***1. Предмет психиатрии и наркологии***.

*Психиатрия* – медицинская дисциплина, изучающая клинику, диагностику и лечение психических заболеваний, их этиологию, патогенез, распространенность, организацию психиатрической помощи, вопросы реабилитации и профилактики. *Предмет*: психическое здоровье человека, психические болезни, законы их развития, методы диагностики, лечения, ухода за больным и реабилитации в случае душевных расстройств.

*Наркология* – раздел психиатрии, изучающий причины возникновения, механизмы формирования, клинические проявления зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), токсические эффекты, вызываемые ими, с целью разработки адекватных методов диагностики, лечения и профилактики зависимостей. Данное наиболее распространенное определение включает практически все аспекты проблемы наркологии. *Предмет:* заболевания, причины которых возникли как последствия употребления психоактивных веществ (токсические поражения печени, головного мозга, прочих внутренних органов).

***2. Задачи психиатрии и наркологии:***

*Задачи психиатрии*:

1. Изучение распространенности, условий возникновения, нозологической структуры и клинических особенностей психических заболеваний.
2. Изучение этиологии и патогенеза психических заболеваний.
3. Своевременная диагностика психических расстройств.
4. Лечение и профилактика психических заболеваний.
5. Социально-трудовая реабилитация больных.
6. Трудовая, судебная и военно-врачебная экспертиза.
7. Проведение санитарно-просветительных и психогигиенических мероприятий в населении.

*Задачи наркологии*:

1. Изучение эпидемиологии (определение границ распространенности проблемы и механизмов и факторов, влияющих на распространенность, сравнительный анализ распространенности наркологических заболеваний).
2. Изучение этиологии и патогенеза алкоголизма, наркоманий и токсикоманий
3. Диагностика наркологических заболеваний
4. Поиск наиболее рациональных приемов и методов лечения
5. Построение прогноза при оценке ремиссий и выздоровлений
6. Профилактика, предупреждение наркологических заболеваний
7. Планирование и организация наркологической помощи населению.

***3. Основные этапы развития психиатрии:***

*Донаучный период* (от начала до эллинов) → примитивно-теологическое понимание аномального поведения больных, нет помощи при душевных болезнях, бессистемное накопление разрозненных фактов и наблюдений → образное запечатление в мифологии и народной поэзии.

*Эпоха древней греко-римской медицины* (VII-VI век до н.э. – падение Римской империи) → попытки оказать помощь душевнобольным (естественное заболевание – естественные меры) → учение Гиппократа о конституции и темпераменте, учение об истерии, взаимовлиянии души и тела в развитии болезней → зачатки организации помощи психически больным.

*Средние века* (инквизиция) → регрессом до донаучного мировоззрения → начало общественного призрения и уничтожения больных на кострах одновременно.

*18-нач. 19 века* → становление психиатрии как области медицины → Ф. Пинеля и Дж. Конолли (провозгласивших принципы не стеснения в отношении душевнобольных) → ↑больниц + проводятся исследовательские работы → становление симптоматологической психиатрии.

*Нозологической психиатрии Э. Крепелина* → создание нозологической классификации

психических расстройств → психиатрия выходит за пределы специальных больниц и приближается к повседневной жизни → изучение пограничных состояний – «малая психиатрия».

Д) *Современный этап* → расширение внебольничных форм помощи + изучение социальных, психосоматических аспектов ← основа – учение З. Фрейда о «бессознательном» + «психофармакологическая революция».

***4. Достижения отечественных ученых***

1834 → Харьковский университет – П.А. Бутковский – учебник “Душевные болезни»: первый учебник, прогрессивные положений о роли ГМ, значении физиологических и соматических расстройств в развитии психозов, предвестники, течение, исходы психических болезней.

1877 → Харьковский университет – первая самостоятельная кафедра психиатрии и неврологии → проф. П.И. Ковалевский (работы по психологии, анатомии, психографии, классификация психических заболеваний, учебник по психиатрии)

1883 → П.И. Ковалевский → первый отечественный журнал “Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии”

1885 → Киевский университет – И.А. Сикорский – кафедра психиатрии

1900 → Одесский медуниверситет – Н.М. Попова – кафедра нервных и душевных болезней

В Харькове работали ученые Т.И. Юдин, А.И. Ющенко, В.А. Гиляровский, Л.Л. Рохлин.

1932 → Харьков – создана Украинская психоневрологическая академия + в Харьковском медицинском институте психоневрологический факультет.

Патофизиологическое направление в психиатрии → В.П.Протопопов (завкафедрой Харьковского медицинского института и Украинского НИИ неврологии и психиатрии, изучал клинику, патофизиологию и биохимические нарушения при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе).

А.В. Снежневский – «Мультидисциплинарный подход к изучению шизофрении. Типы течения шизофрении.»

