***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.

В) Средние века (эпоха инквизиции) характеризуются регрессом до уровня донаучного

мировоззрения. Отношение к больным весьма противоречиво - от первых шагов по организации общественного призрения до уничтожения больных на кострах

инквизиции. Период, охватывающий 18 век и начало 19-го века - период становления психиатрии, как области медицины, эпоха Ф.

Пинеля и Дж. Конолли, провозгласивших принципы не стеснения в отношении душевнобольных.

Развертывается широкое строительство психиатрических больниц, в них проводятся исследовательские работы, на основании которых происходит становление

симптоматологической психиатрии.

Г) Эпоха нозологической психиатрии Э. Крепелина. Создание нозологической классификации

психических расстройств. Вместе с тем, психиатрия, в связи с огромным

усилением так называемой нервности в широких слоях населения все более

выходит за пределы специальных больниц и быстрыми шагами приближается к повседневной жизни. Изучение пограничных состояний –

неврозов и психоневрозов – подает повод к созданию нового, скоро получившего права гражданства термина – «малая психиатрия».

Д) Современный этап развития психиатрии – характеризуется расширением внебольничных форм психиатрической помощи, изучением социальных, 7

психосоматических аспектов психических расстройств. Основными вехами этого этапа являются учение З. Фрейда о «бессознательном», а также

«психофармакологическая революция».

4. Достижения отечественных ученых

В 1834 году профессор кафедры хирургии Харьковского университета П.А. Бутковский написал учебник “Душевные болезни» первый учебник - ряд прогрессивных положений о роли головного мозга, значении физиологических и соматических расстройств в развитии психозов. Душевные

болезни, так же, как и телесные, имеют свои предвестники, течение, исходы.

В середине XIX века зарождается научная психиатрия в Украине. Первая самостоятельная кафедра психиатрии и неврологии была создана в 1877 году в Харьковском университете, возглавлял ее профессор П.И.

Ковалевский, известный своими работами по психологии, анатомии,

психографии, предложивший свою классификацию психических заболеваний. С 1883 года П.И. Ковалевский издает первый отечественный журнал “Архив

психиатрии, неврологии и судебной психопатологии”, им был написан учебник психиатрии, выдержавший 4 издания. В Киеве кафедра психиатрии создается в 1885 году, руководит ею И.А. Сикорский. Третья в Украине кафедра

нервных и душевных болезней была открыта в Одессе в 1900 году под руководством Н.М. Попова. В Харькове работали ученые Т.И. Юдин, А.И. Ющенко, В.А. Гиляровский, Л.Л. Рохлин. В 1932 г. в Харькове была создана Украинская психоневрологическая академия, а в Харьковском

медицинском институте был

организован уникальный психоневрологический факультет.

Патофизиологическое направление в психиатрии было создано В.П.

Протопоповым, заведующим кафедрой Харьковского медицинского

института и Украинского НИИ неврологии и психиатрии, который 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

Помощь направлена на:

1. раннее выявление психических расстройств и диспансеризацию больных;

2. предотвращение рецидивов болезни;

3. оздоровление условий труда и быта;

4. содействие адаптации больных ;

5. оптимизации лечебного процесса на основе комплексного использования фармакологических и психосоциальных методов лечения заболевших.

Структура психиатрической помощи:

I. Амбулаторная (внебольничная) помощь:

1. Психиатрический (психоневрологический) кабинет детской или общей поликлиники с участковым (районным) психиатром (детским или общим), психиатрический кабинет ЦРБ.

2. Психоневрологический диспансер или диспансерное отделение при

психиатрической больнице города, области, республики - общий, имеющий в своей структуре детский, подростковый

психиатрический и логопедический кабинеты, или детский, в составе которого могут быть участковые детские психиатры и кабинеты

консультантов (логопеда и др.).

3. Наркологический диспансер.

II. Стационарная психиатрическая помощь:

1. Психиатрические больницы (городские и областные) в системе органов здравоохранения,

имеющие в своем составе различные профильные отделения (мужские и женские, наркологическое, инфекционное, туберкулезное, судебно-психиатрическое и др.), в том числе детское и подростковое отделения.

2. Специализированные психиатрические больницы в системе МВД (для принудительного лечения особо опасных психически больных, совершивших противоправные действия).

3. Наркологические больницы

4. Психоневрологические отделения при психоневрологических диспансерах,

крупных соматических больницах и военных госпиталях (для лечения больных острыми кратковременными психозами,

неврозами и реактивными состояниями, остаточными явлениями

органических поражений головного мозга с психическими нарушениями и т. п.).

5. Дневные и ночные стационары (при психиатрических больницах или

психоневрологических диспансерах) для долечивания выздоравливающих психически больных и для проведения

противорецидивных поддерживающих курсов лечения больным, находящимся под наблюдением психоневрологических кабинетов и диспансеров.

6. Психоневрологические санатории (для взрослых и детей).

7. Дома для инвалидов – психохроников (для взрослых и детей).

III. Социально-реабилитационные учреждения:

1. Лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) 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.

Структура наркологической помощи:

Наркологическая служба включает как стационарные, так и внестационарные учреждения (диспансеры).

Основные лечебные мероприятия направлены:

1. на прекращение употребления ПАВ;

2. купирование синдрома отмены;

3. становление и поддержание ремиссии (воздержания от употребления ПАВ).

Структура:

1. Кабинеты участковых врачей-психиатров.

2. Организационно-методический кабинет.

3. Кабинет экспертизы алкогольного опьянения;

4. Наркологический кабинет.

