезадаптации), аффективные фазы в рамках личностных расстройств, тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, соматоформные расстройства при пограничных состояниях, нетяжелые эндогенные аффективные расстройства и некоторые формы приступообразно-прогредиентной шизофрении. Купирующая терапия с использованием повышенных доз применяется и при явлениях «привязанности» к психотропным средствам. Чаще всего они бывают у больных с так называемым условно-ремиттирующим течением шизофрении. В этих случаях психические расстройства (синдром психического автоматизма, галлюциноз, парафренные и некоторые аффективно-бредовые состояния) полностью купируются в процессе терапии. Однако у этих пациентов в отличие от большинства больных с приступообразно-прогредиентным течением болезни всякая попытка прекратить лечение приводит к экзацербации болезненного процесса.

*Корригирующая терапия* применяется в основном при затяжных неврастенических состояниях, расстройствах личности астенического круга с тенденцией к частым декомпенсациям (зависимое расстройство личности, истерическое расстройство с преобладанием ипохондрических и конверсионных нарушений, тревожно-уклоняющееся расстройство личности — сенситивная психастения, сенситивный вариант шизоидной психопатии и др.). Она показана также при ремиссиях со стойкими психопатоподобными изменениями преимущественно астенического типа у больных шизофренией, когда наряду с астенией нередко отмечаются отчетливые черты ригидности психических процессов, проявляющиеся, в частности, в чрезмерном стремлении сохранять привычный уклад жизни. Последнее для организации терапии во внебольничных условиях имеет особое значение, так как стереотипная схема приема лекарств становится частью привычного распорядка дня — больные стремятся принимать одни и те же препараты в неизменной дозе. Более того, они отказываются прекращать терапию даже тогда, когда необходимость в ней отпала. В этих случаях показано плавное уменьшение доз лекарств в сочетании с массивным психотерапевтическим воздействием.

*Стабилизирующая терапия* направлена не на полную редукцию психических расстройств, а лишь на стабилизацию состояния больного на ранее достигнутом уровне. Лечение в этом случае проводится средними и низкими дозами психотропных средств. Такая методика целесообразна при затяжных невротических и паранойяльных расстройствах пограничного уровня, мало-прогредиентной шизофрении, а также в периоды стабилизации неблагоприятно протекающего болезненного процесса.

Терапевтическая тактика в каждом случае должна быть клинически обоснованной, т.е. соответствовать характеру и выраженности психопатологических проявлений и учитывать как индивидуальные особенности больного, так и общие закономерности течения болезни

Эффективность лекарственной терапии психотропными средствами определяется соответствием выбора препарата клинической картине болезни, правильностью режима его дозирования, способом введения и длительностью терапевтического курса.

Классификация психофармакологических препаратов основывается на их ведущих клинических эффектах. Она включает 6 классов психотропных средств:

* нейролептики
* антидепрессанты (тимоаналептики)
* транквилизаторы
* психостимуляторы
* препараты нейрометаболического действия
* нормотимики

*Нейролептики.* 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. Многие из нейролептиков обладают противорвотным свойством. Они оказывают также нейротропное действие, проявляющееся в развитии экстрапирамидных и вегетососудистых нарушений.

*Транквилизаторы.* 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 миорелаксирую-щим 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.

*Антидепрессанты.* К этому классу лекарственных средств относятся препараты, повышающие патологический гипотимический аффект, а также уменьшающие соматовегетативные нарушения, обусловленные депрессией. 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.

*Нормотимики.* К нормотимикам относят средства, регулирующие аффективные проявления и обладающие профилактическим действием при фазнопротекающих аффективных психозах. Часть из этих препаратов являются *антиколъвунсантами.*

*Ноотропы.* Это класс препаратов, способных 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.

*Психостимуляторы.* 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, уменьшающие чувство усталости и сонливости.

*Психодизлептики.* Это группа препаратов не относится к собственно лечебным средствам, поскольку они обладают способностью вызывать психические расстройства — иллюзии, галлюцинации, нарушения мышления, деперсонализацию, эйфорию или тревогу. В 70-е годы были попытки использовать психодизлептики как вспомогательные средства для некоторых видов психотерапии. Но в настоящее время эти вещества как лекарственные средства не применяются.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Какие методы лечения относятся к биологической терапии психических расстройств?

2). Какова классификация психотропных средств?

3). Каковы клинические эффекты нейролептиков?

4). Побочные действия и осложнения при приеме нейролептиков.

5). Злокачественный нейролептический синдром.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. НАИМЕНЕЕ ТОКСИЧНЫМИ ПСИХОТРОПНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) нейролептики

2) антидепрессанты из группы СИОЗС

3) бензодиазепиновые транквилизаторы

4) вальпроаты

5) барбитураты

2. НЕДОПУСТИМЫМ СОЧЕТАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

1) галоперидола и циклодола

2) диазепама и ТЦА

3) СИОЗС и ИМАО

4) карбамазепина и ацетазоламида

5) ТЦА и сульпирида

3. АНТИДЕПРЕССАНТЫ НАЗНАЧАЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

1) персекуторного бреда

2) обсессивно-компульсивного расстройства

3) болезни Альцгеймера

4) острых аллергических реакций

5) тонико-клонических судорог

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ В ДОЗАХ

1) повышенных

2) пониженных

3) стандартных

4) в зависимости от соматического состояния

5) в зависимости от тяжести психического состояния

5. ДЛИТЕЛЬНО НЕЛЬЗЯ ПРИНИМАТЬ

1) нейролептики

2) трициклические антидепрессанты

3) бензодиазепиновые транквилизаторы

4) ноотропы

5) антиконвульсанты

6. ПРИ АСТЕНИИ, ВЫЗВАННОЙ ДЛИТЕЛЬНЫМИ ЧРЕЗМЕРНЫМИ НАГРУЗКАМИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

1) нейролептики – производные бутерофенона

2) антидепрессанты ТЦА

3) антидепрессанты из группы СИОЗС

4) ноотропы

5) психостимуляторы

7. ГЛАУКОМА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

1) нейролептиков – производных бутерофенона

2) трициклических антидепрессантов

3) антидепрессантов из группы СИОЗС

4) ноотропов

5) бензодиазепиновых транквилизаторов

8. СЕРДЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

1) нейролептиков – производных бутерофенона

2) трициклических антидепрессантов

3) антидепрессантов из группы СИОЗС

4) ноотропов

5) бензодиазепиновых транквилизаторов

9. АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

1) нейролептиков – производных бутерофенона

2) трициклических антидепрессантов

3) антидепрессантов из группы СИОЗС

4) ноотропов

5) бензодиазепиновых транквилизаторов

10. ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ И РАЗВИТИЕ ЗАВИСИМОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ

1) нейролептиков – производных бутерофенона

2) трициклических антидепрессантов

3) антидепрессантов из группы СИОЗС

4) ноотропов

5) бензодиазепиновых транквилизаторов

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

На приём к врачу терапевту обратилась больная 39 лет юрист (работник суда) с жалобами на резко сниженную работоспособность, потерю самоуважения, чувство вины и никчемности. При осмотре на прём пациентка вошла медленной шаркающей походкой, сидит в согбенной позе с опушенной головой, прижатыми к туловищу руками и сдвинутыми коленями. Глаза опущены вниз, губы плотно сжаты, уголки рта опущены, лобные мышцы тонированы, образуются поперечные складки над продольными межбровными складками в силу сдвинутости бровей.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. двигательная заторможенность, гипотимия,

2. депрессивный

3. депрессивные реакции в рамках расстройства личности

4. личностные, биологические

5. повышение самооценки, амбулаторное наблюдение,

антидепрессанты, психотерапия

**Задача №2**

Больная 54 года, наследственность не отягощена, без вредных привычек. После известия о трагической смерти сына в автокатастрофе внезапно ощутила резкую слабость в ногах, в течение часа не могла говорить, не понимала, что с ней происходит. По словам мужа, выглядела растерянной, металась по комнате, не верила в происшедшее. На следующий день возбуждение сменилось оцепенением, лежала в постели отвернувшись к стене, отказывалась от пищи. Период похорон помнит «как в тумане», казалось что всё произошло не с ней. Спустя неделю появилась выраженная подавленность, чувство душевной пустоты, ничто не радовало. На приёме жалобы на подавленное, безрадостное настроение, тоску, мучительные воспоминания о случившемся, нарушения сна, отсутствие аппетита, потерю веса за последний месяц на 10 кг.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. апатия, инсомния, ангедония

2. депрессивный синдром

3. психогенная депрессия

4. острая психическая травма со сверхсильным действием

5. антидепрессанты, психотерапия, поддержка близких

**Задача№3**

Пациент 40 лет менеджер, обратился к терапевту с жалобой на частые эпизоды затрудненного дыхания и сердцебиения, сопровождающиеся обильным потоотделением и тошнотой. Эти симптомы не связаны с ситуацией и исчезают через несколько минут. Во время таких эпизодов пациент испытывает страх и опасается, что у него сердечный приступ. На осмотре выглядит осунувшимся, уставшим и беспокойным (ажитированным). На фоне возрастающих нагрузок на работе сон стал прерывистым, снизилась способность концентрировать внимание. Пациент жалуется на сниженное настроение и тревогу по поводу приступов, суицидальных идей нет, но иногда приходят мысли о том, что его семье будет легче без него.

1. Какие симптомы описаны?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. сомато-вегетативные, тревога, страх, астения, инсомния.

2. тревожно-фобическим на фоне депрессии

3. депрессивный эпизод с соматическими симптомами

4. психологические, биологические

5. анксиолитики, антидепрессанты

**Задача№4**

Больной 22 лет. В течении последнего года изменился по характеру, стал тревожным , замкнутым. Появились неприятные ощущения в голове, как будто «пронзало ножом», чувствовал сжимающие боли в области сердца. Тревога за своё здоровье усиливалась, стал посещать разных целителей, экстрасенсов, забросил учебу, дома был замкнут, ни с кем своими переживаниями не делился. Читал медицинскую литературу, требовал от врачей всё новых обследований. С недоверием относился к их словам, что он здоров. Эмоционально тускл, монотонен, ничем не занят.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить больного?

**Эталон ответа**

1.Аутизм, сенестопатии, ипохондрические бредовые идеи, подозрительность, эмоциональное оскудение, апатия, абулия.

2.Сенестопатически-ипохондрическим

3. Шизофрения, органические поражения мозга, депрессивный эпизод.

4. Эндогенные, экзогенные

*5.* Нейролептики (кветиапин), антидепрессанты, транквилизаторы

**Задача№5**

Больная 47 лет. Больна на протяжении 12 лет. Два года назад перенесла инфаркт миокарда. Первый раз стационировалась в ПБ с резким снижением настроения, в голове была «путаница», считала, что окружающие её люди замышляют недоброе, хотят отравить. После лечения состояние нормализовалось, но стала значительно менее активной, не смогла работать. С диагнозом « Шизофрения» получила 2 группу инвалидности. Принимала поддерживающую терапию нерегулярно. Состояние вновь резко изменилось: стала возбуждённой, многоречивой, не спала ночами, декламировала стихи, слышала «голоса» в голове, ощущала воздействие «лазера» на своё тело и голову. После лечения в ПБ стала спокойнее, но оставалась бездеятельной, безучастной, эмоционально холодной.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Маниакально-бредовый

2. Гипомания, логорея, вербальные псевдогаллюцинации, бред преследования, бред воздействия.

3. Шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство.

4.Неблагоприятный

5. Нейролептики (сероквель, оланзапин, галоперидол).

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь определить показания для назначения нейролептиков, антидепрессантов, нормотимиков, транквилизаторов.

2). Уметь купировать нейролепсию.

3). Уметь купировать злокачественный нейролептический синдром.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Принципы психофармакотерапии.

2) Шоковые методы лечения.

3) Злокачественный нейролептический синдром.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.102. **Тема:** «Биологическая терапия психических расстройств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Современное лечение психических заболеваний предполагает комплексное применение различных методов. Биологическую терапию, как правило, сочетают с психотерапией и мероприятиями по социально-трудовой реабилитации больных. Соотношение указанных методов терапевтического воздействия изменяется в зависимости от этапа заболевания. Если в период манифестации психоза преобладают медикаментозные методы лечения, то по мере уменьшения остроты состояния, обратного развития психопатологических расстройств и становления ремиссии все большее значение приобретают психотерапевтические методы, меры социальной реадаптации и восстановление трудовых навыков.

**Цели обучения:**

**- общая:** Знать современные методы лечения психических заболеваний.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные принципы психофармакотерапии, классификацию психофармакологических препаратов, показания к применению.

Уметь: применить свои знания на практике, а также оказать помощь при побочных эффектах и осложнениях психофармакотерапии.

Владеть: методами лечения психических заболеваний.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения биологической терапии психических расстройств |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к дтерапии психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, выявление с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Термином «биологическая терапия» традиционно обозначают методы лечебного воздействия на биологические процессы, лежащие в основе психических нарушений. Биологическая терапия является основным методом лечения эндогенных и органических психических заболеваний, в том числе симптоматических и алкогольных психозов, эпилепсии; она используется для купирования психических нарушений пограничного уровня — невротических, дистимических и психосоматических расстройств, а также патохарактерологических девиаций, относящихся к кругу расстройств личности (психопатий). Она, как правило, входит в комплекс мероприятий, направленных на восстановление здоровья и социальную реабилитацию психически больных. В этот комплекс наряду с биологической терапией входят различные формы психотерапии, в том числе психокоррекция, и другие лечебные воздействия.

Основным методом биологического лечения психических расстройств является психофармакологическая терапия.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

**Основные принципы психофармакотерапии**

Эффективность лекарственной терапии психотропными средствами определяется соответствием выбора препарата клинической картине болезни, правильностью режима его дозирования, способом введения и длительностью терапевтического курса.

Оптимально начинать подбор препаратов тогда, когда больному еще не проводилось какого бы то ни было лечения. Если же больной без эффекта лечится тем или иным средством, то желательно провести отмену терапии на 3—4 дня (если это возможно) и затем оценить его психическое состояние заново. Исключение составляют случаи субтерапевтических дозировок, когда эффект не достигается из-за неадекватных доз, повышение которых приводит к успеху. При подборе терапии необходимо учитывать прошлый опыт лечения больного, а также сведения об особенностях реакции на терапию его близких родственников. Если имеется препарат (или лекарства близкой фармакологической группы), который оказался эффективным в прошлом у больного или у членов его семьи, то рекомендуется начинать с него. Поскольку известно, что сочетание препаратов со сходным нейрохимическим влиянием приводит к усилению побочных эффектов, то более правильным при необходимости комбинированной терапии считается применение препаратов с разным механизмом действия. Лишь резистентность больного к монотерапии оправдывает применение комбинации препаратов одного класса.

Одним из наиболее сложных вопросов лекарственной терапии психических заболеваний является подбор адекватной дозы препаратов. Обычно в инструкциях по применению того или иного препарата приводятся общие сведения о так называемом терапевтическом окне, т.е. диапазоне доз, которые в большинстве случаев оказывают лечебный эффект. Но следует иметь в виду, что эти сведения основаны на усредненных данных, полученных в результате многих клинических испытаний лекарственного вещества. Поэтому в реальных условиях доза препарата подбирается индивидуально с учетом специфических реакций больного. Необходимость плавного увеличения (титрования) суточных доз определяется свойствами препаратов, в частности спектром их побочных эффектов, и проводится под контролем изменений психического и соматического состояния больного. При использовании новейших препаратов с очень хорошей переносимостью этого можно не делать (лечение можно начинать со средних терапевтических доз).

Наличие таких острых психотических состояний, как тяжелое психомоторное возбуждение или выраженные суицидальные тенденции при депрессии, оправдывает назначение больших доз или быстрое их повышение независимо от препарата. В некоторых случаях необходимость использования высоких доз возникает и у больных с пониженной чувствительностью к терапии, что, однако, не всегда дает желаемый эффект.

Часто более эффективны замена соответствующих препаратов на средства с другим механизмом действия или использование взаимного потенцирования лекарственных средств при их комбинации.

Снижение дозы препаратов при достижении устойчивого терапевтического эффекта также должно производиться постепенно, так как резкие изменения дозировок могут привести к возникновению побочных явлений и ухудшению психического состояния больного. Это явление называется синдромом отмены, который известен для психотропных средств всех фармакологических классов. На нейрохимическом уровне синдром отмены обусловливается внезапным изменением состояния нейротрансмиттерных систем, что приводит к дисбалансу их функции. Клинически он проявляется симптомами вегетативной дисфункции, акатизии, возникновением или усилением тревоги и нарушений сна. Кроме этих общих признаков синдром отмены имеет особенности, свойственные тому или иному классу препаратов. При внезапной отмене нейролептиков возможны обострения психотических симптомов, психомоторное возбуждение, а также усиление экстрапирамидальных побочных эффектов. Для синдрома отмены антидепрессантов типичны развитие инверсии аффекта, нарастание раздражительности, а также немотивированная плаксивость. При резкой отмене транквилизаторов развивается раздражительность, озлобленность, особенно выражены расстройства сна; характерно появление мучительно кошмарных ярких сновидений. Этот период терапии является для больного одним из наиболее опасных, когда требуется тщательное и регулярное наблюдение, и правильное титрование доз. Исключение составляют особенно тяжелые в терапевтическом отношении случаи, где как лечебный прием используют метод «зигзага», или «отмены». Но из-за значительного риска, которому подвергается больной при этом способе лечения, а также благодаря существенному расширению арсенала психотропных средств, метод «зигзага» в настоящее время утрачивает свою актуальность и все реже используется в повседневной практике психиатра.