***5. Структура психиатрической и наркологической помощи, психиатрической больницы и диспансера***

*Психиатрическая помощь:*

*I. Амбулаторная (внебольничная) помощь:*

1. Психиатрический кабинет детской или общей поликлиники с участковым психиатром, психиатрический кабинет ЦРБ.
2. Психоневрологический диспансер или диспансерное отделение при психиатрической больнице (общий → детский, подростковый психиатрический и логопедический кабинеты / детский → участковые детские психиатры и кабинет логопеда).
3. Наркологический диспансер.

*II. Стационарная психиатрическая помощь:*

1. Психиатрические больницы в системе органов здравоохранения.
2. Специализированные психиатрические больницы в системе МВД (принудительно лечения особо опасных психически больных, совершивших противоправные действия).
3. Наркологические больницы
4. Психоневрологические отделения при психоневрологических диспансерах, крупных соматических больницах и военных госпиталях (острые кратковременные психозы, неврозы и реактивные состояниями, остаточными явлениями органических поражений ГМ).
5. Дневные и ночные стационары (при психиатрических больницах / психоневрологических диспансерах) → долечивание выздоравливающих и проведение противорецидивных поддерживающих курсов лечения.
6. Психоневрологические санатории (для взрослых и детей).
7. Дома для инвалидов – психохроников (для взрослых и детей).

*III. Социально-реабилитационные учреждения:*

1. Лечебно-трудовые мастерские при психиатрических больницах и диспансерах.
2. Подсобные хозяйства при психиатрических больницах, реабилитационные центры.
3. Санаторные школы (для детей с астеническими состояниями).
4. Школы и группы для детей с речевыми и другими нарушениями.
5. Интернаты и школы для умственно отсталых детей.

*Наркологическая помощь* (кабинеты) / *структура психоневрологического диспансера*:

1. Участковых врачей-психиатров.
2. Организационно-методический.
3. Экспертизы алкогольного опьянения;
4. Наркологический.
5. Психотерапевтический и физиотерапевтический.
6. Детский.
7. Подростковый.
8. Невропатолога.
9. Логопедический кабинет.
10. Правовой помощи.
11. Сексопатологии.
12. Дневной и ночной стационары.
13. Лечебно-трудовые мастерские.

*Структура психиатрической больницы*:

1. Профилизация лечебных отделений: мужские и женские, геронтологическое, соматическое, туберкулезное, инфекционное (или изолятор), детское и подростковое, судебно-психиатрическое, отделение неврозов, приемное отделение, отделение для оказания неотложной психиатрической помощи. Иногда – территориальная профилизация основных психиатрических отделений
2. Профилизация вспомогательных лечебных служб больницы: лечебнотрудовые мастерские, аптека, лаборатории, рентгеновский кабинет, стоматологический, хирургический, офтальмологический, ЛОР — кабинет, терапевтический кабинет, физиотерапевтическое отделение, отделение электродинамических исследований.
3. Административно-хозяйственный аппарат больницы: главный врач, его заместители, хозяйственная часть, бухгалтерия, медицинская часть, архив, склады (вещевой, продовольственный, для вещей больных и т.д.), пищеблок.

***6. Принципы ухода за психически больными***

*Организационно-правовые (когда лечить без согласия больного или представителей его):*

* совершение / проявление реальных намерений совершить действия, оопасносные для него или окружающих;
* невозможность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности его жизнедеятельности.

*Правила работы медицинского персонала с психически больными*:

1. Чуткое и внимательное отношение к больному, уважение его.
2. Не допускать споры и обман больных.
3. Бдительность на посту, особенно в отношении к больным с усиленным наблюдением.
4. Не допускать проникновения в отделение острых и других опасных вещей, пристально беречь ключи от отделения.
5. Обязательный взаимный обмен информацией среди персонала об изменениях состояния больных.
6. Не вести разговоров при больном на медицинские темы.
7. Не выполнять без разрешения врача просьб больного.
8. Не оставлять в отделении и не допускать поступления больных с потенциально опасными предметами.
9. Внимательное наблюдение за соблюдением режима питания больными.
10. Контролирование выполнения больными санитарно-гигиенических процедур, помощь им в этом.
11. Контроль за принятием л\п, строгость назначения и употребления.

***7. Основные факторы этиологии психических расстройств***

1. Эндогенные расстройства – обусловленные генно (шизофрения и МДП).
2. Экзогенные расстройства – возникшие под влиянием внешних факторов

(а) психогенные – влияние стрессового фактора (неврозы, реактивные психозы)

(б) оргаинческие – ЧМТ, нейроинфекции, интоксикации, сосудистые заболевания.

1. Эндогенно-экзогенные и экзогенно-эндогенные – при наличии генетической склонности под влиянием провоцирующего фактора (эпилепсия)
2. Нарушения психического развития – от нарушений внутриутробно или в детстве (психопатии [патологии характера] и умственная отсталость).