Только адекватная длительность терапии может привести к развитию устойчивого терапевтического эффекта и предотвратить ранний рецидив заболевания. Во многих случаях поддерживающие дозы препаратов больной должен принимать постоянно в течение многих лет.

**Классификация психофармакологических препаратов**

Существует несколько подходов к классификации психотропных препаратов, которые, хотя и отличаются некоторой односторонностью, но все же позволяют их систематизировать. Почти в каждой систематике имеются лечебные средства, полиморфизм клинического действия которых делает необходимым включение их в разные фармакологические группы.

***Нейролептики***

Фенотиазины: Хлорпромазин (аминазин), промазин, тиопроперазин (мажептил), трифлюперазин (стелазин, трифтазин), перициазин (неулептил), алимемазин (терален)

Ксантены и тиоксантены: Хлорпротиксен, клопентиксол (клопиксол), флупентиксол (флуанксол)

Бутирофеноны: Галоперидол, трифлюперидол (триседил, триперидол), дроперидол

Пиперидиновые производные: Флюшпирилен (имап), пимозид (орап), пенфлюридол (семап)

Бициклические производные: Рисперидон (рисполепт), ритансерин

Атипичные трициклические производные: Клозапин (лепонекс, азалептин)

Производные бензазепинов: Оланзапин (зипрекса)

Индоловые и нафтоловые производные: Молиндон (мобан)

Производные бензамидов: Сульпирид (эглонил), метоклопрамид, раклоприд, амисульпирид, сультоприд, тиаприд (тиапридал)

***Транквилизаторы***

Бензодиазепины Диазепам (валиум, седуксен, реланиум), хлордиазепоксид (либриум, элениум), нитразепам (радедорм, эуноктин)

Триазолобензодиазепины Алпразолам (ксанакс), триазолам (хальцион), мидазолам (дормикум)

Гетероциклические Бротизалам (лендормин)

Производные дифенилметана Бенактизин (стауродорм), гидроксизин (атаракс)

Гетероциклические производные Буспирон (буспар), зопиклон (имован), клометиазол (геминеврин), золпидем (ивадал)

***Антидепрессанты***

Трициклические Амитриптилин (триптизол, эливел), имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), тианептин (коаксил)

Тетрациклические Миансерин (леривон), мапротилин (лудиомил), пирлиндол (пиразидол), миртазапин (ремерон)

Бициклические Циталопрам (серопракс), сертралин (золофт), номифензин, пароксетин (паксил), тразодон (триттико)

Моноциклические Вилоксазин (вивалан), флуоксетин (прозак), флувоксамин (феварин), портал, минаприн (кантор)

Ингибиторы МАО Ниаламид, фенелзин (нардил), Моклобемид (аурорикс)

***Ноотропы и вещества с ноотропным действием***

Производные пирролидона Пирацетам (ноотропил)

Циклические производные, ГАМК Пантогам, фенибут, гаммалон (аминалон)

Предшественники ацетилхолина Деанол (акти-5)

Производные пиридоксина Пиритинол

Производные девинкана Винкамин, винпоцетин (кавинтон)

Нейропептиды Вазопрессин, окситоцин, тиролиберин, холецистокинин

Антиоксиданты Ионол, мексидол, токоферол

***Стимуляторы***

Производные фенилэтиламина Амфетамин, сальбутамол, метамфетамин (первитин)

Производные сиднонимина Сиднокарб

Гетероциклические Метилфенидат (риталин)

Производные пуринов Кофеин

***Нормотимики***

Соли металлов Соли лития (лития карбонат, лития оксибутират, литонит, микалит), рубидия хлорид, цезия хлорид

Сборная группа Карбамазепин (финлепсин, тегретол), вальпромид (депамид), вальпроат натрия (депакин, конвулекс) *В эту группу входят антиконвульсанты.*

***Дополнительная группа***

Сборная группа Аминокислоты (глицин), антагонисты опийных рецепторов (налоксон, налтрексон), нейропептиды (бромокриптин, тиролиберин)

***Психодизлептики***

Производные лизергиновой кислоты ЛСД

Производные индола Псилоцибин

Производные фенилэтиламина Мескалин, каннабиоиды (цезамет)

Производные других веществ Фенциклидин

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Опишите основные принципы психофармакотерапии.

2. Почему важно учитывать межлекарственные взаимодействия?

3. Каковы механизмы метаболизма психотропных препаратов?

4. Существуют ли другие пути взаимодействия препаратов, кроме метаболизма в печени?

5. Назовите клинически важные признаки (особенности пациента), которые необходимо учитывать при прогнозировании межлекарственных взаимодействий?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. ПАРКИНСОНИЗМ, НЕУСИДЧИВОСТЬ И ГИПЕРКИНЕЗЫ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

1) нейролептиков

2) трициклических антидепрессантов

3) антидепрессантов из группы СИОЗС

4) ноотропов

5) психостимуляторов

2. ИНГИБИТОРЫ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

1) персекуторного бреда

2) эндогенной депрессии

3) болезни Альцгеймера

4) генуинной эпилепсии

5) обсессивно-компульсивного расстройства

3. РЕГУЛЯРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА В КРОВИ НЕОБХОДИМО ПРИ ПРИЕМЕ

1) нейролептиков – производных бутерофенона

2) трициклических антидепрессантов

3) антидепрессантов из группы СИОЗС

4) ноотропов

5) солей лития

4. ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ РЕГУЛЯРНОМ ПРИЕМЕ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) паркинсонизм

2) хронический запор

3) задержка мочи

4) макроцитарная анемия

5) тревога и бессонница

5. ГИПНОЗ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДУ ПСИХОТЕРАПИИ

1) когнитивному

2) суггестивному

3) бихевиоральному

4) психодинамическому

5) парадоксальному

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

1) когнитивные

2) суггестивные

3) бихевиоральные

4) групповые

5) парадоксальные

7. ТРЕТИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА, В ЧАСТНОСТИ, НА

1) снижение заболеваемости неврозами

2) преодоление явления госпитализма

3) предотвращение повторных приступов болезни

4) пропаганду здорового образа жизни

5) предупреждение первичной заболеваемости психозами

8. НАЗНАЧЕНИЕ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРОВОДИТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С

1) данными ЭЭГ-обследования

2) кодом МКБ-10

3) ведущим синдромом

4) нозологическим диагнозом

5) заключением клинического психолога

9. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

1) болезни Альцгеймера

2) болезни Пика

3) деменции с тельцами Леви

4) энцефалопатии Гайе-Вернике

5) прогрессивном параличе

10. ЛЕЧЕНИЕ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ ПОКАЗАНО ПРИ

1) болезни Альцгеймера

2) болезни Пика

3) деменции с тельцами Леви

4) энцефалопатии Гайе-Вернике

5) прогрессивном параличе

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Больной 35 лет. Дядя по линии матери болен шизофренией. В возрасте 20 лет впервые стационировался в психиатрический стационар в связи с идеями преследования, отношения. Был поставлен диагноз «шизофрения». Выписан в состоянии ремиссии. Принимал поддерживающую терапию. Через 6 месяцев самостоятельно прекратил приём препарата. Через 2 недели повторный приступ болезни, был стационирован. После выписки из стационара в течение 3 месяцев принимал поддерживающую терапию, затем приём лекарств прекратил. Очередное обострение через 3 недели, лечился в психиатрической больнице на протяжении 4 месяцев, выписан с улучшением.

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Каков характер течения заболевания?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Параноидный синдром; бред преследования, бред отношения

2. Шизофрения

3.Приступообразно-прогредиентный

4. Относительно благоприятный

5. Нейролептики – пролонги (галоперидол-деканоат, рисполепт конста)

**Задача №2**

Больной 44 года врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал амитриптилин доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Эталон ответа**

1. Депрессивный, астено-депрессивный, апапия, инсомния, астения.
2. Рекуррентгого депрессивного расстройства
3. психологические, шкала Гамильтона
4. высока вероятность повторных депрессивных эпизодов
5. ремерон, паксил, ноотропы

**Задача№3**

Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония» наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. апатия, ангедония, ипохондрия, астения.

2. депрессивно-ипохондрический, состояние апатической депрессии

3. дистимия, эндогенная депрессия без психотическиих симптомов

4. биологические, психологические, личностные

5. антидепрессанты со стимулирующим эффектом, нейролептики

**Задача№4**

Больная 45 лет домохозяйка, жена банкира. В течение многих лет страдает генерализованным тревожным расстройством, не имеющим связи с какими — либо конкретными ситуациями; в прошлом отмечались частые панические атаки с симптомами агорафобии. Выглядит очень тревожной, жалуется на постоянное ощущение, что находится «на грани срыва». Не может связать свое состояние с какими либо известными ей обстоятельствами. Периодически испытывает обострения тревоги, которые сопровождаются лёгким тремором конечностей, сердцебиением и ощущением нереальности происходящего вокруг. Эти симптомы обычно усиливаются в толпе, с определенного времени не может посещать обязательные для мужа приёмы.

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Эталон ответа**

1. тревога, агорафобия, симптомы соматической тревоги

2. тревожно-фобический

3. генерализованное тревожное расстройство

4. личностные, биологические

5. антидепрессанты с преимущественно седативным действием, анксиолитики

**Задача№5**

В клинику обратился студент К., 21 года, с жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина предвосхищения фобического стимула и столкновения с ним включает в себя гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.

1) диагностируйте данное расстройство в соответствии с классификацией МКБ-10.

2) проведите дифференциальную диагностику с простой изолированной фобией.

3) назовите, наиболее часто встречающиеся коморбидное тревожное расстройство.

4) назовите препараты выбора медикаментозного лечения данного заболевания.

5) укажите основные виды психотерапии.

**Эталон ответа**

1) социальная фобия F-40.1

2) отличительная черта - страх и избегание ситуаций, в которых человек подвергается возможной оценки другими людьми и боится совершить что-нибудь нелепое

3) паническое расстройство

4) бета-блокаторы, ингибиторы МАО

5) поведенческая и рациональная психотерапия

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1). Уметь определить показания для назначения нейролептиков, антидепрессантов, нормотимиков, транквилизаторов.

2). Уметь купировать нейролепсию.

3). Уметь купировать злокачественный нейролептический синдром.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Принципы психофармакотерапии.

2) Шоковые методы лечения.

3) Злокачественный нейролептический синдром.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.103. **Тема:** «Общие закономерности клинического действия психотропных средств».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Современное лечение психических заболеваний предполагает комплексное применение различных методов. Биологическую терапию, как правило, сочетают с психотерапией и мероприятиями по социально-трудовой реабилитации больных. Соотношение указанных методов терапевтического воздействия изменяется в зависимости от этапа заболевания. Если в период манифестации психоза преобладают медикаментозные методы лечения, то по мере уменьшения остроты состояния, обратного развития психопатологических расстройств и становления ремиссии все большее значение приобретают психотерапевтические методы, меры социальной реадаптации и восстановление трудовых навыков.

**Цели обучения:**

**- общая:** Знать современные методы лечения психических заболеваний.

ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: основные принципы психофармакотерапии, классификацию психофармакологических препаратов, показания к применению.

Уметь: применить свои знания на практике, а также оказать помощь при побочных эффектах и осложнениях психофармакотерапии.

Владеть: методами лечения психических заболеваний.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с основными подходами к терапии психических расстройств.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Общие закономерности клинического действия психотропных средств**

Психофармакологическая активность психотропных средств различных групп имеет разный диапазон. Он наиболее широк у нейролептиков. Они показаны при эндогенных заболеваниях, реактивных психозах и расстройствах, связанных с влиянием экзогенных вредностей. Спектр проявлений, купирующихся нейролептиками, варьирует от самых тяжелых психических расстройств (гебефренические, кататонические синдромы, конечные состояния с полиморфной симптоматикой) до невротических нарушений.

***Механизм действия и спектр психотропной активности препаратов различных классов***

*Нейролептики.* Нейролептики являются антагонистами дофаминовых рецепторов, за счет чего и реализуется их антипсихотический эффект. Однако следствием этого является возникновение ряда неврологических, гормональных, вегетативных и аффективных нарушений.

В дальнейшем отмечалось, что в развитии психопатологической симптоматики важное значение имеет и серотонинергическая система. Одновременное блокирование дофаминовых и серотониновых рецепторов приводит не только к более быстрой и полной редукции позитивных психопатологических расстройств, но и к уменьшению признаков негативных изменений. Фармакологической реализацией этой гипотезы стало появление так называемых атипичных нейролептиков, или нейролептиков второго поколения (например, клозапина). Эти препараты при клинически полном нейролептическом спектре активности оказывают по сравнению с классическими нейролептиками более избирательное нейрохимическое действие. Они селективно блокируют только дофаминовые D2- и D3- рецепторы определенных областей мозга (в частности мезолимбической) и имеют некоторое сродство к серотониновым рецепторам, чем объясняются особенности их клинического действия, в частности малая выраженность побочных экстрапирамидных эффектов.

Новейшие Нейролептики (рисперидон, оланзапин) обладают практически равным сродством к дофаминовым и серотониновым рецепторам. По эффективности они сравнимы или даже превосходят классические нейролептики при значительно более высокой переносимости.

Ведущий принцип применения нейролептических средств основывается на зависимости между особенностями психотропного действия (избирательное или общее) и основными характеристиками психопатологического синдрома, такими как сложность, отражающая степень генерализации психического расстройства, выраженность и преобладание в клинической картине позитивных или негативных симптомов.

Признаком большей генерализации нарушений служит полиморфизм клинической картины, т.е. синдрома. Для описания различий в интенсивности действия нейролептиков используется понятие мощности, или потентности, препарата, которое отражает соотношение дозы и эффекта: чем меньше эффективная доза, тем больше потентность препарата (например, трифлюперазин обладает большей потентностью, чем хлорпромазин).

При наличии в клинической картине выраженного психомоторного возбуждения рекомендуется начинать лечение с нейролептиков с выраженной седативной активностью (хлорпромазин, галоперидол). В случае меньшей выраженности психомоторного возбуждения можно начинать терапию с новейших нейролептиков (оланзапин, рисперидон). При незначительной тяжести психотической симптоматики, а также при некоторых видах непсихотических расстройств (тревожные, сенестоипохондрические нарушения) более целесообразно использование препаратов умеренного антипсихотического действия (перициазин, алимемазин и др.).

*Антидепрессанты.* Современная гипотеза действия антидепрессантов предполагает, что их активность направлена на коррекцию дисбаланса функции серотонинергической и норадренергической систем мозга.

Антидепрессанты первого поколения включают в себя ингибиторы МАО и трициклические антидепрессанты (ТЦА). Они не оказывают избирательного влияния на нейротрансмиттерные системы. Ингибиторы необратимо блокируют внутриклеточную МАО-А и МАО-В, участвующие в обмене норадреналина, серотонина, дофамина и других моноаминов. В настоящее время препараты этой группы применяются лишь в исключительных случаях, так как они плохо сочетаются с антидепрессантами других фармакологических групп, ограничивая возможности смены терапевтической тактики (необходим перерыв при смене антидепрессантов). При их назначении требуются ограничения в диете во избежание выраженных побочных эффектов. Механизм действия ТЦА основывается на ингибировании обратного захвата моноаминов (серотонина и норадреналина). При этом происходит блокирование М-холинорецепторов, а-1-адренорецепторов, Н2-рецепторов. Эффективность ТЦА весьма высока даже при тяжелых депрессиях — достигает 70 %. Но эти антидепрессанты также дают клинически значимые побочные эффекты, в частности связанные с холинолитическим действием.

Антидепрессанты второго поколения обладают значительно большей нейрохимической избирательностью. К этой группе относятся ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин), а-2-адреноблокаторы (миансерин), а также селективные обратимые ингибиторы МАО (моклобемид), избирательно влияющие только на один подтип фермента — МАО-А, который контролирует метаболизм серотонина и норадреналина, не влияя на дофамин. Эффективность этих препаратов сравнима с таковой классических антидепрессантов (особенно при депрессиях легкой и средней степени тяжести). Но они значительно лучше переносятся и вызывают меньше побочных эффектов.

Антидепрессанты новейшего поколения оказывают более избирательное действие на различные компоненты нейрохимических структур мозга. Оно соответствует современным представлениям о том, что главным образом один подтип серотонинергических рецепторов (5-НТ1)1 и один подтип норадренергических рецепторов участвуют в формировании терапевтического ответа. Так, антидепрессанты новейшего поколения избирательно воздействуют на 5-НТ1 и а-2-адренорецепторы.

В последнее время было показано, что выбор антидепрессантов должен зависеть от соотношения двух сфер клинических проявлений депрессии — собственно гипотимии (позитивная аффективность: катестетический, голотимный, кататимный аффект) и отчуждения (негативная аффективность: алекситимия, апатия, ангедония). Выявляются три наиболее типичных варианта соотношения позитивной и негативной аффективности, значимые для прогноза терапевтического ответа на антидепрессанты с различными нейрохимическими механизмами действия. В случаях, когда феномены позитивной—негативной эффективности не взаимодействуют, а формируют изолированные стойкие психопатологические образования (тяжелые ажитированные депрессии, депрессии с тоской, идеями греховности, суицидальными тенденциями либо апатические депрессии с выраженной идеаторной и моторной заторможенностью), которые, как правило, оказываются резистентны к терапии, эффективны препараты с мощным нейрохимическим действием и широким охватом нейротрансмиттерных систем различных типов. Это неизбирательные ингибиторы обратного захвата нейромедиаторов (норадреналина и серотонина) — типичные ТЦА (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин). При недостаточности эффекта оправдано проведение комбинированной терапии в виде сочетания ТЦА с небольшими дозами нейролептиков.

Если рассмотреть эту клиническую ситуацию с точки зрения современных представлений о нейрохимических основах биологического действия трициклических антидепрессантов и нейролептиков, можно предположить, что при депрессиях с изолированными явлениями позитивной или негативной аффективности наблюдается выраженный дисбаланс практически всех нейротрансмиттерных систем, участвующих в формировании аффективных нарушений. При сочетании антидепрессантов с нейролептиками предполагается дополнительное воздействие на дофаминергические структуры.

При «перекрывании» психопатологических рядов, образующих клиническое пространство депрессии, происходит формирование сложных аффективных синдромов. Манифестация таких полиморфных психопатологических расстройств (например, анестетической депрессии), предполагает, с одной стороны, значительно большую терапевтическую подвижность, а с другой — появление избирательной чувствительности к препаратам различной химической структуры и механизма действия. В этих случаях оправданно использование селективных антидепрессантов, выбор которых определяется соотношением позитивной и негативной аффективности в структуре депрессии. При преобладании явлений позитивной аффективности (тоска с чувством душевной боли, физикальная тоска с тревогой и соматизированными расстройствами, сниженная самооценка, идеи малоценности, вины) эффективны как антидепрессанты с равным норадренергическим и серотонинергическим действием (ТЦА, обратимые ингибиторы МАО-А, например моклобемид), так и препараты с акцентом нейрохимического действия на норадренергические структуры (миансерин, мапротилин). При доминировании в клинической картине негативной аффективности, выражающейся признаками девитализации аффекта (сознание утраты жизненного тонуса и спонтанной активности) и явлениями моральной анестезии (сознание падения психической активности, невозможности концентрации внимания, обедненности воображения), наиболее полный терапевтический эффект достигается при использовании препаратов серотонинергической группы (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, в частности флуоксетин).

При депрессиях, развивающихся на субсиндромальном уровне (стертые, ларвированные, маскированные), когда психопатологически проявления ограничены рамками гипотимии и не дифференцированы на позитивную и негативную эффективность, клиническое действие антидепрессантов реализуется по другим закономерностям. Приоритетными при выборе препарата становятся минимальная выраженность поведенческой токсичности и спектр побочных действий препарата. Особое значение в этом случае приобретают индивидуальная чувствительность и исходное отношение больного к антидепрессанту и психофармакотерапии в целом. В качестве препаратов выбора при субсиндромальных психопатологически недифференцированных депрессиях выступают антидепрессанты различной структуры, сочетающие мягкий тимолептический эффект с хорошей переносимостью (пиразидол и др.).

*Транквилизаторы.* По современным представлениям, транквилизирующий эффект обусловлен стимуляцией ГАМК-рецепторов, которая осуществляется через усиление выброса ГАМК. Бензодиазепины, транквилизаторы первого поколения, связываются с ГАМК-рецепторами. К некоторым участкам этих рецепторов их сродство оказывается особенно сильным — эти участки названы бензодиазепиновыми рецепторами. Воздействие бензодиазепинов на этот тип рецепторов клинически проявляется противотревожным, антистрессовым, антиагрессивным, гипнотическим, противосудорожным и миорелаксирующим действием.

В настоящее время предполагается, что существуют разные подтипы бензодиазепиновых рецепторов, которые ответственны за конкретные клинические компоненты действия транквилизаторов. Эти рецепторы обозначаются как BZ1 и BZ2 (от *англ.,* «benzodiazepine»). Новое поколение транквилизаторов относится в основном к группе имидазопиридинов (небензодиазепинов). Тем не менее их действие направлено в основном на BZ1-рецепторы, что клинически проявляется в большей избирательности их клинического эффекта.

Спектр клинического влияния транквилизаторов определяется в основном их противотревожным, или анксиолитическим, действием. Однако в той или иной степени транквилизаторы обладают гипнотическими, миорелаксирующими, вегетобалансирующими, а некоторые из них и активирующими свойствами. Они эффективны при астенических (неврастенических), соматоформных и ипохондрических, истероконверсионных, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных и агрипнических расстройствах, т.е. при пограничных состояниях с психопатологическими расстройствами неглубокого уровня и подвижной структуры.

Транквилизаторы показаны в тех случаях, когда клиническая картина определяется такими симптомами, как раздражительность, гиперестезия, эмоциональная и вегетативная лабильность, невротическая агрипния. Для купирования тревожно-фобических расстройств (панические атаки, агорафобия и др.) применяют транквилизаторы с максимальной выраженностью анксиолитической активности (алпразолам, лоразепам, феназепам и др.). При особенно острых состояниях эффективно парентеральное введение бензодиазепиновых производных (диазепам, хлордиазепоксид, транксен и др.).

Использование транквилизаторов при лечении обсессивно-компульсивных расстройств ограничено. Хороший эффект при этих состояниях достигается в тех случаях, когда в структуре синдрома отчетливо проявляются тревожный радикал и соматовегетативные нарушения. Если же ведущими в клинической картине являются идеаторные навязчивости, эффективность транквилизаторов невысокая. Наряду с лечением пограничных состояний транквилизаторы используются в комбинированной терапии депрессий, характеризующихся преобладанием позитивной аффективности (тревожная, невротическая, соматизированная депрессия), а также при психосоматических, малопрогредиентных эндогенных, органических и сосудистых заболеваниях. Вегетостабилизирующее свойство транквилизаторов рекомендуется использовать при нетяжелых нарушениях, возникающих как побочные явления при назначении психотропных средств других групп (нейролептики, антидепрессанты, стимуляторы). Миорелаксирующий эффект отчетливо выражен у таких транквилизаторов, как диазепам, клоназепам и хлордиазепоксид. Они показаны при судорожных и спастических состояниях, в частности развивающихся вследствие побочного действия нейролептиков. Для лечения агрипнических расстройств используют транквилизаторы с максимальной выраженностью гипнотического действия (нитразепам, триазолам, рогипнол). Особого внимания в этом Отношении заслуживают небензодиазепиновые транквилизаторы, выраженный гипнотический эффект которых не сопровождается миорелаксацией и противосудорожным действием (золпидем, зопиклон). В спектре действия некоторых транквилизаторов анксиолитический эффект сочетается с легким активирующим и антидепрессивным действием (лоразепам, алпразолам). Иногда применение транквилизаторов является вынужденной мерой, например в тех случаях, когда больной не переносит препаратов других психофармакологических групп.

*Ноотропы.* О действии ноотропов на нейрохимическом и физиологическом уровне известно мало. Это действие связывают в основном с их влиянием на ГАМКергическую систему. Они способны неспецифически активировать аденилатциклазу и другие ферменты, участвующие в обмене АТФ, повышать скорость синтеза РНК, ДНК и соответственно белков, повышать обмен нейротрансмиттеров, в частности дофамина, усиливать синтез холина, оказывая холиномиметическое действие. Ноотропы также имеют некоторое сродство к определенным подтипам глутаматных рецепторов и оказывают антигипоксическое действие, которое основано на их способности препятствовать накоплению лактата в нервных клетках. И тем не менее точный механизм их терапевтического эффекта до конца не известен.

Ноотропы активизируют когнитивные функции и повышают адаптацию к длительным физическим нагрузкам, а также к психическому стрессу. В связи с этим ноотропы широко используются при различных психических и неврологических заболеваниях. Они показаны при астенических состояниях различного генеза.

*Психостимуляторы.* Механизм действия психостимуляторов основан на их способности влиять на энергетический обмен. Они ингибируют фермент фосфодиэстеразу, что приводит к накоплению в нервных клетках цАМФ. Под влиянием цАМФ усиливаются процессы гликогенолиза и происходит активирование клеточного метаболизма. Психостимуляторы, кроме того, связывают аденозиновые рецепторы, естественным лигандом которых является аденозин. Некоторые из них повышают содержание катехоламинов в синаптической щели за счет усиления выброса медиаторов из пресинаптических окончаний, ингибирования их обратного захвата и МАО. Такие психостимуляторы, как фенамин, в большей степени активируют дофаминергическую передачу, а такие, как сиднокарб, — норадренергическую.

Психостимуляторы показаны при явлениях астении, адинамии или апатии, которые могут возникать при невротических реакциях, а также при психосоматических расстройствах, астенических состояниях после затяжных инфекционных, соматических заболеваний или заболеваниях, протекающих с выраженной интоксикацией, при черепно-мозговых травмах, состояниях декомпенсации при личностных расстройствах, явлениях юношеской астенической несостоятельности и явлениях астенического дефекта при ремиссиях у больных шизофренией. В качестве дополнительных средств психостимуляторы используются для коррекции некоторых побочных эффектов нейролептиков и усиления терапевтического эффекта антидепрессантов. В некоторых случаях психостимуляторы применяются у находящихся в экстремальных условиях здоровых лиц с целью повышения их возможностей переносить большие умственные и физические перегрузки.

Однако следует заметить, что в терапии психических нарушений психостимуляторы применяются не столь широко, как препараты других классов. Это связано с большой опасностью привыкания, возникновения зависимости, т.е. развития токсикомании. Кроме того, известно, что при их приеме могут развиться психомоторное возбуждение, бессонница, эйфория, а также вегетативные нарушения (тахикардия, подъемы АД и др.). При длительном использовании психостимуляторов возможно развитие симптомов истощения ЦНС. Иногда психостимуляторы могут вызывать парадоксальные реакции в виде повышенной сонливости и вялости.

*Нормотимики.* Как уже отмечалось, к классу нормотимиков относятся соли лития и некоторые противосудорожные средства — карбамазепин и соли вальпроевой кислоты (натрия вальпроат).

Соли лития. Механизм терапевтического действия ионов лития до настоящего времени остается неясным. Предполагается, что ионы лития в силу сходства с ионами натрия, калия, кальция и магния могут выполнять до некоторой степени их роль в функционировании нервной клетки. Тем самым ионы лития, вероятно, участвуют в изменении активности различных нейротрансмиттерных систем и структуры мембран. Высказывается предположение, что ионы лития блокируют инозитолфосфатазу в нейроне, снижая чувствительность мембран к нейромедиаторам через вторую мессенджерную систему.

В качестве лекарственного средства наиболее широко используют лития карбонат, лития сульфат (в основном в ретардированной форме), значительно реже — лития оксибутират (есть данные о его эффективности при шизоаффективных расстройствах). Менее известны такие соли лития, как аспартат, глюконат и цитрат. Последний в силу хорошей растворимости применяется в виде питьевого раствора. Были попытки использовать лития оротат.

Наиболее широкое распространение соли лития получили для профилактики приступов аффективных расстройств и для лечения маниакальных состояний. Как профилактическое средство соли лития дают лучший стабилизирующий эффект в случае биполярного течения аффективных психозов, особенно для профилактики маниакальных приступов. Назначение солей лития с профилактической целью оправдано уже после второй фазы аффективного психоза. В среднем такая профилактическая терапия снижает вероятность развития последующих фаз с 80 до 35 %. Эффективность профилактической терапии тем выше, чем проще структура аффективного синдрома и чем выраженнее в клинической картине проявления витальности аффекта. Целесообразность применения солей лития при депрессиях остается спорным вопросом. Считается, что эффективность литиевой терапии проявляется при лечении не столько депрессивного, сколько смешанного аффекта, т.е. в том случае, если в структуре депрессивного синдрома имеются вкрапления «маниакальных фаз». При монополярном аффективном психозе (монополярной депрессии) эффективность препаратов лития невысока. Соли лития не назначают при невротических и реактивных депрессиях. Эффективны препараты лития при лечении шизоаффективных психозов. В этих случаях результат терапии тем лучше, чем более выражены в картине психоза аффективные расстройства.

Положительные результаты терапии солями лития получены не только при аффективных и шизоаффективных психозах, но и при аффективных расстройствах в рамках бредовых состояний, в частности при хронических маниях с бредом. Иногда наблюдается хороший результат при назначении солей лития в сочетании с нейролептиками при шизофрении. Более того при непереносимости нейролептической терапии в последнем случае возможна монотерапия солями лития, которая позволяет снизить агрессивность больных и уменьшить выраженность психомоторного возбуждения. Соли лития используют и для усиления эффекта антидепрессантов; они применяются также при лечении личностных расстройств, нервной булимии и дипсомании.

Дозы солей лития подбираются индивидуально под контролем концентрации лития ъ плазме крови. Чаще всего необходимая концентрация лития в крови поддерживается при назначении дозы от 600 до 1200 мг. Терапевтическое окно для лития варьирует от 0,6 до 1,6 ммоль/л.

Антиконвульсанты. Предполагается, что в основе действия карбамазепина лежит его влияния на бензодиазепиновые рецепторы и кальциевые каналы, что обусловливает угнетение киндлинг-эффекта (эффекта «раскачки»), когда подпороговые сигналы могут приводить к развитию аффективной фазы. Терапевтический эффект солей вальпроевой кислоты обеспечивается в основном влиянием на ГАМКергическую нейротрансмиссию. По данным сравнительных исследований карбамазепин эффективнее лития при профилактике депрессивных фаз в случаях монополярного течения аффективных заболеваний, но как и литий, карбамазепин используется в качестве антиманиакального средства. Препарат назначают при недостаточной эффективности или непереносимости литиевой терапии. Использование карбамазепина предпочтительнее при преобладании в клинической картине дисфорических нарушений, а также при течении аффективного заболевания по типу быстрых циклов. Профилактический эффект обнаруживает и производное карбамазепина — оксикарбазепин. Спектр клинической активности вальпроата такой же, как у карбамазепина и по эффективности они равны.

Терапевтические дозы карбамазепина при проведении профилактической терапии варьируют от 300 до 900 мг в сутки в зависимости от индивидуальной чувствительности больного, причем начальная доза составляет приблизительно \*/4 терапевтической. Терапевтическая доза вальпроата колеблется от 1200 до 1500 мг в сутки при начальной дозе 250 мг. Для уменьшения вероятности развития побочных эффектов повышение доз карбамазепина и вальпроата осуществляется постепенно в течение 5—7 дней. Для профилактики приступов аффективных расстройств при недостаточной эффективности одного из нормотимиков применяют их комбинацию — лития и карбамазепина, лития и вальпроата, что иногда дает хороший эффект.

В последнее время появились также наблюдения об успешном использовании при биполярных аффективных расстройствах ламотриджина.

**Побочные эффекты и осложнения при лечении психотропными средствами**

*Нейролептики.* 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 повышением мышечного тонуса, тризмом, ригидностью, скованностью и замедленностью движений и речи. Гиперкинетические нарушения включают тремор, гиперкинезы (хореиформные, атетоидные и пр.). Обычно в клинической картине в тех или иных соотношениях имеются как гипо-, так и гиперкинетические нарушения. Явления дискинезии могут носить пароксизмальный характер. Наиболее часто они локализуются в области рта и проявляются спазматическими сокращениями мышц глотки, языка, губ, челюстей, но нередко распространяются и на другие мышечные группы (окулогирные кризы, тортиколлис, торсионный спазм, экзитомоторные кризы). Наряду с экстрапирамидными расстройствами могут наблюдаться явления акатизии — чувства неусидчивости, «беспокойства в ногах», сочетающейся с тасикинезией (потребностью двигаться, менять положение). В тяжелых случаях акатизия сопровождается тревогой, ажитацией, расстройствами сна. К особой группе дискинезии относят *позднюю дискинезию* (tardive dyskinesia), выражающуюся в непроизвольных движениях губ, языка, лица, реже — хореиформных движениях конечностей. Само название «поздняя дискинезия» говорит о том, что она возникает после длительного лечения нейролептиками (в среднем через 2 года). В этих случаях нет корреляции с видом препарата, дозами и особенностями лечения на более ранних стадиях, в том числе с предшествующими экстрапирамидными нарушениями.