***8. Основные патогенетические механизмы психических расстройств***

*Патологический процесс развивается на уровнях*:

1. психическом (стресс),
2. физиологическом (психогении),
3. иммунологическом (инфекция, аутоиммунное)
4. метаболическом (интоксикация),
5. структурном (травма),
6. генетическом (предрасположенность).

Заболевание (уникальные закономерности биомеханизмов) → проявление (смена психопатологических особенностей во времени) → стереотип патологических признаков на каждом уровне.

*Патогенеза психических расстройств*: нарушение взаимоотношения возбуждения и торможения в ЦНС (чаще запредельное торможение) → нарушается фазы клеток ЦНС: *уравнительная* (одинаковый ответ на разные раздражители → ↓порога возбуждения, астения, эмоциональная неустойчивость), *парадоксальная* (отвечает на слабый, не отвечает на сильный раздражитель → кататонические расстройства), *ультрапарадоксальная* (ответ качественно не соответствует раздражителю - бред, галлюцинации) → при органических психических заболеваниях атрофия и деструкция нейронов (б-нь Альцгеймера, б-нь Пика, прогрессивный паралич).

***9. Правовые принципы психиатрической помощи. Современная концепция охраны психического здоровья человека.***

*Нормативно-правовая база психиатрии Украины:*

1. Конституция Украины (ст. 49);
2. Основы законодательства Украины о здравоохранении от 19 ноября 1992 года
3. Гражданский кодекс Украины от 16 января 2003 года;
4. Закон Украины "О психиатрической помощи" от 22 февраля 2000 p;
5. Закон Украины "Об информации" от 2 октября 1992 p;

*10 принципов ВОЗ:*

1. Развитие психического здоровья и профилактика психических расстройств (каждый заботиться о своем психическом благополучии и устраняет причины).
2. Доступность базовой психиатрической помощи (материально и территориально доступная, справедливая, добровольная)
3. Оценка психического здоровья в соответствие с общепринятыми международными принципами. *Компоненты*: (а) оценка психического здоровья проводиться в целях, связанных с психическим заболеванием или его последствиями; (б) в оценку психического здоровья входят: диагноз, выбор лечения, определение компетентности, определение возможности нанесения ущерба себе / другим лицам. *При реализации*: (а) соблюдать общепринятые международные принципы (б) при оценке вероятности нанесения ущерба не ссылаться на неклинические критерии; (в) каждый раз → полная переоценка, не использовать анамнез как единственный источник.
4. Обеспечение психиатрической помощи в наименее ограничительной форме. Пересматривать физическое стеснение (каждые 30 минут при физическом ограничении и не более 4 часов).
5. Самоопределение, т.е. получение согласия лица до начала применения любого типа вмешательства.
6. Право на получение помощи в самоопределении (трудности, обусловленные общим уровнем знания, языковыми возможностями, заболеванием → предоставить потенциальных помощников [юриста, социального работника]).
7. Доступность процедуры пересмотра. Процедура должна быть своевременной (в течение 3 дней после принятия решения) с личным присутствием пациента.
8. Механизм автоматического периодического пересмотра (например, через 6 месяцев), проводиться квалифицированным лицом.
9. Квалификация лиц, принимающих решение: компетентность, осведомленность независимость, бесстрастность.
10. Уважение закона.

*Концепция охраны психического здоровья:*

1. способствовать осознанию важного значения психического благополучия;
2. бороться со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей, оказывать поддержку;
3. разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья;
4. обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале;
5. признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб

***10. Роль врача соматического профиля в оказании медицинской помощи больным с симптоматическими психическими нарушениями.***

1. Изучить распространенность, структуру психических расстройств, коморбидных с соматической патологией, у пациентов общесоматической поликлиники
2. Определить роль различных патогенетических (психогенных, возрастных, преморбидно- личностных, соматических) факторов в развитии психических расстройств, коморбидных с соматической патологией
3. Изучить клиническую динамику психических расстройств в зависимости от длительности и тяжести соматической коморбидной патологии
4. Выделить клинико-диагностические критерии течения и исхода психических расстройств, коморбидных с соматической патологией
5. Апробировать лечебно-реабилитационные программы для пациентов с сочетанной психической и соматической патологией и исследовать их эффективность
6. Представить организационную структуру интегративной помощи пациентам общесоматического профиля.

***11. Первая и неотложная помощь. Показания к госпитализации***

*Абсолютные показания* (без согласия), когда больной нуждается в неотложной помощи (нарушено сознание, расстройства восприятия [галлюцинации, психический автоматизм], мышления [бредовые идеи]) и составляет социальную угрозу (для себя и окружающих):

*Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение* → фиксация, купирование возбуждения (аминазин, тизерцин, галоперидол, ифтазин), транквилизаторы (реланиум, диазепам).

*Фебрильная шизофрения* → региональная гипотермия, стабилизации сосудистого тонуса (кордиамин, мезатон, глюкоза), предупреждения отека мозга (преднизолон, димедрол, пипольфен)

*Эпилептичекий статус* → см 135 вопрос.

*Тяжело протекающий делирий* → ликвидация двигательного возбуждения (седуксен), энтеросорбция, инфузионная терапия, метаболическая терапия (витамины, панангин, рибоксин).

*Отказ от еды* → ↑аппетита (инсулин, нейролептики), анаболические гормоны (ретаболил), парентеральное питание.

*Тяжелые алкогольные абстиненции* → см 80 вопрос.

*Тяжелые психотические депрессивные состояния* → диазепам, карбамазенин, сон (золомакс), ↓заторможенности (мелипрамин), амитриптилин.

*Злокачественный нейролептический синдром* → отмена, ↓экстрапирамидных нарушений (диазепам, акинетон, циклодол)

*Генерализованная аллергическая реакция при лечении нейролептиками* → отмена, десенсибилизирующие (димедрол, супрастин), гормоны, инфузионная терапия

*Суицидальное поведение* → сильные успокаивающие средства (левомепрамазин, диазепам, карбонат лития), антидепрессанты (амитриптилин, мелипромин), нейролептики (тизерцин при шизофрении).

Относительные (требуют согласия) – невозможность обеспечить уход за больными в домашних условиях, направление врача поликлиники или другого профиля, проведение трудовой или военной экспертизы.

***12. Амбулаторное лечение больных с разными заболеваниями, поддерживающая терапия, особенности ее организации, ее значение для охраны здоровья***

Задачи амбулаторных психиатрических учреждений (кабинетов, диспансеров):

1. раннее выявление и учет больных психиатрического профиля;
2. обеспечение динамического диспансерного наблюдения за больными;
3. оказание амбулаторной лечебной помощи и направление на стационарное лечение;
4. оказание социально-реабилитационной, медико-педагогической и правовой помощи больным;
5. проведение профилактических осмотров в населении, в школьных, производственных и других коллективах;
6. проведение экспертной работы (судебно-психиатрической, военноврачебной и трудовой экспертизы), участие в работе комиссии по отбору детей во вспомогательные школы;
7. оказание консультативной помощи в учреждениях общесоматической сети;
8. проведение санитарно-просветительной работы в населении

Поддерживающая терапия → те же препараты, что и до ремиссии: нейролептики пролонгированного действия, атипичные антипсихотические средства со ↓дозы во времени. При шизофрении → индивидуальная психотерапия. Психотерапевтические беседы успокоение больных, ↓опасных действий, комплаенс, формирование критики. Поведенческая терапия → отработки возврата профессиональных навыков. Групповая психотерапия → ↓социальной изоляции, чувство реальности. Семейная психотерапия → гармонизации отношений в семье, комплаенс и психообразование родственников.

***13. Проблемы реадаптации и реабилитации психически больных***

*Принцип 1 (партнерства):* реабилитационные мероприятия нацелены на вовлечение больного в лечебно-восстановительный процесс → пациент + врач + медперсонал + родственники.

*Принцип 2 (разноплановость):* Реабилитационные воздействия должны быть разноплановыми → психологическая, профессиональная, семейно-бытовая, культурно-просветительная и другие сферы реабилитации.

*Принцип 3 (единство):* социально-психологических и биологических методов → биологические методы лечения, социо- и психотерапия, реабилитация должны проводится в комплексе.

*Принцип 4 (ступенчатость):* все реабилитационные воздействия должны постепенно нарастать и нередко переключаться с одного на другое.

*Лечебно-активирующие режимы*: предупреждение развития госпитализма и создание возможностей для успешной реадаптации больных в амбулаторных условиях → *охранительный* (постоянное пребывание больного в постели с постоянного наблюдения за ним), *щадящий* (полная свобода в отделении, но запрет на выход без сопровождения), *активирующий* (максимальное нестеснение в отделении, полная занятость, самостоятельный выход из отделения), *частичной госпитализации* (в условиях дневного стационара / ночного профилактория).

***14. Методика клинико-психопатологического исследования***

Клинико-психопатологический метод – основной в клинической психиатрии метод изучения расстройств психической деятельности. Составляющие (связаны неразрывно):

(а) *расспрос* – целенаправленная беседа с пациентом → выявление сути психического неблагополучия. План: знакомство + доверительный контакт → вопросы о самочувствии → рассказ пациента в свободной форме → последовательная оценка психических функций (жалоба → уточнение открытыми вопросами [детали, условия проявления, частота и интенсивность]).

(б) *наблюдение* – за особенностями поведения пациента во время беседы, его позой, особенностями моторики, мимики, взглядом, а также интонациями, с которой он говорит, эмоциональными реакциями, сопровождающими беседу. Оценить: внимание, контактность, одежду, прическу, дневники персонала.

*Психический статус* – описание текущего психического состояние пациентаописательно, без терминологии → «первичный документ», подтверждающим состояние пациента. Описывать последовательно, начинать с данных наблюдения, заканчивать данными опроса.