Среди расстройств вегетативной нервной системы чаще всего наблюдаются ортостатическая гипотензия (ее не рекомендуется купировать адреналином), потливость, увеличение массы тела, изменение аппетита, запоры, поносы. Иногда отмечаются холинолитические эффекты — расстройство зрения, дизурические явления. Возможны функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы с изменениями на ЭКГ в виде увеличения интервала *Q—T,* снижения зубца Гили его инверсии, тахи- или брадикардии. Иногда возникают побочные эффекты в виде фотосенсибилизации, дерматитов, пигментации кожи; возможны кожные аллергические реакции. Побочные эффекты, связанные с повышением в крови пролактина, проявляются в виде дисменореи или олигоменореи, псевдогермафродитизма у женщин, гинекомастии и задержки эякуляции у мужчин, снижении либидо, галактореи, гирсутизма. В редких случаях наблюдаются изменения содержания сахара в крови, а также симптомы несахарного диабета.

К тяжелым осложнениям нейролептической терапии относятся общие аллергические и токсические реакции, гепатиты, патологические изменения органа зрения (патологическая пигментация преломляющих сред, сочетающаяся с патологической пигментацией кожи рук и лица — «кожно-глазной синдром», токсические изменения сетчатки), нарушение картины крови (лейкопения, агранулоцитоз, апластическая анемия, тромбоцитопения). Среди психических расстройств, связанных с терапией, наблюдаются анестетическая депрессия, тягостное нарушение чувства сна, делирий (чаще он возникает при резком изменении доз нейролептиков у лиц с органическими заболеваниями ЦНС, пожилых или детей), эпилептиформные припадки.

*Антидепрессанты.* 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. Осложнения со стороны кроветворной системы встречаются относительно редко. Их клинические признаки — угнетение функции костного мозга, лейкопения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитическая анемия. Нарушение функции эндокринной системы ограничивается изменением содержания сахара в крови (тенденция к снижению).

При лечении антидепрессантами встречаются также такие побочные явления, как сухость слизистых оболочек, нарушение аккомодации, повышение внутриглазного давления, гипо- или атония кишечника (запоры), задержка мочеиспускания. Чаще они наблюдаются при приеме традиционных трициклических антидепрессантов и связаны с их холинолитическим действием. Применение препаратов трициклического ряда нередко сопровождается повышением аппетита и значительной прибавкой в массе тела. При одновременном применении ингибиторов МАО 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.

Новые поколения антидепрессантов отличаются лучшей переносимостью и большей безопасностью. Можно лишь отметить, что при назначении ингибиторов обратного захвата серотонина и обратимых ингибиторов МАО-А наблюдаются нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея), головные боли, бессонница, тревога. Описано также развитие импотенции на фоне приема ингибиторов обратного захвата серотонина. В случаях комбинации ингибиторов обратного захвата серотонина с препаратами трициклической группы возможно формирование так называемого *серотонинового синдрома,* проявляющегося повышением температуры тела и признаками интоксикации. Для тетрациклических антидепрессантов более характерны дневная сонливость, вялость.

*Транквилизаторы.* Побочные действия 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. Значительно реже возникают атаксия, дизартрия, тремор.

Среди нарушений функции вегетативной нервной системы и других органов и систем отмечаются гипотония, запоры, тошнота, задержка или недержание мочи, снижение либидо. Могут появляться и признаки угнетения дыхательного центра (возможна остановка дыхания). Изменения функций органов зрения проявляются в виде диплопии и нарушении аккомодации. Длительный прием транквилизаторов опасен в связи с возможностью развития привыкания к ним, т.е. психической и физической зависимости.

*Ноотропы.* Побочные эффекты при лечении ноотропами наблюдаются редко. Иногда появляются нервозность, раздражительность, элементы психомоторного возбуждения и расторможенности влечений, а также тревожность и бессонница. Возможны головокружение, головная боль, тремор; в некоторых случаях диспепсические явления — тошнота, боли в животе.

*Стимуляторы.* Эти препараты оказывают побочное действие на ЦНС (тремор, эйфория, бессонница, раздражительность, головные боли, а также признаки психомоторного возбуждения). Могут наблюдаться нарушения вегетативной нервной системы — потливость, сухость слизистых оболочек, анорексия, а также расстройства сердечно-сосудистой деятельности — аритмия, тахикардия, повышение АД. При лечении больных диабетом следует иметь в виду, что на фоне приема стимуляторов может меняться чувствительность организма к инсулину. Возможно также расстройство половых функций.

Важно подчеркнуть, что длительное и частое применение стимуляторов может привести к развитию психической и физической зависимости.

*Соли лития.* Побочные эффекты или осложнения при использовании солей лития обычно возникают в начале терапии до установления стабильной концентрации препарата в крови. При правильном проведении терапии под контролем содержания лития в крови и полном информировании пациента об особенностях лечения побочные эффекты редко препятствуют профилактическому курсу. Пациент должен прежде всего знать об особенностях диеты — исключении большого потребления жидкости и соли, ограничении пищи, богатой литием, — копченостей, некоторых видов твердых сыров, красного вина.

Наиболее частым побочным эффектом, возникающим при проведении литиевой терапии, является тремор. Выраженный тремор, свидетельствующий о нейротоксическом действии лития, усиливается при высокой концентрации лития в плазме. Нередко бывают нарушения функции желудочно-кишечного тракта — тошнота, рвота, снижение аппетита, диарея. Часто наблюдаются увеличение массы тела, полидипсия, полиурия. Литий угнетает функцию щитовидной железы, вызывая гипотиреоидизм. Обычно эти явления носят преходящий характер. В тяжелых случаях показано прекращение терапии. Последствия действия лития на сердечно-сосудистую систему сходны с картиной гипокалиемии, но, как правило, при этом не требуется специального вмешательства. Возможны появление акне, макулопапулезной сыпи, ухудшение течения псориаза. Отмечались случаи алопеции. При длительной литиевой терапии могут наблюдаться нарушения в когнитивной сфере: снижение памяти, замедление психомоторных реакций, дисфория. Признаки тяжелых токсических состояний и передозировки препаратов: металлический привкус во рту, жажда, выраженный тремор, дизартрия, атаксия, а при дальнейшем нарастании интоксикации — нарушение сознания, фасцикулярные подергивания мышц, миоклонус, судороги, кома. Чем длительнее сохраняется токсический уровень лития в крови, тем больше вероятность необратимых изменений ЦНС, а в особенно тяжелых случаях — летального исхода.

*Антиконвульсанты.* Наиболее частыми побочными эффектами, возникающими при лечении противосудорожными средствами, в частности карбамазепином, являются функциональные нарушения деятельности ЦНС — вялость, сонливость, головокружение, атаксия. Значительно реже могут наблюдаться гиперрефлексия, миоклонус, тремор. Выраженность этих явлений значительно уменьшается при плавном наращивании доз. В процессе терапии они обычно исчезают. Иногда наблюдаются такие побочные эффекты, как тошнота, рвота, запор или диарея, снижение аппетита; возможно развитие гепатита. К тяжелым и редким (1 случай на 20 000) осложнениям терапии карбамазепином относится угнетение белого кровяного ростка. Следует с осторожностью применять этот препарат у больных с сердечнососудистой патологией (он может способствовать снижению внутрисердечной проводимости), при глаукоме, аденоме предстательной железы и диабете. При передозировке карбамазепина возникают явления сонливости, которые могут переходить в ступор и кому; иногда бывают судороги и дискинезия лицевых мышц, функциональные нарушения вегетативной нервной системы — гипотермия, угнетение дыхательного и сосудодвигательного центров (синусовая тахикардия, артериальная гипо- и гипертензия). При выраженном кардиотоксическом действии карбамазепина может развиться атриовентрикулярный блок.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. Назовите два важных метаболических взаимодействия, которые необходимо учитывать при планировании терапии.

2. Каковы наиболее частые пути взаимодействия психотропных препаратов?

3. Каким образом психиатр может свести к минимуму побочные эффекты, возникающие при лекарственных взаимодействиях?

4. Что такое «антипсихотические препараты»?

5. Перечислите типичные нейролептики различных химических классов, определите их относительную эффективность в аминазиновом эквиваленте и укажите обычный диапазон суточных доз для перорального приема.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ ПОЛОЖЕН ПРИНЦИП

1) химической структуры препаратов

2) фармакологического механизма действия препаратов

3) эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия

4) биохимический

5) клинико-психологический

2. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КАТАТОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) аминазин

2) галоперидол

3) рисполепт

4) трифтазин

5) азалептин

3. ОТРАВЛЕНИЕ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ РЕЗУЛЬТАТОМ

1) некомпетентности врача

2) невнимательности больного

3) индивидуальной непереносимости препарата

4) суицидальных намерений

5) непредсказуемого сочетания нескольких факторов

4. ПЕРЕДОЗИРОВКА ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ

1) злокачественную гипертермию

2) серотониновый синдром

3) холинолитический делирий

4) злокачественный нейролептический синдром

5) эпилептический статус

5. СЕРОТОНИНОВЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ

1) трициклических антидепрессантов и фенотиазиновых нейролептиков

2) солей лития и атипичных нейролептиков

3) бензодиазепиновых транквилизаторов и антиконвульсантов

4) антидепрессантов из группы СИОЗС и ИМАО

5) бензодиазепиновых транквилизаторов и атипичных нейролептиков

6. ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕС-КОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

1) клонические судороги и кома

2) диарея и неукротимая рвота

3) боли за грудиной и нарушение сердечного ритма

4) кашель и нарушение дыхания

5) гипертермия и мышечная ригидность

7. СРЕДСТВА, РЕГУЛИРУЮЩИЕ АФФЕКТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОБЛАДАЮЩИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ФАЗНОПРОТЕКАЮЩИХ АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗАХ, НАЗЫВАЮТСЯ

1) нейролептики

2) антидепрессанты

3) нормотимики

4) транквилизаторы

5) психостимуляторы

8. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТРЕВОГИ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ, СТРАХА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, А ТАКЖЕ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ К СТРЕССОГЕННЫМ ФАКТОРАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

1) нейролептики

2) антидепрессанты

3) нормотимики

4) транквилизаторы

5) психостимуляторы

9. ВЫРАЖЕННЫМ АНТИПСИХОТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

1) нейролептики

2) антидепрессанты

3) нормотимики

4) транквилизаторы

5) психостимуляторы

10. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН

1) азалептин

2) галоперидол

3) рисполепт

4) мажептил

5) аминазин

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Девочке 14 лет. С детства выделялась среди сверстников, была замкнута, не любила играть с другими детьми, не находила с ними общего языка. Слабо успевала в школе. Психическое состояние изменилось без видимых причин – возбуждена, дурашлива, негативистична, кривляется, плюется, нелепо смеется. Попытки успокоить ее приводят к еще более выраженному возбуждению и нелепому поведению.

1. Назовите синдром.

2. Установите диагноз заболевания.

3. Определите форму заболевания.

4. Определите тактику лечения больного.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гебефренический синдром.

2. Шизофрения.

3. Гебефреническая форма.

4. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики.

5. Прогноз неблагоприятный – заболевание течет злокачественно, быстро приводит к выраженному дефекту и инвалидизации.

**Задача №2**

Больной 22 года. Психическое состояние изменилось впервые: трудно доступна контакту, отрешена от окружающего, застывает в однообразных позах, взгляд устремлен в пространство. Негативистична, при попытке осмотреть ее оказывает сопротивление. Временами стереотипно повторяет одно и то же слово или фразу. Тяжелое соматическое состояние: температура 39,8; тахикардия до 140 в минуту, симптомы обезвоживания, петехии и кровоподтеки на коже.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдромы.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Определите тактику лечения.

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Нарушение сознания, каталепсия, активный негативизм, стереотипии, симптомы интоксикации.

2. Кататонический синдром.

3. Фебрильная шизофрения.

4. Фармакотерапия – атипичные антипсихотики, аминазин в/в в капельнице, массивная инфузионная терапия, антигистаминные препараты, антибиотики; возможна ЭСТ.

5. Прогноз относительно благоприятный – возможна ремиссия высокого качества.

**Задача№3**

Мужчина 25 лет был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течение 20 минут находился без сознания. На момент осмотра врачом скорой помощи больной находился в сознании, выявлялась нерезко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение, где у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут.

1. Назовите состояние.

2. Установите диагноз.

3. Какова терапевтическая тактика?

4. Что явилось причиной развития данного состояния?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Эпилептический статус.

2. Травматическая эпилепсия.

3. Показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. При неэффективности – повторить через 20 минут. При неэффективности – ингаляционный наркоз с применением миорелаксантов.

4. Черепно-мозговая травма.

5. Из-за нарушения кровоснабжения мозга и ликвородинамики возможно развитие отека мозга, приводящего к нарушению регуляции дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти.

**Задача№4**

К невропатологу направлен больной по поводу нарушений сна. При осмотре сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но, несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на «ты» и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей. Подвижен, с трудом удерживается на одном месте, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие.

1. Перечислите психопатологические симптомы

2. Назовите синдром.

3. Установите диагноз заболевания.

4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?

5. Определите тактику лечения больного.

**Эталон ответа**

1. Инсомния, гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность, идеи величия, конфликтность, отсутствие критики.

2. Маниакальный синдром.

3. Биполярное аффективное расстройство.

4. Показания для недобровольной госпитализации имеются – конфликтность (опасность для окружающих – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи…»).

5. Психофармакотерапия – назначение нормотимиков.

**Задача№5**

Больная 35 лет в пятый раз в течение последних 3-х лет поступает в терапевтическое отделение в связи с выраженными диспептическими расстройствами, значительной потерей веса (до 7 кг). При обследовании значимой патологии со стороны пищеварительной системы не выявлено, назначение спазмолитиков и прокинетиков в сочетании с ферментными препаратами неэффективно. Обращает на себя внимание повышенная тревожность, выраженные нарушения сна, сниженный фон настроения.

1. Перечислите психопатологические симптомы

2. Установите диагноз заболевания.

3. Показано ли данной больной стационарное лечение в психиатрической больнице?

4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?

5. Определите тактику лечения больной.

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, инсомния, тревога, вегетативные расстройства.

2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

3. Стационарное лечение в психиатрической больнице показано.

4. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

5. Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов с анксиолитическим действием.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-1, ПК-5, ПК-6.

1) Умение проводить дифференциальную психофармакотерапию с использованием всех групп психотропных средств и разных способов их введения.

2) Умение проводить курсовую противосудорожную терапию

3) Умение проводить дегидратационную и «рассасывающую» терапию при органических заболеваниях головного мозга

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Психофармакотерапия. Биологические методы.

2) Классификация психотропных средств, их характеристика. Показания, противопоказания.

3) Проблема терапевтической резистентности.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.4.104. **Тема:** «Терапия критических состояний в психиатрии».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: С неотложными расстройствами в психиатрии сталкивается обычно дежурный врач. Знать диагностические приемы, которые следует использовать дежурному врачу, и уметь оказать неотложную помощь обязан каждый психиатр.

**Цели обучения:**

**- общая:** уметь диагностировать и проводить терапию неотложных состояний в психиатрии.

ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Знать: критерии диагностики синдромов нарушенного сознания.

Уметь: определять у больных с острыми психотическими расстройствами риск летательного исхода при помощи терапевтических приемов; высокий риск летального исхода при помощи неврологических приемов; относительный риск летального исхода при помощи неврологических приемов; риск летального исхода при помощи психиатрических приемов.

Владеть: приемами купирования острых психотических расстройств; проявлений обезвоженности при психозах; проявлений гипергидратации при психозах.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности темы занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к терапии критических состояний в психиатрии.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата.  - Беседа с больным, с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Перед началом проведения терапевтических мероприятий необходимо провести терапевтический, неврологический и психиатрический экспресс-осмотр. При терапевтическом и неврологическом обследовании удобней придерживаться схемы «сверху вниз».

В рамках терапевтического обследования следует осмотреть язык (сухой или влажный), определить количество дыхательных движений и пульс, измерить АД, определить нижнюю границу печени путем перкуссии по среднеключичной линии, выявить наличие или отсутствие диуреза.

Сухой язык свидетельствует об обезвоженности и связанном с этим риске снижения артериального давления. Сочетание сухости языка с тахикардией и низким АД это заключение подтверждает. Влажность языка, нормальные цифры АД в сочетании с тахикардией позволяют отметить проявления сердечной недостаточности. Сочетание же тахикардии с частым дыханием позволяют предполагать риск отека легких. Все это дает основания для более детального осмотра больного и, при необходимости, соответствующей коррекции терапии.

Некоторое увеличение (на 1-2 см) нижней границы печени при ургентных расстройствах у больных психиатрического и наркологического профиля является достаточно типичным. Более значительное расширение ее нижнего края указывает на необходимость в ближайшее время провести соответствующие диагностические действия. Отсутствие диуреза на фоне обезвоженности явной угрозы также не представляет, но требуется динамическое наблюдение и лечение в плане упреждения риска развития «сухой почки».

Более значима диагностика гипергидратации. Основными ее проявлениями являются отек легких и отек мозга. При этом удобней ориентироваться на неврологическую и психиатрическую симптоматику. Обследование рекомендуется проводить в два этапа.

На первом этапе следует выявить высоко информативные неврологические симптомы: анизокорию, рефлексы орального автоматизма и неравномерность мышечного тонуса конечностей. При всей неоднозначности каждого из этих признаков психиатру рекомендуется их условно расценивать показателями риска церебральной катастрофы.

В случае, когда высоко информативные неврологические симптомы не выявлены, желательно провести второй этап неврологического осмотра. Используя схему «сверху вниз», определить относительно информативные симптомы: боковой горизонтальный нистагм, сглаженность носогубной складки, неравномерность оскала зубов, отклонения языка в сторону и патологические рефлексы с верхних и нижних конечностей. Ценность одного или нескольких из перечисленных выше симптомов относительна. Эти отклонения имеют место у большинства больных в органической церебральной дефицитарностью и наблюдаются у таких лиц в течение длительного времени.

Здесь важен динамический принцип наблюдения: если один или несколько из этих симптомов при повторном (через 1-2 часа) осмотре появились или увеличились в своей выраженности, их сразу следует расценить высоко информативными и так же предположить возможность церебральной катастрофы.

На следующем этапе нужно провести психиатрический осмотр. Наличие грубых аффективных, галлюцинаторно-бредовых расстройств у больных с ургентной патологией – типичное явление. Врачу следует определить признаки помраченного или выключенного сознания.

Критерии нарушенного сознания (по К. Ясперсу):

- дезориентировка в месте, времени, реже – в собственной личности;

- отрешенность – неотчетливость восприятия окружающего;

- непоследовательность мышления, выраженная в разной степени;

- амнезияпериода нарушенного сознания, полная или частичная.

Признаки помраченного сознания следует определять у возбужденных больных. Первым настораживающим врача признаком является дезориентировка в месте и (или) во времени. Дезориентировка в сочетании с галлюцинаторными переживаниями позволяет диагностировать делирий. Довольно опасным может оказаться резкое (на фоне стандартно протекавшего делирия) психомоторное возбуждение с полным прекращением контакта (не отвечает на вопросы, не выполняет инструкций). У больного можно предполагать развитие сумеречного расстройства сознания. Сумеречный эпизод может быть кратковременным и трансформироваться в аменцию (возбуждение в пределах постели, полное отсутствие контакта). Это увеличивает вероятность перехода аменции в оглушение, сопор и кому.

Дифференциальный диагноз различных видов ком

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Алкогольная** | **Барбитуровая** | **Апоплексическая** | **Диабетическая** | **Уремическая** | **Травматическая** |
| **Условия**  **возникновения** | Предшествует  прием алкоголя в значительных дозах | Прием случайно  или суицид, снотворных в значительном количестве | После значительной физической или нервно-психической нагрузки | После грубого нарушения режима, при раннем введении инсулина | ОIIН, прогрессирование хронической почечной недостаточности | Предшествующая травма |
| **Скорость развития** | Постепенно | Постепенно | Быстро | Постепенно | Медленно | Внезапно |
| **Запах изо рта** | Алкоголя | Нет | Нет | Ацетона | Мочевины | Нет |
| **Окраска лица** | В начале красное, затем синюшное | Бледное | Багровое одутловатое | Розовое или бледное | Резкая бледность | Обычная |
| **Кожа** | Влажная липкая | Влажная липкая | Сухая | Сухая | Сухая с расчесами, налет мочевины | В начале бледная |
| **Температура** | Понижена | Нормальная | Понижена на стороне паралича | Нормальная | Склонность к понижению | Может быть гипертермия |
| **Мышечный тонус** | Гиподинамия, адинамия | Вялый | Понижен на стороне паралича | Вялый | Вялый, иногда судороги | В зависимости от локализации  травмы |
| **Очаговые симптомы** | Нет | Нет | Паралич | Нет | Нет | Гемипарез, одностороннее расширение зрачка, плавание глазных яблок |
| **Дыхание** | Ослабленное, иногда Чейн-Стокса | Замедленное, иногда Чейн-Стокса | Хриплое клокочущее | Большое Куссмауля | Типа Чейн-Стокса | Замедленно |
| **ССС** | Тахикардия, коллапс | Тахикардия, коллапс | Гипотония, брадикардия | Гипотония | Гипертония | Брадикардия |
| **Кровь** | Алкоголь | Барбитураты | Небольшой лейкоцитоз | Сахар резко повышен | Резко повышен остаточный азот | Без особенностей |
| **В моче** | Алкоголь | Барбитураты | Без особенностей | Сахар, ацетон | Остаточный азот | Без особенностей |
| **В ликворе** | Алкоголь | Барбитураты | Повышение давление | Сахар резко повышен | Остаточный азот | Иногда примесь крови |

Необходимо четко ориентироваться в вопросах диагностики и терапии ургентных расстройств. Наибольшие сложности возникают при наличии клинических проявлений делирия. Поэтому важна его дифференциальная диагностика с угрожающими жизни состояниями в клинике внутренних и неврологических заболеваний. Сходство симптомов болезней и их неверная оценка приводит к врачебным ошибкам, и лица с алкогольным делирием поступают в соматические стационары, а больные с острой соматической патологией оказываются в наркологических отделениях и не получают соответствующей терапии, что может привести к летальному исходу.

Чаще всего из ургентных расстройств в психиатрии встречается алкогольный делирий.

**Делирий (белая горячка, delirium tremens) –** металкогольный психоз в форме галлюцинаторного помрачения сознания с преобладанием истинных зрительных, слуховых галлюцинаций, образного бреда, сопровождаемого страхом, двигательным возбуждением с сохранностью самосознания (аутопсихической ориентировки), протекает на фоне разнообразных вегетативно-неврологических расстройств и обменных нарушений (обезвоживание, электролитные сдвиги, гиперазотемия, ацидоз и т.д.).

Алкогольный делирий развивается обычно через несколько часов или дней после прекращения приема алкоголя на фоне выраженных похмельных расстройств или при их обратном развитии, в некоторых случаях в конце продолжительного запоя при сниженных дозах алкоголя. Больные резко возбуждены, дезориентированы, эйфоричны, галлюцинируют, агрессивное настроение может смениться благодушием, дурашливостью, сон нарушен (бессонница), характерно двигательное возбуждение.

Отмечаются выраженные вегетативные расстройства: резкая потливость, гиперемия лица и конъюнктив, тахипноэ, тахикардия (до 120-150 уд/мин.), резкие перепады АД – от гипотонии до высоких цифр, гиперестезия, повышение температуры тела от субфебрильной до 38-41 градуса, тремор конечностей, языка, тела. Возможны атаксия, дизартрия, мышечная гипотония, гиперрефлексия, судороги, ригидность мышц затылка,  
желтушность склер, увеличение печени. Изменяются лабораторные показатели: ускоряется СОЭ, появляются лейкоцитоз, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Выявляется олигурия, вплоть до анурии (за счет гипергидроза и обезвоженности), альбуминурия, уробилинурия.

При тяжелых формах делирия глубокие нарушения сознания, явления аменции, оглушенности могут перейти в сопор и кому (в связи с развитием отека мозга) с нарушением дыхания по аспирационно-обтурационному и/или центральному типам, изменением кислотно-щелочного равновесия с преобладанием метаболического респираторного или смешанного ацидоза.

Ведущим в лечении алкогольного делирия является купирование возбуждения, гипертермии, раннее назначение инфузионной терапии для борьбы с обезвоженностью, электролитными нарушениями и артериальной гипер- или гипотонией. Показанием к прекращению терапии служит нормализация сна и соматического состояния (АД, частоты пульса и дыхания, цвета и тургора кожных покровов).

**Купирование возбуждения.**

1. Седуксен (реланиум) 10-40 мг в 20 мл 20% раствора глюкозы в вену медленно (при легком возбуждении).
2. Оксибутират натрия 2-4 г в 20 мл 5% раствора глюкозы (смешать), дать внутрь; повторять 3-4 раза в сутки (при неэффективности внутривенного введения реланиума).
3. Оксибутират натрия 20 % - 10 мл в вену медленно.

4. Фенобарбитал (люминал) 0,3 г 1-2 раза в сутки внутрь или в клизме (при возбуждении средней выраженности).

1. Аминазин 2,5% - 1 мл в 500 мл физиологического раствора в вену капельно; одновременно пипольфен (дипразин) 2,5% - 2 мл в мышцу или 1% раствор димедрола 1-3 мл в мышцу (при резком возбуждении и повышенном АД).
2. Галоперидол 0,5% - 1 мл на 10 мл физиологического раствора в вену (при выраженном возбуждении).

При стойкой **гипертермии,** не связанной с присоединением интеркуррентных заболеваний, средствами выбора являются аспирин, ацетаминофен (парацетамол), назначают 2 мл 50% раствора анальгина в вену. Поскольку дрожь и спазм сосудов препятствуют охлаждению, их появление предупреждают внутримышечным введением литической смеси: 50 мг аминазина (хлопромазина гидрохлорид) в сочетании с пипольфеном (50 мг). В ряде случаев можно использовать влажное обертывание или пакеты со льдом, располагая их в зонах максимального теплообмена (паховые, подмышечные области).

Для лечения **обезвоженности** (сухость губ и языка, бледно-землистый цвет кожи, сниженный ее тургор, цианоз губ, западение глазных яблок, снижение АД, тахикардия, спадание кожных вен, возможно олигурия, вплоть до анурии) с учетом преобладания гипертонической дегидратации, рекомендуется раннее использование инфузионной терапии 5% раствором глюкозы 700-1500 мл + 8-16 ед. инсулина в вену капельно в течение суток, а также изотонические электролитные растворы (Рингера, Лактасол). Общее количество вводимой жидкости в сутки – 2500-2800 мл – должно быть равно количеству выделенной мочи + 400 мл (потеря жидкости кожей, при дыхании) + 400 мл жидкости на каждый градус температуры свыше 37 С.

При недостаточном выведении жидкости почками в связи с повышенной проницаемостью сосудов, иногда в связи с бесконтрольным введением растворов, возможно развитие у больного **гипергидратации** (переполнение кожных вен, периферические отеки, начальные симптомы отека мозга и легких). В этом случае необходимо введение лазикса (фуросемида) - 40-80 мг в вену струйно, каждые 4 часа, гипертонический раствор глюкозы 10-20% - 100-200 мл, растворы эуфиллина 2,4% - 10-20 мл в вену, сульфата магния 25% - 10 мл 2 раза в сутки, панангин 10-20 мл в сутки. При необходимости 20% раствор маннита или 30 % раствор мочевины.

При упорной **артериальной гипотонии (коллапсе),** на фоне обязательного проведения инфузионной терапии (полиглюкин, реополиглюкин), используют введение сосудистых препаратов (мезатон 0,5-1 мл 1% раствора в 40 мл 5%, 20% или 40% раствора глюкозы в вену или 1-2 мл 0,2% раствора норадреналина в 250 мл 5 % раствора глюкозы в вену капельно), сердечных гликозидов (строфантин 0,05 % 0,3-0,5 мл в 20 мл 5%, 20% или 40% глюкозы в вену струйно медленно, в течение 5-6 минут, или в вену капельно в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы), глюкокортикоидных гормонов (30-90 мг преднизолона или 100-150 мг гидрокортизона в 5% растворе глюкозы внутривенно).

КЛАССИФИКАЦИОННАЯ ШКАЛА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ

(+) – наличие признака, (-) – отсутствие признака

| Градация изменений сознания | Определяемые клинические признаки | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Окулоцефалический рефлекс | Открывание глаз  на звук и боль | Выполнение инструкций | Ответы  на вопросы | Ориентация в окружающем | Двухсторонний фиксированный мидриаз | Мышечная  атония |
| Ясное сознание | + | + | + | + | + | - | - |
| Оглушение среднее | + | + | + | + | - | - | - |
| Оглушение глубокое | + | + | + | - | - | - | - |
| Сопор | + | + | - | - | - | - | - |
| Кома I | + | - | - | - | - | - | - |
| Кома II | - | - | - | - | - | - | + |
| Кома III | - | - | - | - | - | + | + |

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

1. Терапевтические критерии высокого риска летального исхода.
2. Неврологические критерии высокого риска летального исхода.
3. Психиатрические критерии высокого риска летального исхода.
4. Купирование психомоторного возбуждения.
5. Синдромы нарушенного сознания.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

1. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дезориентировка

2) резонерство

3) каталепсия

4) псевдогаллюцинации

5) эхосимптомы

2. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) мутизм

2) нечеткость мышления вплоть до бессвязности

3) симптом капюшона

4) каталепсия

5) растерянность

3. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ РАССТРОЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) парафрения

2) вербигерация

3) псевдореминисценция

4) амнезия периода психоза

5) амбитендентность

4. ХАРАКТЕРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ СОЗНАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) сопор

5. ХАРАКТЕРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ СОЗНАНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) делирий

2) онейроид

3) аменция

4) сумеречное помрачение сознания

5) сопор

6. ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ШИЗОФРЕНИЯ

1) фебрильная

2) гебефреническая

3) кататоническая

4) параноидная

5) простая

7. К УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЯМ В ПСИХИАТРИИ ОТНОСИТСЯ

1) онейроид

2) кататонический ступор с отказом от еды

3) алкогольный делирий

4) сумеречное помрачение сознания

5) бред воздействия

8. К УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЯМ В ПСИХИАТРИИ ОТНОСИТСЯ

1) сумеречное помрачение сознания

2) кататоническое возбуждение

3) онейроид

4) фебрильная кататония

5) бред преследования

9. НА ОСОБУЮ ТЯЖЕСТЬ ДЕЛИРИЯ УКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ

1) тахикардии и повышения АД

2) бреда воздействия

3) дезориентировки в месте и времени

4) брадикардии и оральных автоматизмов

5) диспепсических расстройств

10. ОСНОВНУЮ УГРОЗУ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ ПРЕДСТАВЛЯЮТ

1) резкое снижение аппетита, приводящее к развитию кахексии

2) суицидальные мысли, тенденции, попытки

3) упорные нарушения сна

4) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе

5) для депрессии не характерно наличие симптомов, внушающих опасение за жизнь больного

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

**Задача №1**

Пациент 40 лет, злоупотребляющий алкоголем, прооперирован по поводу прободной язвы желудка на фоне 4-х дневного употребления спиртного. После выхода из наркоза в отделении реанимации пациент ведет себя очень тревожно, суетливо. «Ловит» в складках белья несуществующих насекомых, «вытягивает» что-то изо рта. При беседе оказалось, что пациент дезориентирован в месте и времени, но правильно называет свое имя и возраст.

1. Назовите синдром.

2. Поставьте диагноз.

3. Что явилось обстоятельством, отягчающим течение алкогольного делирия?

4. Какова терапевтическая тактика?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Делириозный синдром (мусситирующий делирий).

2. Синдром отмены алкоголя с мусситирующим делирием.

3. Прободная язва желудка, операция под общим наркозом..

4. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; глюкокортикоиды.

5. Неблагоприятный – возможен летальный исход или инвалидизация вследствие дальнейшего катастрофического течения алкоголизма.

**Задача №2**

Больной (по профессии электрик) лежит в постели, не отвечает на вопросы, что-то бормочет, лицо выражает то страх, то недоумение. Непрерывно совершает одни и те же движения, как будто протягивает провод. В окружающем не ориентируется. Из анамнеза известно, что он в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. В последний год диагностируют цирроз печени.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Поставьте диагноз.

4. Какова терапевтическая тактика?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Мутизм, аффект недоумения, двигательное возбуждение в пределах постели, истинные галлюцинации, отсутствие ориентировки в месте и времени.

2. Делириозный синдром (профессиональный делирий).

3. Синдром отмены алкоголя с профессиональным делирием.

4. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; глюкокортикоиды.

5. Неблагоприятный – возможен летальный исход или инвалидизация вследствие дальнейшего катастрофического течения алкоголизма.

**Задача №3**

Пациентка 24 лет. С 18 лет страдает шизофренией, длительное время принимает нейролептики, в т.ч. продленного действия. Отмечается плохая переносимость антипсихотических препаратов, с экстрапирамидными расстройствами, мышечной ригидностью, гиперсаливацией. На фоне смены препарата усилились экстрапирамидные расстройства, появились себорея и сальность лица. На третий день поднялась температура до 40°С с неправильным характером температурной кривой. Пульс 90 ударов в минуту. АД 105/65. Черты лица заострены, сухость слизистых оболочек. В крови обнаруживаются гипокалиемия, повышение СОЭ, повышение гематокрита. увеличение количества нейтрофилов, рост концентрации мочевины, креатинина, фибриногена, высокая активность трансаминаз и креатининфосфокиназы.

1. Поставьте диагноз.
2. С чем надо дифференцировать данное состояние?
3. Какие осложнения возможны?
4. Какова терапевтическая тактика?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Злокачественный нейролептический синдром.
2. С фебрильной шизофренией.
3. Отек мозга, острая сердечно-сосудистая недостаточность.
4. Отмена нейролептиков, назначение М-холинолитических средств (акинетона, циклодола) и ноотропов, коррекция нарушений гомеостаза с помощью в/в капельных инфузий полиглюкина и реополиглюкина, полиионных растворов (физ. раствора, раствора Рингера, трисоля) и глюкозы с инсулином; кортикостероиды, сердечные гликозиды; литическая смесь.
5. Возможен летальный исход.