*Анамнез жизни и анамнез болезни* переплетаются друг с другом → описывают вместе. Анамнез жизни: сведения о родительской семье и наследственности, родах, раннем психомоторном развитии, учебе, службе в армии, местах работе, семейном положении, судимостях, соматических заболеваниях.

***42. Синдромы угнетения и помрачения сознания***

Нарушение сознания выражается в количественных и качественных изменениях.

*Угнетение, отключение сознания* (количественные):

*Оглушение:* ↓сознания + ограниченный словесный контакт + ↑порога восприятия внешних раздражителей + ↓психической активности.

*Сопор:* глубокое угнетение сознания + координированные защитные реакции + открывание глаз в ответ на раздражители.

*Кома:* полное выключение сознания без каких-либо признаков психической жизни, + нельзя вывести из состояния с появлением каких-либо признаков психической деятельности

*Помрачение сознания* (качественные):

*делириозный синдром*: галлюцинаторное помрачение сознания + истинные зрительные галлюцинаций и иллюзии, образный бред, изменчивый аффект со страхом, двигательное возбуждение. Частотен.

*онейроидное состояние*: помрачение сознания + наплыв непроизвольно возникающих фантастических представлений, из видоизмененных воспоминаний, изолированных/причудливо переплетенных с искаженно воспринимаемым окружающим. Выражена интропроекция, псевдогаллюциноз.

*аменция*: помрачения сознания с бессвязностью (инкогерентностью) мышления, нарушением моторики и растерянностью.

*сумеречное состояние сознания*: внезапная и кратковременная утрата ясности сознания + полная отрешенность/отрывочное, искаженное восприятие окружающего + сохранение привычных автоматизированных действий.

***43. Особенности ухода, наблюдения, транспортирования больных с нарушениями сознания***

Комплекс мероприятий: динамический контроль за изменением состояния и результатами лабораторно-инструментальных исследований. (1) Показатель динамики: изменения уровня ↓сознания и изменения зрачков — выявляются персоналом. (2) Больные с делирием, бредом опасны для себя и окружающих.

*Сопорозное / коматозное состояние* → следить за состоянием жизненно важных функций (дыханием, АД, пульсом) → типовое оснащения коек интенсивной терапии + специальное освещения (контроль состояния зрачков и зрачковых реакций) → неравномерное, учащенном, храпящем дыхание, ↓АД — необходимо немедленно вызвать врача. *Кормление*: 1-2 сутки — не нужно → нет дисфагии — поить из поильника, придерживая голову, малыми порциями (не утомлять) / есть дисфагия — назогастральный зонд (введие врачем или медсестрой) → рвота — прекратить кормить и повернуть голову на бок. *Профилактика осложнений:* укладка больного в физиологические положение, бинтование голеней (профилактика тромбоза) с ежесуточным массажем, обучение крестца и лопаток УФ лампой (профилактика пролежней). *Организация:* больные требуют постоянного надзора, пока не появится сознание.

***44. Методы определения состояния сознания и его нарушений***

*Критерии определения нарушения сознания* (3 или 4 нужно):

1. Отрешенность от реальности: больные плохо, неотчетливо воспринимают действительность.
2. Нарушение ориентировки в месте, ситуации, времени, и/или в собственной личности.
3. Нечеткость мышления: больные неспособны устанавливать связи между явлениями.
4. Амнезия на период нарушения сознания.

*Оценка измененного сознания* → внимание концентрируется на каком-то предмете → не получает информацию от других предметов → не отвечает и не реагирует на вопросы при сохранности двигательной активности.

*Оценка уровня включения сознания* → специальные шкал (ком Глазго, FOUR); поиск неврологических нарушений (слабость в конечностях с одной стороны, одностороннее расширение зрачка, отсутствие стволовых рефлексов).

***45. Пограничные непсихотические синдромы: астенический, невротический (неврастенический, обсессивно-фобический), депрессивные, ипохондрические, фобические.***

*Астенический:* - ↑утомляемость, ↓ / утрата способности к долгому физическому и умственному напряжению, раздражительная слабость → ↑возбудимость → истощаемость, аффективная лабильность (↓настроения с капризностью, слезливостью), гиперестезия.

*Невротические*: (1) неврастенический синдром → ↑возбудимость + недержание аффекта + волевая неустойчивость + повышенная истощаемость, плаксивость, безволие; (2) обсессивно-фобический тип → навязчивые мысли о отрицательных последствиях болезни и лечения, их влиянии на жизнь и риске инвалидизации; (3) дисморфофобический синдром: переоценка значения физических недостатков тела, активное их исправление; (4) истерический синдром ↑эмоциональная возбудимость и лабильность, театральность поведения, фантазирование и лживость, функциональные параличи

*Депрессивный*: триада – выраженная тоска (душевная боль) + подавленное мрачное настроение с оттенком витальности (тяжесть в области сердца, средостения или эпигастрии) + интеллектуальная / моторная заторможенность. Дополнительно: пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего → голотимные сверхценные/бредовые идеи виновности, самоунижения, греховности, ↓самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, идентичности → суицидальные мысли и действия / расстройства сна (бессонница, агнозии сна, частые пробуждения).