**Задача №4**

Родственники больной А., 53-х лет стали слышать от нее жалобы на резкое снижение настроения, особенно в утренние часы. А. жаловалась на гнетущую тоску, чувство безысходности, нежелание жить. Причиной возникновения подобного чувства считает то, что она «напрасно прожила свою жизнь, ничего стоящего не сделала», «всем всегда была в тягость». Считает себя никчемным, недостойным жизни человеком. Также отмечает, что все вокруг перестало радовать, пища стала безвкусной, краски тусклыми, «как будто все подернуто пеленой». Жаловалась на чувство тяжести за грудиной, «как будто положили камень». Во время беседы с врачом речь замедлена, отвечает после длительных пауз. Выражение лица скорбное. Движения также замедлены, дома большую часть времени проводила в постели. Призналась врачу, что восприняла бы смерть с облегчением.

1. Перечислите психопатологические симптомы.

2. Назовите синдром.

3. Поставьте диагноз.

4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

5. Определите тактику лечения.

**Эталон ответа**

1. Гипотимия, предсердная тоска, моторная и идеаторная заторможенность, ангедония, бред самоуничижения, суицидальные мысли, суточные колебания настроения.
2. Депрессивный синдром.
3. Депрессивный эпизод тяжелый с психотическими симптомами.
4. Показания для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар имеются – опасность для себя (ст. 29 п.1 «Закона о психиатрической помощи…»).
5. Лечение стационарное, назначение антидепрессантов.

**Задача №5**

Больной, страдающий эпилепсией, поступил в приемный покой больницы скорой помощи с диагнозом левосторонней крупозной пневмонии. В присутствии дежурного терапевта у больного развились повторные судорожные припадки с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Припадки повторялись с интервалом в 3-5 минут. В промежутках между припадками больной находился в коматозном состоянии.

1. Что явилось причиной развития данного болезненного состояния?
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с серией эпиприступов.
4. Определите терапевтическую тактику.
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Причиной развития данного состояния явилась крупозная пневмония.
2. Эпилептический статус.
3. В промежутках между припадками больной не приходит в сознание.
4. В/в медленно 20-60 мг диазепама (седуксена) на 10 мл 40% р-ра глюкозы. При неэффективности – повторить через 20-30 минут. 5-10 мл 10% р-ра гексенала в/в либо в/м. Дегидратационная терапия: сульфат магния (10-15 мл 25% раствора в/м), лазикс (в/в струйно 20-40 мг), маннитол (200 мл свежего 15-20% р-ра), кортикостероиды (12 мл 3% р-ра преднизолона или 2-3 мл 0,4***%*** р-ра дексаметазона в/в струйно). Для поддержания сердечной деятельности вводят кофеин, кордиамин, строфантин, коргликон, эуфиллин, при гипотонии – мезатон.
5. Повторяющиеся припадки вызывают нарушение ликвородинамики, вторичную гипертермию, нарастающий отек мозга с нарушением дыхания и сердечной деятельности. При неэффективности лечения через несколько часов может наступить смерть.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-5, ПК-6.

1. Уметь определять у больных с острыми психотическими расстройствами:

- риск летательного исхода при помощи терапевтических приемов;

- высокий риск летального исхода при помощи неврологических приемов;

- относительный риск летального исхода при помощи неврологических приемов;

- риск летального исхода при помощи психиатрических приемов.

2. Уметь купировать:

- острые психотические расстройства;

- проявления обезвоженности при психозах;

- проявления гипергидратации при психозах;

- эпилептический статус.

3. Уметь провести дифференциального диагноз расстройств сознания.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1) Эпилептический статус.

2) Злокачественный нейролептический синдром.

3. Алкогольный делирий.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.5.105. **Тема:** «Проблема терапевтической резистентности при психических заболеваниях».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Несмотря на появление большого количества новых препаратов и значительный прогресс в области понимания механизмов действия психотропных средств, число терапевтически резистентных больных не уменьшается и стабильно составляет около 30%.  Проблема терапевтической резистентности тесно связана с прогнозом эффективности терапии.Прогнозируемый, или ожидаемый, лечебный эффект понимают как максимально возможный в современных условиях уровень эффективности, характерный для определенной диагностической категории, типа течения заболевания и доминирующего синдрома. Это значит, что наши терапевтические возможности на сегодняшний день не безграничны и только у части больных мы можем ожидать 100% клинический эффект и достижение интермиссии, а в большинстве случаев (например, при грубопрогредиентных ядерных формах шизофрении) приходится рассчитывать лишь на определенную коррекцию состояния.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам терапевтической резистентности при психических заболеваниях.

ПК-6, ПК-8.

**- учебная:**

Знать: знать основные типы терапевтической резистентности и способы их формирования у пациентов.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больных с терапевтической резистентностью при психических расстройствах, в том числе с применением знаний и умений, приобретенных при изучении других дисциплин.

Владеть: владеть методами обследования больных с терапевтической резистентностью при психических заболеваниях; способностью правильно оценить и описать выявленные типы терапевтической резистентности, провести дифференциальную диагностику между различными формами терапевтической резистентности и подобрать средства и методы ее преодоления.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения клинических закономерностей проявления терапевтической резистентности при психических заболеваниях |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами к диагностике и преодолению терапевтической резистентности.  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Ятрогенные факторы формирования терапевтической резистентности у больных с психическими расстройствами».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Под ***терапевтической резистентностью*** подразумевается отсутствие ожидаемого (прогнозируемого) лечебного эффекта при применении адекватной психофармакотерапии.

Проблема терапевтической резистентности тесно связана с прогнозом эффективности терапии. Результаты длительных прогностических исследований позволяют заключить, что удовлетворительный прогноз терапии на основе оценки клинических факторов, включающих нозологическую оценку наблюдаемого расстройства, регистрируется у 45–50% больных. Иными словами, у каждого второго пациента мы можем с достаточной долей уверенности по клиническим особенностям состояния предсказать тот или иной ответ при применении конкретного препарата.

   Второе важнейшее понятие терапевтической резистентности – адекватность психофармакотерапии, поскольку примерно у половины больных, как показывают данные специальных исследований, именно с этой причиной связано формирование первичной терапевтической резистентности.

Что понимают под адекватной терапией? Речь прежде всего идет оназначении лечения в соответствии с принятыми клиническими показаниями, т.е. дифференцированный подход на основе правильной клинической диагностики и применение эффективной дозировки назначаемого психотропного средства. Однако на практике нередко используются более низкие сравнительно с рекомендуемыми дозы, в частности, из-за опасения побочных эффектов. В результате желаемый терапевтический эффект не достигается.

Следующее положение – *соблюдение достаточной длительности курса терапии* – также часто нарушается врачами, нередко проявляющими необоснованный оптимизм при становлении ремиссии или, напротив, пессимизм при отсутствии немедленного положительного эффекта от назначенного антидепрессанта или антипсихотика, что влечет за собой преждевременную отмену психотропных средств. Необходимо иметь в виду, что механизм действия большинства препаратов включает рецепторную перестройку, на которую требуется определенная экспозиция действия препарата. Следует набраться терпения и дождаться развития клинического эффекта, непосредственным первичным проявлением которого, реализующимся в течение первых 2 нед. терапии, является седация или психомоторная активация.

Следующее положение определения терапевтической резистентности состоит в том, что *для суждения об отсутствии ответа на терапию необходимы данные о неэффективности не менее 2 последовательных курсов неодинаковых по механизму действия препаратов.*

***Первичная (истинная) резистентность***, связана прежде всего с прогнозируемой плохой курабельностью состояния или неблагоприятным течением заболевания. К этой же категории можно отнести и отсутствие эффекта, связанного с другими биологическими, в том числе и генетически детерминированными факторами, когда больные не реагируют на те или иные группы психотропных средств в силу пониженной чувствительности определенных нейрорецепторов.

Следующий тип резистентности определяется как **вторичная резистентность.** Этот вариант не является собственно резистентностью, а отсутствие эффекта от применяемого лечения развивается по мере увеличения его длительности и связано с развитием так называемого феномена адаптации к психофармакотерапии, особенно при ее шаблонном применении.

Наконец, большинство случаев резистентности, по-видимому, следует отнести к **псевдорезистентности**, связанной с неадекватностью терапии. Доля больных, у которых неэффективность лечения определяется псевдорезистентностью, достигает 50–60%. В этих случаях отсутствие эффекта может быть связано не только с неточностью выбора препарата, недостаточностью его дозировки или несоблюдением длительности курса терапии, но и с другими факторами (соматогенным, фармакокинетическим и др.). В таких случаях, например при заболевании желудка, когда нарушается процесс всасывания препарата, для того чтобы добиться положительного ответа на лечение, достаточно простой смены перорального на парентеральный путь введения.



 Особую проблему представляет так называемая отрицательная **резистентность, или интолерантность**, к терапии. Речь идет о повышенной чувствительности к развитию побочных эффектов (экстрапирамидных, соматических, нейроинтоксикационных), выраженность которых превышает основное психотропное действие препарата. Следствием является невозможность применения адекватных доз и вытекающая отсюда невозможность добиться желаемого терапевтического эффекта.

Более того, метаболизм многих психотропных средств связан с генетическим полиморфизмом печеночных ферментов, в частности изоферментов цитохрома P-450. Известно, что у 5–18% лиц европейской расы активность изофермента CYP2D6 значительно снижена, а у 15–20% лиц азиатской расы снижена активность изофермента CYP2C19. Это значит, что при введении препаратов таким больным требуется особая осторожность в связи с высоким риском токсических реакций и побочных эффектов, связанных с генетически обусловленной интолерантностью к терапии.

Все обсуждавшиеся выше формы резистентности взаимодействуют. Так, в ситуации, когда у больных с первичной или истинной резистентностью все же удалось добиться определенного положительного эффекта, результаты лечения могут оказаться неудовлетворительными вследствие присоединения явлений адаптации к препарату или интолерантности из-за развития признаков аллергизации организма.

***Факторы, способствующие формированию терапевтической резистентности:***

* Поздний возраст
* Особенности преморбидной личности
* Неблагоприятное социальное и семейное положение
* Частые стрессовые воздействия, неразрешающаяся психотравмирующая ситуация
* Интеркуррентные соматические и неврологические заболевания
* Коморбидные психические расстройства (алкоголизм, токсикомания, обсессивно-компульсивные расстройства и др.)
* Органическая стигматизация или «почва»
* Снижение физиологической толерантности (ранее возникновение побочных явлений)
* Несоблюдение режима терапии
* Ятрогенные факторы

Особо следует выделить **проблему комплаентности – несоблюдения режима терапии.** По данным статистики, 25–60% амбулаторных больных нарушают режим рекомендованной терапии. Чаще это происходит по причине недостаточно критического отношения к заболеванию или плохой переносимости препаратов (наибольший дистресс вызывают нейротоксические и экстрапирамидные феномены). Немаловажно здесь также отсутствие доверия, взаимопонимания и должного контакта с лечащим врачом.

В этом плане важна психотерапевтическая поддержка и психообразовательная работа. Согласно статистическим данным, даже при тяжелых эндогенных психозах присоединение к психофармакотерапии адекватной психотерапии повышает общий эффект лечения на 20–30%. Чтобы добиться этого результата, достаточно 2–3 собеседований с несколькими больными и их родственниками, при которых в доступной им форме обсуждаются цели и задачи лечения, действие и побочные эффекты препаратов. Проведение психообразовательной работы в дополнение к лечению психотропными средствами в течение года за счет повышения комплаентности оптимизирует эффективность терапии до 30%. Однако такие программы распространены в отечественной психиатрии пока недостаточно широко.

В числе других ятрогенных факторов, ухудшающих прогноз эффективности терапии, следует указать на неоправданно длительные сроки содержания больных в стационаре, что формирует явления госпитализма и способствует развитию терапевтической резистентности. Нередким недостатком практической лечебной деятельности является полипрагмазия. При этом общемировая тенденция прямо противоположна: считается, что монотерапия может быть достаточно эффективна, более того, вероятность развития побочных эффектов при применении 2 препаратов и более возрастает прямо пропорционально количеству назначенных средств.

Следует подчеркнуть, что истинная резистентность встречается крайне редко, а наиболее значимыми причинами терапевтической резистентности в практике являются неадекватность терапии, недооценка факторов, способствующих хронификации состояния и препятствующих развитию клинического эффекта назначенных средств, недостаточность контроля за соблюдением режима терапии, недовыявление признаков интолерантности.

***Методы преодоления лекарственной резистентности***

Выбор средств и методов преодоления терапевтической резистентности осуществляется дифференцированно и последовательно. Первыми шагами на этом пути являются оптимизация и интенсификация психофармакотерапии, основанная на анализе причин терапевтической резистентности. Далее – это адекватная комбинированная терапия, продуманная в плане усиления нейрохимического механизма действия препарата, затем – хорошо зарекомендовавшая себя одномоментная отмена, переход на парентеральное инфузионное введение препаратов; использование препаратов с иным метаболизмом и иным механизмом действия. На следующем этапе применяются шоковые методы, эффективность которых у резистентных больных трудно переоценить даже сегодня, особенно ЭСТ.

В качестве самостоятельных видов борьбы с резистентностью выделяются нелекарственные методы (транскраниальная магнитная стимуляция, депривация сна, фототерапия, иглорефлексотерапия, биологическая обратная связь и др.) и направленные на детоксикацию, поддержание гомеостаза методы, повышающие общую специфическую иммунологическую реактивность организма, как фармакологические (иммуномодуляторы, антиоксиданты, нейрометаболические стимуляторы и др.), так и нелекарственные (гемосорбция, плазмаферез, ультрафиолетовое лазерное облучение крови, магнитотерапия, гипербарическая оксигенация и др.).

Для каждой диагностической категории существуют свои алгоритмы (последовательность) действий в проведении противорезистентных мероприятий.

Таким образом, проблема терапевтической резистентности еще далека от разрешения. Наиболее частой причиной недостаточной эффективности психофармакотерапии в практике является неадекватность терапии и другие ятрогенные факторы.

Тщательный анализ факторов, способствующих затягиванию патологического состояния, препятствующих развитию эффекта психофармакотерапии, может помочь преодолеть резистентность без применения каких-либо дополнительных мероприятий. Важнейшим условием является контроль за соблюдением режима терапии с налаживанием контакта как с больным, так и с родственниками, проведение психообразовательной работы. Наконец, необходимы раннее выявление и профилактика явлений интолерантности и дифференцированный выбор средств и методов преодоления терапевтической резистентности.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-6, ПК-8.

1). Дайте определение терапевтической резистентности.

2). Назовите типы терапевтической резистентности.

3). Дайте определение ятрогении.

4). Перечислите факторы, способствующие формированию терапевтической резистентности.

5). Что такое комплайенс?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-6, ПК-8.

1.ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭТО

1) отсутствие ожидаемого лечебного года при применении адекватной психофармакотерапии

2) добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения

3) ухудшение физического или эмоционального состояния пациента, ненамеренно спровоцированное медицинским работником

4) одновременное (нередко необоснованное) назначение нескольких лекарственных средств или лечебных процедур

5) стадия течения хронической болезни, характеризующаяся усилением имеющихся или появлением новых симптомов

2. КОМПЛАЕНС ЭТО

1) отсутствие ожидаемого лечебного года при применении адекватной психофармакотерапии

2) добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения

3) ухудшение физического или эмоционального состояния пациента, ненамеренно спровоцированное медицинским работником

4) одновременное (нередко необоснованное) назначение нескольких лекарственных средств или лечебных процедур

5) стадия течения хронической болезни, характеризующаяся усилением имеющихся или появлением новых симптомов

003. ЯТРОГЕНИЯ ЭТО

1) отсутствие ожидаемого лечебного года при применении адекватной психофармакотерапии

2) добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения

3) ухудшение физического или эмоционального состояния пациента, ненамеренно спровоцированное медицинским работником

4) одновременное (нередко необоснованное) назначение нескольких лекарственных средств или лечебных процедур

5) стадия течения хронической болезни, характеризующаяся усилением имеющихся или появлением новых симптомов

4. ПОЛИПРАГМАЗИЯ ЭТО

1) отсутствие ожидаемого лечебного года при применении адекватной психофармакотерапии

2) добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения

3) ухудшение физического или эмоционального состояния пациента, ненамеренно спровоцированное медицинским работником

4) одновременное (нередко необоснованное) назначение нескольких лекарственных средств или лечебных процедур

5) стадия течения хронической болезни, характеризующаяся усилением имеющихся или появлением новых симптомов

5. О ТЕРАПВЕТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МОЖНО СУДИТЬ ЧЕРЕЗ

1) 1 неделю монотерапии

2) 2 недели монотерапии

3) 1 сутки монотерапии

4) 1 месяц терапии более, чем двумя препаратами

5) проведение не менее 2 последовательных курсов не одинаковых по механизму действия препаратов

6. ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ СВЯЗАНА С

1) неточностью выбора препарата

2) повышенной чувствительностью к развитию побочных эффектов

3) генетическим полиморфизмом печеночных ферментов

4) феноменом адаптации к психофармакотерапии

5) пониженной чувствительностью определенных нейрорецепторв

7. ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ СВЯЗАНА С

1) несоблюдением длительности курса терапии

2) повышенной чувствительностью к развитию побочных эффектов

3) генетическим полиморфизмом печеночных ферментов

4) феноменом адаптации к психофармакотерапии

5) пониженной чувствительностью определенных нейрорецепторв

8. ПЕРВЫМИ ШАГАМИ НА ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) проведение ЭСТ

2) депривация сна

3) гипербарическая оксигенация

4) оптимизация и интенсификация психофармакотерапии

5) иглорефлексотерапия

9. ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДОПОЛНЕНИЕ К ПСИХОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТАМ

1) не дает эффекта

2) оптимизирует эффективность терапии до 30%

3) помогает достичь 100% эффекта

4) оптимизирует эффективность терапии до 10%

5) снижает общий эффект лечения

10. МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ

1) профилактики развития фаз при БАР

2) уменьшения выраженности тревожных расстройств

3) коррекции побочных эффектов лекарственных средств

4) преодоления терапевтической резистентности к психотропным препаратам

5) уменьшения выраженности расстройств депрессивного спектра

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** ПК-6, ПК-8.