*Ипохондрический:* утрированная озабоченность своим здоровьем → соответствующая интерпретаци телесных ощущений → убежденностью в существовании заболевания без подтверждения → регулярное посещение врачей с дописследованиями → агрессия и жалобы на врачей из-за отрицательных результатов диагностики. Варианты: от “чистых” сенестопатического и ипохондрического синдромов до сенестопатоза.

*Соматоформный*: психические нарушения скрываются за соматовегетативными симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но нет органических проявлений этой болезни – только функциональные нарушения. Повторяющаяся симптоматика нарушений + навязчивое посещение врачей.

***46. Психотические синдромы: депрессивные, маниакальные, параноидные, паранояльные, кататонические, гебефренические, делириозные, онейроидные, аментивные, астенической спутанности сознания, сумрачного состояния сознания, галлюциноза.***

*Депрессивный*: триада – выраженная тоска (душевная боль) + подавленное мрачное настроение с оттенком витальности (тяжесть в области сердца, средостения или эпигастрии) + интеллектуальная / моторная заторможенность. Дополнительно: пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего → голотимные сверхценные/бредовые идеи виновности, самоунижения, греховности, ↓самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, идентичности → суицидальные мысли и действия / расстройства сна (бессонница, агнозии сна, частые пробуждения).

*Маниакальный*: триада – эйфория + ускорение ассоциативных процессов + двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Характеры: отвлекаемость, ↑половое влечение (больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания), нет соматических жалоб («душевный подъем», ↑физических сил, переоценка возможностей).

*Параноидный:* несистематизированные бредовые идеи (образные, чаще преследования, многообразная фабула) + галлюцинации, псевдогаллюцинации. Поведение → пассивно-оборонительное. При экзогенных, психогенных психозах, шизофрении.

*Паранойяльный:* систематизированный интерпретативный бред (односторонний отбор нормально воспринимаемых фактов под фабулу) → доказывают свою правоту, пишут жалобы, обращаются с иском в суд, «преследователи своих преследователей» → социально опасны. Наблюдается при шизофрении, пресенильных, реактивных психозах, алкоголизме.

*Дисморфоманический*: триада – бредовые идеи физического недостатка + бред отношения + ↓настроение. Активно правят свое тело, проходя много операций. Наблюдается при шизофрении.

*Кататонический:* психическое расстройство с преобладанием нарушений в двигательной сфере:

* *Ступор* (дни-месяцы) → обездвиженностью + ↑мышечного тонуса + мутизм. Виды: каталептический (восковая гибкость) → длительное застывание в принятой / приданной позе + нет реакиции на громкую речь, могут отвечать на тихую шепотную речь + спонтанное растормаживание ночью (доступны контакту); негативистический → двигательная заторможенность + противодействием попыткам изменить позу; с оцепенением → ↑↑двигательной заторможенности (поза эмбриона, симптом воздушной подушки)
* *Возбуждение:* патетическое → постепенное развитие, умеренные двигательное и речевое возбуждением, много пафоса, эхолалия, ↑настроения, беспричинный смех → на пике гебефренически-кататоническое возбуждение: импульсивные действия, нет расстройств сознания; импульсивное → острое, жестокие общественно опасные стремительные действия, речь из отдельных фраз/слов, эхолалия, эхопраксия, персеверации → хореиформность, склонность к самоповреждениям; немое → хаотическое, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.

*Гебефренический*: гебефреническое возбуждения + дурашливость и разорванность мышления, гримасничанье, эмоциональная неадекватность, ↑настроением, нецеленаправленность поступков, громкий смех, нелепые шутки, некритичность. Наблюдается преимущественно при шизофрении.

*Делириозный:* зрительные нарушения с включением (сценоподобные галлюцинации, многочисленные фантастические иллюзии, образные и наглядные воспоминания) + нарушения речи (говорливость, отрывочность, вскрики) + эмоциональная гиперлабильность. Стадии: **1** – выраженные бессвязными ассоциации, наплыв воспоминаний, говорливость. эмоциональной лабильностью, гиперэстезия, ↑симптомов к ночи → **2** → зрительные галлюцинации, парейдолии, отрывочный контакт, высказывания бессвязны, отмечается выраженная эмоциональная лабильность, просветления («люцидные окна») → **3** → преобладают зрительные галлюцинации + сильные аффекты (страх, гневом, реже любопытство, восторгом).