**Задача №1**

Пациент А. 19 лет, страдает параноидной формой шизофрении в течение 7-ми лет. Получает психофармакотерапию. Обострения с госпитализацией в психиатрическую больницу происходят три-четыре раза в год. Постоянно между госпитализациями А. принимал поддерживающую медикаментозную терапию  несколькими препаратами. В анамнезе заболевания были три суицидальные попытки.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Определите глубину ремиссии.
3. С чем связано отсутствие значительных улучшений на фоне терапии?
4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации?
5. Какова дальнейшая тактика лечения?

**Эталон ответа**

1. Параноидная шизофрения со стабильным дефектом.

2. Неполная ремиссия.

3. Возможно с наличием у пациента терапевтической резистентности.

4. Да.

5. Анализ причин терапевтической резистентности и выбор метода ее преодоления с дальнейшей адекватной психофармкотерапией.

**Задача №2**

В психиатрическую больницу поступила пациентка К., 25 лет, с жалобами на отсутствие чувства насыщения, утверждает, что «постоянно испытывает физический голод». При осмотре тревожна, постоянно трогает свой живот и щеки. Из анамнеза известно, что многократно лечилась в психиатрических стационарах с различными диагнозами: БАР, нервная анорексия, булимия, депрессивное расстройство. Получала психофармакотерапию нейролептиками, антидепрессантами, нормотимиками, но без эффекта.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Определите глубину ремиссии.

3. С чем связано отсутствие значительных улучшений на фоне терапии?

4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации?

5. Какова дальнейшая тактика лечения?

**Эталон ответа**

1. Необходимо провести психодиагностику для установления точного диагноза.

2. Неполная ремиссия.

3. Возможно с наличием у пациента терапевтической резистентности.

4. Да.

5. Анализ причин терапевтической резистентности и выбор метода ее преодоления с дальнейшей адекватной психофармакотерапией.

**Задача №3**

Больной в течение многих лет страдает параноидной формой шизофрении. Многократно лечился в психиатрическом стационаре, получал психофармакотерапию трифтазином без особых улучшений. После выписки поддерживающую терапию принимал. Обратился к психиатру с жалобами на то, «что мозг атрофируется, печень разделяется на дольки, через позвоночник как будто электрический ток проходит и высушивает спинной мозг».

1. Квалифицируйте состояние.
2. Определите глубину ремиссии.
3. С чем связано отсутствие значительных улучшений на фоне терапии?
4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации?
5. Какова дальнейшая тактика лечения?

**Эталон ответа**

1. Параноидная шизофрения со стабильным дефектом.

2. Неполная ремиссия.

3. Возможно с наличием у пациента терапевтической резистентности.

4. Да.

5. Анализ причин терапевтической резистентности и выбор метода ее преодоления с дальнейшей адекватной психофармкотерапией.

**Задача №4**

Больной Б., 51 год. Инвалид 2 гр. по психическому заболеванию, б/с. Наследственность отягощена по линии матери. Женат не был. Проживает с матерью в комнате коммунальной квартиры. С 1995 г. наблюдается психиатрами. В клинической картине- стойкие слуховые псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, бредовые идеи персекуторного характера, выраженные расстройства мышления по шизофреническому типу. С годами сформировался стойкий апато-абулический дефект. Госпитализации в психбольницы частые, длительные, ремиссии нестойкие, неполные. Выписывается обычно по настоянию матери, которая имеет особые взгляды на лечение больного, отдавая предпочтение нетрадиционным методам лечения, поэтому поддерживающую терапию дома пациент не получает. Данная госпитализация связана с тем, что пациент отказывается от еды, разговаривает сам с собой, агрессивен по отношению к матери.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Определите глубину ремиссии.
3. С чем связано отсутствие значительных улучшений на фоне терапии?
4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации?
5. Какова дальнейшая тактика лечения?

**Эталон ответа**

1. Параноидная шизофрения со стабильным дефектом.

2. Неполная ремиссия.

3. Возможно с наличием у пациента терапевтической резистентности.

4. Да.

5. Анализ причин терапевтической резистентности и выбор метода ее преодоления с дальнейшей адекватной психофармкотерапией

**Задача №5**

Больной М., 30 лет. Наблюдается психослужбой в течение 5 лет с диагнозом параноидная шизофрения. В клинической картине заболевания- бредово-галлюцинаторные переживания.Получает психофармакотерапию нейролептиками. Периоды между поступлениями короткие. Ремиссии неплные, нестойкие.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Определите глубину ремиссии.
3. С чем связано отсутствие значительных улучшений на фоне терапии?
4. Нуждается ли данный пациент в госпитализации?
5. Какова дальнейшая тактика лечения?

**Эталон ответа**

1. Параноидная шизофрения со стабильным дефектом.

2. Неполная ремиссия.

3. Возможно с наличием у пациента терапевтической резистентности.

4. Да.

5. Анализ причин терапевтической резистентности и выбор метода ее преодоления с дальнейшей адекватной психофармакотерапией.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** ПК-6, ПК-8.

1). Уметь оценить состояние больного, зная клинические проявления терапевтической резистентности при психических заболеваниях.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между типами терапевтической резистентности при психических заболеваниях.

3). Уметь правильно обследовать больного с лекарственной резистентностью и подобрать метод ее преодоления.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Механизмы развития лекарственной резистентности.

2. Применение ЭСТ при резистентных состояниях в психиатрии.

3. Экстракорпоральная гемокоррекция в преодолении терапевтической резистентности.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146>

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.5.106. **Тема:** «Психотерапия».

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3.Методы обучения:** проблемный, информационно-рецептивный, решение ситуационных задач.

**4.** **Значение темы**: Бесспорным является факт постоянно возрастающей потребности в психотерапии [миллионов](http://baza-referat.ru/Миллионы) наших [современников](http://baza-referat.ru/Современник). Как заметил В. Франкл, «у каждого времени свои [неврозы](http://baza-referat.ru/Неврозы) - и каждому времени требуется своя психотерапия». В конце XX столетия в человеческом обществе наблюдаются две противоположные [тенденции](http://baza-referat.ru/Тенденции). С одной стороны, происходит лавинообразный рост научного знания, приобретающего первостепенное значение буквально во всех сферах жизни людей. С другой - все большее распространение в массовом сознании получают идеи, косвенно или непосредственно связанные с [астрологией](http://baza-referat.ru/Астрология), [парапсихологией](http://baza-referat.ru/Парапсихология), спиритизмом, неофициальным врачеванием, всевозможными верованиями светского и религиозного [характера](http://baza-referat.ru/Характер), то есть идеи, которые часто воспринимаются как не совместимые с наукой и, находящиеся где-то на грани с магией, колдовством и мистицизмом.  
И если [психология](http://baza-referat.ru/Психология) занимается нормальной душевной жизнью, а психиатрия нарушенной душевной жизнью, то объектом психотерапии является совокупная душевная [жизнь](http://baza-referat.ru/Жизнь).

Цели психотерапии: с одной стороны, при помощи слова и человеческого отношения позитивно повлиять на переживания и поведение [человека](http://baza-referat.ru/Человек), воспринимаемые им как болезненные и ненормальные, а с другой стороны, понять субъективный мир переживаний человека, заключить историю его болезни в рамки, поддающиеся индивидуальному познанию.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам психотерапии.

УК-1, ПК-8.

**- учебная:**

Знать: знать основные направления психотерапии.

Уметь: уметь осуществлять комплексный подход к анализу информации, полученной в ходе обследования больных с психическими расстройствами, в том числе с применением знаний и умений современных психотерапевтических методик.

Владеть: владеть методами обследования больных с психическими расстройствами; способностью правильно оценить и описать выявленные расстройства, подобрать необходимые современные модели психотерапии.

**5. Место проведения занятия**: учебная комната, палата психоневрологического стационара.

**6. Оснащение занятия:** тесты по теме занятия, ситуационные задачи, методические рекомендации по теме занятия.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем актуальности изучения основных направлений психотерапии при психических заболеваниях |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Индивидуальный устный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 30 | - Ознакомление с подходами в психотерапии психических расстройств  - Показательная беседа с больным. |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 190 | - Заслушивание и обсуждение реферата на тему «Диагностические возможности метода символдрамы».  - Беседа с больным с последующим обсуждением. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Психотерапия -** система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных, и т. п.).

Классификация методов психотерапии разнообразна, в рамках каждой классификации представлена та или иная психотерапевтическая теория.

Под *методом* понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Например, метод рациональной психотерапии (Дюбуа) основывается на понимании невроза как «заблуждения ума», ошибочного мышления. Другое представление о неврозе как о расстройстве, вызванном застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, породило метод катарсиса, а понимание невроза как проявления вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения стало основой психоанализа (Фрейд).

Способ применения того или иного метода психотерапии называется *формой психотерапевтического лечения*. Например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы, в групповой форме, в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, ассоциативного эксперимента и т.д.

Одна и та же форма психотерапевтического воздействия может служить различным терапевтическим установкам. Например, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует систему или *направление психотерапии*. Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода - различные методики и приемы.

Основные методы по количеству участников терапевтического процессаможно разделить на две большие группы:

1. индивидуальная психотерапия
2. групповая психотерапия.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ**

Наибольшее развитие и признание получили 3 психотерапевтических направления:

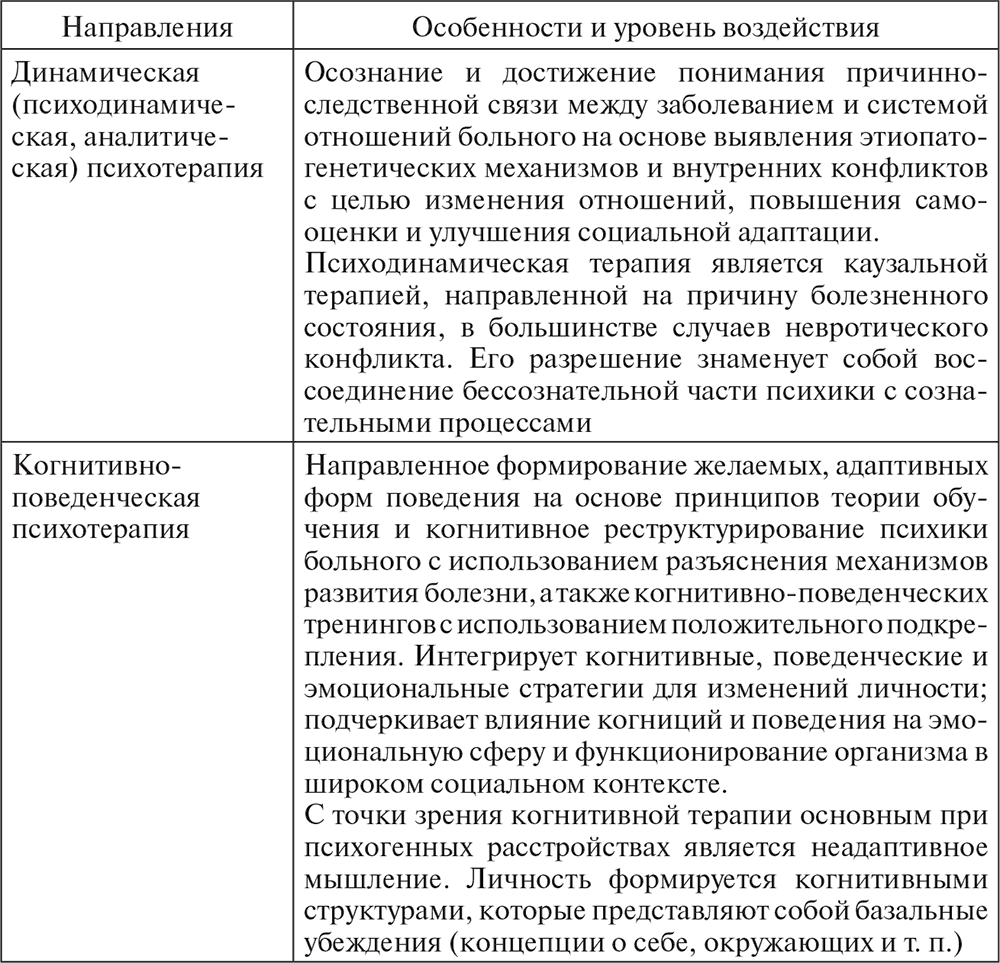
1) динамическое;

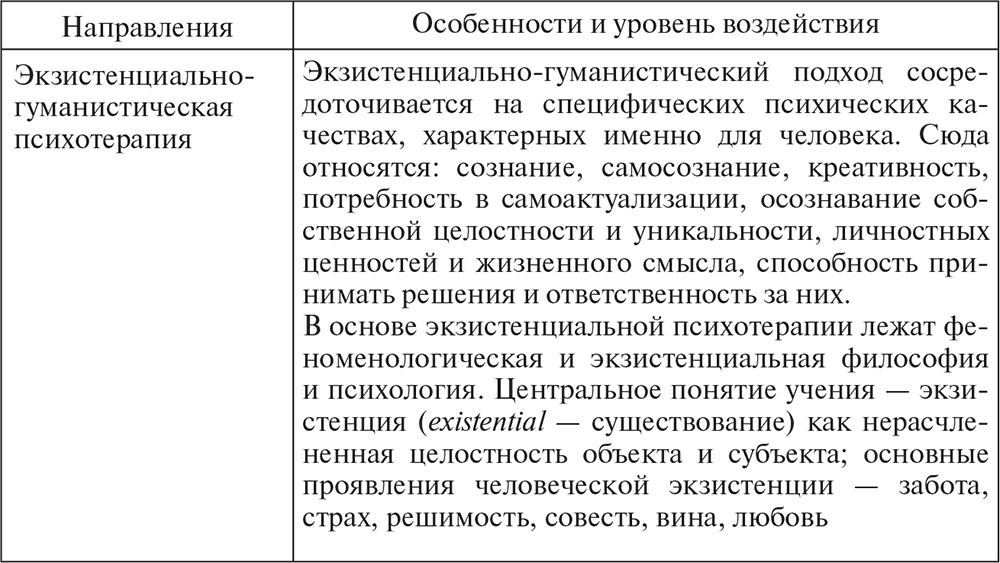
2) поведенческое (бихевиористское);

3) гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое).

Общим для перечисленных направлений является их ориентация на личность и личностные изменения, а не тот или иной симптом болезни. Так, к динамическому (психодинамическому) направлению относятся распространенная в нашей стране личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, а также психоанализ, рассматривающий в качестве основной детерминанты развития личности и поведения первичные влечения и потребности. Для бихевиоризма личность — это прежде всего поведение, а невроз — это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного научения. Гуманистическая психотерапия рассматривает в качестве основной — потребность личности в самоактуализации, а невроз как результат блокирования этой потребности. Из приведенных особенностей вытекают и подходы к лечебному воздействию на личность, т.е. основные задачи психотерапии: осознание конфликта в психоанализе, обучение новым, адаптивным способам поведения в бихевиористской психотерапии и приобретение пациентом способности к самоактуализации личности в психотерапии гуманистического направления.

**Основные направления психотерапии, их особенности и уровень воздействия**





**ОБЩИЕ ФАКТОРЫ И ИНТЕГРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется не только в разработке новых методов, но и в попытках синтеза ее различных концепций и технических приемов, а также в поиске более гибкой, интегративной психотерапевтической парадигмы.

Одной из существенных предпосылок развития интегративной модели психотерапии является признание общих факторов, свойственных ее различным формам и методам. Пониманию важности определения таких общих факторов способствовали поиск общих фундаментальных процессов для всех направлений психотерапии, растущее признание того, что различные методы могут иметь больше сходства, чем различий, констатация сходной эффективности лечения разными методами психотерапии в отдаленном периоде (непосредственные результаты могут иметь значительные расхождения), акцент на существенной роли при любых методах психотерапии взаимоотношений психотерапевт—пациент.

Так как важнейшей движущей силой различных направлений психотерапии является динамическая система отношений врача и больного, то общие факторы связаны со стилем и стратегией поведения психотерапевта. Можно выделить некоторые обобщенные модели психотерапии интегративного типа: гуманистическую, инструментально-интеракционную и инструментально-техническую.

***В гуманистической модели***решающим фактором действенности психотерапии может быть признана эмпатическая коммуникация психотерапевт — пациент. Эмпатическая реакция психотерапевта в соответствующий момент работы с пациентом становится здесь основным лечебным средством. Существенно при этом создание условий для развития процесса позитивных изменений личности пациента. Наиболее типичным выражением этих условий является триада C.Rogers — безусловное принятие пациента, эмпатия, конгруэнтность переживаний и поведения психотерапевта. Психотерапевт в этом случае считает, что если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию соответствующей симптоматики. Понятие эмпатии, основное в этой модели, как характерное для психотерапии гуманистической ориентации, получило признание и в психоаналитической психотерапии, где длительное время сохранялось представление о необходимости позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности аналитика, а также в поведенческой психотерапии, принявшей факт важности эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

***В инструменталъно-итеракционной модели***психотерапии интегративного типа предпочтение также отдается не отдельным приемам, а использованию взаимоотношений психотерапевт — пациент как лечебному инструменту. Однако психотерапевт занимает более активную позицию: он берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Психотерапевтический процесс строится более структурировано, чем в предыдущей модели, повышается значение принципов контрактного взаимодействия психотерапевт — пациент. С пациентом обсуждаются альтернативные формы лечения, согласовываются цели психотерапии и ее методы, лечебный план, длительность и предполагаемые результаты лечения.

Психотерапевт любого направления в той или иной мере учитывает некоторые общие феномены психотерапевтического процесса в контексте взаимоотношений с пациентом. В начале терапии обычно проявляется действие плацебо-эффекта, связанного с ожиданием больным пользы от лечения, надеждой на понимание и желание психотерапевта ему помочь, удовлетворением эмоциональных потребностей в контакте. Эффективность различных методов психотерапии частично зависит от умения психотерапевта повысить надежду больного на улучшение, тем самым развить активные личностные механизмы совладания с болезнью. При этом высокие и низкие ожидания пациента в отношении эффективности лечения оказывают скорее негативное влияние на активность психотерапевта, а умеренное — положительное. Создавая атмосферу безопасности и эмоциональной поддержки в общении с пациентом, психотерапевт стимулирует появление у него личностного механизма идентификации, способствующего снижению неуверенности, повышению самооценки посредством неосознаваемого процесса заимствования от психотерапевта сил, оптимизма и способности к совладанию с трудностями.

Точное эмпатическое вмешательство психотерапевта в соответствующий момент общения помогает ускорить лечебный процесс благодаря прояснению для пациента подавляемых или блокируемых психологической защитой переживаний. Кроме направленной активации этих переживаний, их осознания и переработки, психотерапевт обычно просвещает и обучает пациента относительно сути болезни, психотерапии и его участия в ней, пониманию себя и других, новым подходам к решению проблем, а также более конструктивному образу жизни, более широкой и гибкой жизненной философии.

***Инструментально-техническая модель***психотерапии интегративного типа характеризуется большей активностью психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом психотерапии. В этой модели существенное значение придается использованию разнообразных технических приемов и методов психотерапии. Приверженность психотерапевта единой технологической стратегии, совмещающей способы лечебных воздействий на когнитивные, эмоциональные и поведенческие стороны функционирования личности пациента, отделяют эту модель психотерапии интегративного типа от простого эклектического подхода. С учетом этого, независимо от формы психотерапии, используются лечебные воздействия, направленные на изменения в познавательной сфере личности пациента, — убеждение, внушение, конфронтация, прояснение (кларификация) и интерпретация малоосознаваемого содержания переживаний; в эмоциональной сфере — катарсис, эмоциональная поддержка, эмпатия; в поведенческой сфере — коррективный эмоциональный опыт, подкрепление. Важной особенностью инструментально-технологической модели психотерапии является постановка реалистических и поэтапных лечебных целей, выбор соответствующих им психотерапевтических методов.

В рамках интегративного движения получают общее признание психотерапевтические принципы, разработанные в различных направлениях психотерапии. Одним из таких принципов является принцип психодинамической терапии, акцентирующий ценность анализа прошлой жизненной истории личности пациента, возвращения к первичным ситуациям и переживаниям, положившим начало развитию нарушений. Основной принцип гештальт-терапии определяет сосредоточение внимания на настоящем моменте, актуальных особенностях восприятия, переживания и поведения пациента. При этом переработка прошлого материала жизненной истории больного происходит также в условиях контролируемого актуального его переживания. Общим фактором различных направлений психотерапии, прежде всего таких противостоявших в прошлом друг другу, как психодинамическое и поведенческое, становится принцип учета в лечебной работе внутренней (интрапсихические механизмы) и внешней (психосоциальные факторы) детерминации функционирования личности. В этом случае, в зависимости от характера терапевтической ситуации и лечебных задач, психотерапевт имеет возможность смещать акценты в переработке внутриличностных или межличностных факторов.

Общими факторами для различных направлений психотерапии являются также современная ориентация на групповые методы работы, интенсификацию и краткосрочность, учет единства тела и психики, что неизбежно способствует развитию интегративных подходов.

При проведении любой личностно-ориентированной психотерапии выявляются определенная последовательность, этапность психотерапевтического процесса.

Эти этапы включают:

а) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, повышение мотивации к психотерапии;

б) прояснение (понимание психотерапевтом и осознание пациентом) причин и механизмов патологических стереотипов переживания и поведения, т.е. определение психотерапевтических «мишеней»;

в) достижение изменений функционирования личности пациента в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах с последующей редукцией симптоматики; реконструкция системы отношений личности происходит с последовательной заменой дезадаптивных стереотипов на новые, более конструктивные способы переживания и поведения, их принятие и закрепление;

г) окончание курса психотерапии (успешная переработка проблемы возможной зависимости от психотерапевта).

**ФАКТОРЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПСИХОТЕРАПИИ**

Основные факторы лечебного действия психотерапии связаны с эмоциональной, познавательной (когнитивной) и поведенческой сферами функционирования человека.

Преимущественно с ***эмоциональной***сферой связаны факторы психотерапии, определяемые такими психологическими понятиями, как безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, групповая сплоченность, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных чувств, альтруизм, коррективный эмоциональный опыт, перенос, проекция и идентификация.

В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее находятся такие факторы, как вера, надежда, которые выражают частично осознанную возможность достижения цели. Внушение и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В качестве основного механизма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггестивных внушений, терапии с использованием плацебо и некоторых других. При групповой психотерапии, групповых формах гипноза и аутогенной тренировке наличие в группе пациентов с хорошими результатами от проведенного лечения усиливает действие перечисленных факторов.

Преимущественно к ***когнитивной***сфере относятся такие факторы лечебного действия психотерапии, как получение новой информации, советов и рекомендаций, «интеллектуализация» собственных переживаний и поведения, «обратная связь», конфронтация, осознание реальности и т.п. В эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своей болезни и личностных проблемах, что позволяет ему дистанцироваться от переживаний, которые послужили источником декомпенсации. В некоторых видах психотерапии изменения в этой плоскости являются определяющими.

Это относится к личностно-ориентированной (реконструктивной), рациональной, групповой собственно когнитивной психотерапии, а также рационально-эмоциональной психотерапии.

К ***поведенческой***сфере могут быть отнесены такие факторы лечебного действия психотерапии, как межличностное научение, имитационное научение (подражание), десенсибилизация, экспериментирование с новыми формами поведения, приобретение новых способов социализации. Научение в широком смысле при разных формах психотерапии происходит как прямо — через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно — путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования поощрения и наказания (чаще в форме социального неодобрения, непринятия). Групповые формы психотерапии для реализации научения представляют большие возможности. Группа позволяет пациенту исследовать особенности межличностных взаимодействий, вычленить в них конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, выбрать адекватные стереотипы поведения в соответствии с собственными целями и с учетом ожиданий других.

**Основные направления современной психотерапии:**

1. хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом – исходная посылка, на которой строится психотерапия;
2. ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;
3. познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;
4. оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта, и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом;
5. приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;
6. убеждение и внушение, явное или скрытое;
7. усвоение или репетирование более адаптивных форм поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

**Базовые принципы современной психотерапии (Линде)**

- Социальное не важнее индивидуального

- Человек сам создает свои страдания

- Человек обладает достаточной автономией и силой, чтобы разрешить свои проблемы

- Психолог не несет ответственности за проблемы клиента, но может помочь последнему от них избавиться

- Страдания не имеют моральной ценности и могут быть устранены

- Религиозные идеи не могут служить оправданием неврозов

- Жизнь может быть полна радости

- Внутренняя свобода лучше зависимости

- Забота о себе не является эгоизмом

- Принять себя, быть самим собой – важнейшее условие здоровья

- Открытость и способность выражать свои чувства лучше закрытости и постоянного самоконтроля

- Творчество и активность присущи каждому индивиду

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-8.

1). Дайте определение психотерапии.

2). Что понимают под методом психотерапии?

3). Что понимают под формой психотерапевтического воздействия?

4). Перечислите основные направления в психотерапии.

5). Назовите факторы лечебного действия психотерапии.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-8.

1.В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ

1) ошибочные действия

2) ошибочные когниции

3) автоматические мысли

4) неадаптивные поведенческие стереотипы

5) автоматические чувства

2. ТЕРМИН «НАУЧЕНИЕ» ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ

1) опытной психотерапии

2) гештальт-терапии

3) психодрамы

4) когнитивной психотерапии

5) арт-терапии

3. КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1) использование свободных ассоциаций

2) безусловное принятие пациента психотерапевтом

3) работу с иррациональными установками личности

4) изменение системы отношений пациента

5) работу с дисфункциональными убеждениями

4. ПРИНЯТИЕ, ЭМПАТИЯ И КОНГРУЭНТНОСТЬ СОСТАВЛЯЮТ ТРИАДУ

1) Ясперса

2) Роджерса

3) Вальтер-Бюеля

4) Протопопова

5) Ганнушкина

5. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ-ЭТО

1) самостоятельное психотерапевтическое направление

2) метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь-и-теперь»

3) метод, использующий в лечебных целях групповую динамику

4) метод, направленный на переработку межличностных конфликтов

5) метод, направленный на релаксацию

6. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПОВЫШАЕТСЯ С РАЗВИТИЕМ ТАКОГО КАЧЕСТВА КАК

1) ригидность

2) агрессивность

3) тревожность

4) интуиция

5) способность к эмпатии

7. ЭМПАТИЯ ЭТО

1) способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию

2) склонность к повышенному настроению

3) склонность к пониженному настроению

4) склонность испытывать чувство вины

5) потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей

8. ТРЕВОГА – ЭТО ЭМОЦИЯ

1) связанная с переживанием текущих неприятностей и неудач

2) направленная в будущее, связанная с предвосхищением возможных неудач

3) связанная с переживанием прошлых обид и потерь

4) связанная с переживанием профессиональной некомпетентности

5) сопровождающая переживание любого негативного события

9. ОЩУЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА ДАЕТ ЭЛЕМЕТ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ

1) жест приветствия

2) кивок головой

3) поворот корпуса тела и головы в сторону больного

4) взгляд в глаза

5) крепкое рукопожатие

10. СИМУЛЯЦИЯ - ЭТО

1) «уход в болезнь»

2) страх болезни

3) сознательное сокрытие симптомов болезни

4) сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания

5) сознательное преуменьшение симптомов болезни

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-8.

**Задача №1**

Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит ссутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул – «с женой проблемы» - заплакал, закрыв лицо руками. Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Суицидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос о них ответ отрицательный после длительной паузы.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Что явилось причиной развития данного состояния?
3. Нуждается ли в госпитализации данный пациент?
4. Каковы лечебные рекомендации?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Кардионевроз на фоне ларвированной депрессии.

2. Психологическая травма.

3. Да.

4. Психофармакотерапия, проведение психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №2**

Пациентка Л., 30 лет, врач, обратилась по поводу постоянных конфликтов с мужем, в результате которых у неё развивается крик, продолжительностью 1-2 минуты, который она не может сдерживать. Понимает, что сама провоцирует конфликты, так как при общении с мужем растет беспричинная раздражительность на него, и она также не может себя контролировать. Подобное поведение было и в первом браке, которое и привело его к разрыву. Боится, что распадется и второй брак.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Что явилось причиной развития данного состояния?
3. Нуждается ли в госпитализации данный пациент?
4. Каковы лечебные рекомендации?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Истерический припадок.

2. Конфликт .

3. Нет.

4. Проведение семейной психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №3**

Пациент З., 42 года, учитель, обратился с жалобами не бессонницу, раздражительность, периодические боли за грудиной. Связывает появление симптомов с поведением жены, которая с самого начала совместной жизни, в течение 10 лет, постоянно «пилит его по мелочам». В конфликте старается молчать, но отмечает, что все равно не выдерживает, кричит при этом, может оскорбить жену. Говорит, что винит себя за это. Обращался три года назад к терапевту, который, исключив кардиологическую патологию, рекомендовал обратиться к психологу или психотерапевту. Однако, посчитав, что он сможет справиться сам, откладывал все время визит к специалисту.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Что явилось причиной развития данного состояния?

3. Нуждается ли в госпитализации данный пациент?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1.Дисфункция сердечно-сосудистой системы на фоне ларвированной депрессии.

2. Хроническая психологическая травма.

3. Нет.

4. Проведение семейной психотерапии.

5. Благоприятный.

**Задача №4**

Преподаватель философии, пациентка К., 38 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. Сама сожалеет о произошедшем, говорит, что муж «такой спокойный, как раз для меня». На попытки помириться с ним – не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепама, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую. Врачи скорой помощи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повториться. В психическом статусе - гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

1. Квалифицируйте состояние.

2. Что явилось причиной развития данного состояния?

3. Нуждается ли в госпитализации данный пациент?

4. Каковы лечебные рекомендации?

5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Депрессия с суицидальной попыткой.

2. Психологическая травма.

3. Да.

4. Психофармакотерапия, психотерапия с акцентом на повышение самооценки.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Мужчина в возрасте 28 лет, банковский служащий, никогда не был женат, был единственным ребенком в семье, воспитывался только матерью и бабушкой. Был достаточно избалован ими и имел к ним чрезмерную привязанность. Когда больному было 15 лет, умерла бабушка. Данную ситуацию перенес крайне тяжело, ощущал чувство одиночества. На этом фоне возник первый криз в виде сосудистого приступа. Необходимо отметить, что бабушка страдала ишемической болезнью сердца. С этого периода стал тщательно следить за своим здоровьем, особенно за работой сердца. Также требовал от матери, чтобы она постоянно обследовалась. Несмотря на молодой возраст и необходимость работать сверхурочно, избегал любых физических нагрузок, отказывался от сверхурочной работы. Также избегал сексуальных контактов, т.к. ощущал «у него учащается сердцебиение», что по его мнения может привести к развитию инфаркта миокарда.

1. Квалифицируйте состояние.
2. Что явилось причиной развития данного состояния?
3. Нуждается ли в госпитализации данный пациент?
4. Каковы лечебные рекомендации?
5. Каков прогноз?

**Эталон ответа**

1. Кардиофобический невроз.

2. Психологическая травма.

3. Нет.

4. Проведение индивидуальной психотерапии.

5. Благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции:** УК-1, ПК-8.

1). Уметь оценить состояние больного с психическими расстройствами, зная клинические проявления.

2). Уметь провести дифференциальную диагностику между психическими расстройствами и определить необходимость проведения психотерапии

3). Уметь правильно обследовать больного с психическими расстройствами и подобрать метод психотерапевтического воздействия.

**13. Рекомендации по выполнению НИР по теме:**

1. Гештальт-терапия.

2. Игровая терапия.

3. Семейная психотерапия.

**14. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы).**

* Психиатрия. гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423585.html

**Дополнительная**

* Введение в психиатрическую клинику. Э. Крепелин. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=353379>
* Психиатрия и медицинская психология. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>

* [Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50815). ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов [Электронный ресурс] : рук. для практ. врачей. М. : Литтерра, 2014. - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>

* [Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=60225). А. И. Нельсон. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ibooks.ru/reading.php?productid=350146>
* [Руководство по судебной психиатрии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=61315). ред. А. А. Ткаченко. М. : Юрайт, 2018. [Электронный ресурс] : практ. пособие. Т. 1. - Режим доступа: <https://www.biblio-online.ru/viewer/rukovodstvo-po-sudebnoy-psihiatri>
* [Руководство по судебной психиатрии](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=61315). ред. А. А. Ткаченко. М. : Юрайт, 2017. [Электронный ресурс] : практ. пособие. Т. 2. - Режим доступа: https://www.biblio-online.ru/viewer/rukovodstvo-po-sudebnoy-psihiatri

**Электронные ресурсы:**

* ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
* ЭБС Консультант студента ВУЗ
* ЭМБ Консультант врача
* ЭБС Айбукс
* ЭБС Букап
* ЭБС Лань