*Онейроидный:* бредово-фантастическое, сновидное помрачение сознания → наплывы фантастических грез с включением пациента и/или всех окружающих + кататонические расстройства. *Отличия от делирия*: внутренняя проекция (псевдогаллюцинации, «разыгрывается спектакль» [бред инсценировки, бред двойника]), дезориентировка в месте, времени, двойная ориентировка в собственной личности (находится в больнице и командует космическим кораблем одновременно). Моторно заторможен, «летательно-плавные» хаотичные движения, иногда – сторонний наблюдатель своего бреда.

*Аментивный*: растерянность и бессвязность мышления, обеднение психики, алло-ауто-дезориентирован, отрывочный галлюциноз и бред, аффект недоумения (не осмысляет окружающее, отсутствие содержательных переживания, двигательное возбуждение) → недели-месяцы →полная амнезия периода. При длительных соматогенных, инфекционных психозах и некоторых энцефалитах.

*Астеническая спутанность сознания*: (дети младшего возраста) ослабленность тяжелыми заболеваниями → выздоровление → кратковременные эпизоды дезориентированной растерянности, симптом ложного узнавания, контактны, быстро истощаются (значительные колебания интенсивности во времени [вечером и при нагрузках хуже]) → прояснения сознания с фрагментарной амнезией → астения длиетльно.

*Сумеречное состояние сознания:* аллодезориентировка + галлюциноз + острый чувственный бред + аффект тоски, злобы и страха + неистовое возбуждение / реже внешне упорядоченное поведение. Внезапное развитие → часы-дни → внезапный. Склонны к агрессивным действиям, жестоки. При эпилепсии и органических заболеваниях ГМ. Варианты:

* *Бредовой:* поведение внешне упорядочено, отсутствующий взгляд, особая сосредоточенность и молчаливость → бердовые переживания → опасные действия (похожи на заранее обдуманные) → ясное сознание – восприятие поступков чуждыми их личности, критичность к бреду.
* *Галлюцинаторный:* преобладают галлюцинаторные переживания → выраженное возбуждение с агрессией и разрушениями.
* *Дисфорический (ориентированный):* разрушения и агрессивность как при галлюцинаторном варианте + элементарная ориентировка в окружающем + ретардированная амнезия на поступки (помнят все 1-2 часа после помрачения → забывают)

*Галлюциноз:* наплыв интенсивных зрительных, слуховых, тактильных галлюцинаций + ясное сознание + (иногда) воричные бредовые идеи. По течению: *острый* → внезапный, непродолжительный с выраженным аффектом и двигательным возбуждением; *хронический* → однообразные галлюцинации, чаще всего «голоса», монотонный аффект. При шизофрении, эпилепсии, симптоматических психозах, органических заболеваниях ГМ.

* *Вербальный*: внезапен, в виде монолога или диалога, ↑ к ночи. Типы: *комментирующий*, *императивный* (повелительный) → неправильные, агрессивные, действия в отношении себя/окружающих.
* *Истинный зрительный*: редок, истинные зрительные галлюцинации.
* *Педункулярный* *зрительный:* (поражение в ножках ГМ) возникновение в полумраке многочисленных подвижных зрительных видений в форме фигур людей, животных, сценоподобных картин, критичность.
* *Обонятельный:* дурные запахи, якобы исходящие тела + иногда тактильные галлюцинации + идеи отношения.
* *Тактильный*: ощущение ползания по коже / под кожей червей, насекомых, микробов + неприятное, тягостное чувство, зуд, беспокойство.

***47. Дефектно-органические синдромы: психоорганические, амнестический синдром Корсакова, олигофрении, деменции, психического маразма.***

*Психоорганический*: состояние общей психической беспомощности со ↓памяти, сообразительности, ↓воли и аффективной устойчивости, ↓трудоспособности и адаптации. Триада Вальтер-Бюэля: ↓памяти, ↓интеллекта, недержанием аффектов. Варианты: астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический. Клинически → ↓внимания, конфабуляции, ↓ориентировки, брадифрения, персеверации, ↓интересов.

*Амнестический (Корсаковский) синдром*: фиксационную амнезия, ретро- и антероградная амнезию, псевдореминисценции, конфабуляции, нарушение ориентировки во времени и пространстве, формальные процессы мышления поражаются меньше.

*Олигофрения* (врожденный психический дефект): общее стойкое психическое недоразвитие ← поражением ГМ в анте-/перинатальном периоде → ↓интеллекта, эмоциональные, волевые, речевые и двигательные нарушения. Делится на: (1) дебильность (легкая), (2) имбицильность (средняя), (3) идиотия (тяжелая).

*Деменция:* стойкое, ↓ преимущественно интеллектуальной деятельности, связанное с патологией ГМ, после трехлетнего возраста. Прогрессирующий пралич, атрофические процессы в коре ГМ (болезни Альцгеймера и Пика), эпилепсия, злокачественная шизофрения, травмы, атеросклероз → лакунарная (↓памяти и внимания, мерцание симптоматики, критичны) и глобарная деменция (↓интеллекта и логики, некритичны). Протекает: прогредиентно, стационарно и относительно регредиентно.

*Маразм психический*: полный распад психических функций, речи, моделей поведения, включая элементарные навыки самообслуживания + сохранение соматических функций. Результат прогрессивного паралича, шизофрении, старческого слабоумия, других абиотрофических процессов.

***48. Основные психопатологические синдромы детского возраста: невропатии, детского аутизма, гипердинамический, детский патологических страхов, дисморфомании, нервной анорексии, инфантилизма.***

*Невропатия*: («конституциональная» детская «нервность», до 3 лет) незрелость регуляции висцеровегетативных функций → нарушения сна, аппетита, диспепсии, ↑↓температуры, ↑ЧСС, ↑ЧДД, аллергии, метеотропность, ↑нервно-психическая возбудимость, аффективно-респираторные приступы, капризы, пугливость, ↑вегетативная возбудимость; от резидуально-органических расстройств, неврозов → регресс → возможно развитие невротических состояний / детской шизофрении.

*Синдром детского аутизма*: вариант психофизического дизонтогенеза → дисгармоничное психическое развитием (разноскоростное развитие психических функций). Отгороженность (избегает и боится общения); нарушения речи и коммуникации («автономная речь» [говорит сам с собой], есть вопрос – нет ответа, хорошая ритмическая память [не репродуцируют в ответ], речевые стереотипии [сложные, вопрошающие], эхолалия, неестественная модулированность]); «эмоциональная блокада» (зависимы от людей, но не привязаны к ним); протодиэкризис (нет дифференцировки людей и предметов); брадиреагирование (долго реагирует на слуховые и зрительные стимулы); симптом тождества (сохраняет все неизменным); двигательные стереотипии; взгляд «мимо» собеседника; нарушения формирования моторных навыков, опрятности; патологические привычные действия (яктация, онихофагия, сосание пальцев).

*Гипердинамический синдром:* (от 3 до 7 лет) подвижность, суетливость, несобранность, ↓торможения, двигательная расторможенность, неустойчивость внимания, отвлекаемость, ↑истощаемость, нарушение целенаправленной деятельности. Иногда: тики, импульсивные действия, проявления инфантилизма, задержки моторного и психического развития.

*Синдром детских патологических страхов:* страхи без психологической и ситуационной обоснованности долгие и чрезмерные. Формы: (1) навязчивые страхи (против воли, неотступны характер, связаны с первичным страхом, критичны; нозофобия, страхи острых предметов, высоты, заражения, загрязнения) → неврозы, органические заболевания ГМ, шизофрения; (2) сверхценные страхи (доминируют в сознании, некритичны к себе, мощный аффект страха, нет борьбы с ним; бояться пугающих образов) → невротические расстройства, шизофрения; (3) бредовые страхи (аугохтонны, некорректируемы; ощущение скрытой угрозы с тревогой, настороженностью, подозрительностью) → шизофрения, реже — экзогенно-органические заболеваниях ГМ; (4) ночные страхи (сон/пробуждение → дрожание, крик, ужас → амнезия страха); (5) недифференцированные страхи (беспредметные).

*Дисморфомания* (10-16 лет): убеждением (сверхценное или бредовое) о наличии у себя какого-либо вымышленного/преувеличенного физического дефекта внешности. Обязательно: гипотимно-напряженный аффект (депрессии, сенситивные идеи отношения и толкования, «симптом зеркала»). Дополнительно: обонятельные галлюцинации кататимного характера, сенестопатии, деперсонализационно-дереализационные расстройства.

*Нервная анорексия*: похожа на дисморфоманию, но направлена только на массу тела и питания → приводит к эндокринным нарушениям.

*Психический инфантилизм*: психическая незрелость (↓темпа созревания психики с отставанием развития эмоционально-волевых свойств и форм реагирования личности) → несамостоятельность, ↑внушаемость, наивность, игровые интересы, стремление к удовольствию, ↓прогнозирования результатов своего поведения и поступков, незрелость чувства долга и ответственности, неспособность к волевому напряжению и преодолению трудностей).

***49. Значение диагностики психопатологического синдрома для выбора метода неотложной терапии и последующего осмотра больного.***

Диагностика на основании МКБ-10 в течении 1-2 месяцев за несколько визитов. Задача: назначение терапии, предупреждение развития коморбидных патологий и депрессивных аддикций. Аспекты диагностики: логический (философские методологические взгляды, доминирующие в данной отрасли медицины), технический (технологические приемы и методы исследования) и семиотический (отражающий взаимосвязь симптомов с патогенезом и этиологией). Ведущие методы – клинические (расспрос, клиническая беседа). Направления: синдромологическое (назначение патогенетически обоснованных препаратов) и психодинамический анализ связи симптомов с психогенными и социальными факторами (определение мишени психотерапии).