5. Психотерапевтический и физиотерапевтический кабинеты.

6. Детский кабинет.

7. Подростковый кабинет.

8. Кабинет невропатолога.

9. Логопедический кабинет.

10. Кабинет правовой помощи.

11. Кабинет сексопатологии.

12. Дневной и ночной стационары.

13. Лечебно-трудовые мастерские.

Структура психоневрологического диспансера:

В структуру психоневрологического диспансера могут входить следующие кабинеты:

1) участковых врачей — психиатров (при отсутствии участковых или районных психиатров в соответствующих поликлиниках);

2) психотерапевтический;

3) наркологический;

4) детский;

5) подростковый;

6) логопедический,

7) организационно-методический,

8) правовой помощи,

9) стационар, дневной стационар и 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 («санитарный пропускник»), отделение для оказания неотложной

психиатрической помощи. В ряде психиатрических больниц введена система территориальной профилизации основных психиатрических отделений

(отделения закреплены за определенными районами города и области соответственно участкам диспансеров, что обеспечивает лучшую преемственность в лечении больных).

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.

Задача психиатрического стационара

1. Предоставление всех видов стационарной больничной помощи больным.

2. Проведение всех видов стационарной экспертизы.

3. Разработка конкретных лечебных и социально-реабилитационных

рекомендаций для больных, выписываются.

4. Обеспечение преемственности с амбулаторными психиатрическими учреждениями.

5. Проведение профилактической и санитарно-просветительской работы среди населения.

Устройство психиатрического стационара.

1. Особенности оборудования окон, дверей, внутренних помещений и т.д. (Предупреждение побегов,

самоповреждений, самоубийства больных).

2. Профилирование палат.

3. Разделение на наблюдательный и спокойную части (обеспечение

максимального надзора за возбужденными, агрессивными и суицидальными настроенными больными).

4. Организация труда манипуляционных, сестринских постов, поста санитаров и т.д.

5. Оборудование столовой, туалетов, комнат для отдыха больных и для свиданий с родственниками и т.д.

6. Принципы ухода за психически больными

Психиатрическая помощь должна предоставляться на основании таких организационно-правовых принципов:

- когда человек совершает или проявляет реальные намерения совершить

действия, составляющие непосредственную опасность для него или окружающих;

- когда человек не может самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, обеспечивающем его жизнедеятельность

При наличии таких условий лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления суда, если ее обследуй ния или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым (в 14, 16. Закона Украины"О психиатрической помощи").

Правила работы медицинского персонала с психически больными:

1. Чуткое и внимательное отношение к больному, уважение его. Обязательно следует обращаться к больному на "Вы", с имя и отчество.

2. Не допускать споры и обман больных. Разговор вести с ними в почтенном, доброжелательном, неторопливом тоне.

3. Бдительность на посту, особенно в отношении к больным с усиленным наблюдением. Особый надзор за больными склонными к агрессии,

суицидальным настроениям.

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, особенно те, которые имеют отношение к его болезни.

7. Не выполнять без разрешения врача просьб больного: не передавать письма, не предоставлять посетителям любой информации о больном. Не передавать ничего больному без разрешения.

8. Не оставлять в отделении и не допускать поступления больных с потенциально опасными предметами (лезвия к бритью, ножей, вилок, иголок, стеклянной посуды и т.д.).

9. Внимательное наблюдение за соблюдением режима питания больными.

10. Контролирование выполнения больными санитарно-гигиенических процедур, помощь им в этом – уход за кожей и слизистыми, смена белья, профилактика пролежней, туалет (Особенно касается депрессивных и ослабленных больных).

11. Контроль за принятием л\п, строгость назначения и употребления.

Медицинский работник, обслуживающий психически больных, должен быть вежлив и приветлив, обладать достаточной выдержкой, хладнокровием и

находчивостью, уметь в любых ситуациях сохранять спокойствие и

самообладание. Отношение персонала к больным должно быть ровное, заботливое, гуманное, но в то же время лишенное фамильярности. Важно, чтобы персонал всегда имел аккуратный вид. Сотрудникам отделений для беспокойных больных не следует носить на работе серьги, кольца, браслеты, которые могут быть сорваны возбужденными больными.

В отделении установлен обязательный для всех распорядок дня с точно

фиксированным временем утреннего подъема, приема пищи, лекарств и других лечебных процедур, прогулок, трудотерапии, культурных развлечений, отхода ко сну. Режим способствует нормализации поведения больных, восстановлению

часто нарушенного у них ритма сна и бодрствования.

7. Основные факторы этиологии психических расстройств

Все разнообразные этиологические факторы психических заболеваний можно

разделить на две группы: экзогенные факторы, или факторы внешней среды, и эндогенные — факторы внутренней среды.

Между внешними экзогенно-социальными и внутренними эндогенно-

биологическими факторами существует тесное взаимодействие. Так, социальный фактор в одном случае может быть непосредственной причиной психического заболевания, в другом — предрасполагающим моментом.

Таким образом, развитие психических заболеваний обусловлено сочетанным действием множества факторов.

К экзогенным факторам относятся различные инфекционные заболевания, механические травмы мозга, интоксикации, неблагоприятные гигиенические условия, психические травмы, сложная

жизненная ситуация, истощение и др. Признавая, что болезнь в большинстве случаев развивается в результате вредных воздействий экзогенных факторов, следует в то же время учитывать реактивность, сопротивляемость и приспособительную реакцию организма. Причем человек не только сам

приспосабливается к условиям внешней среды, но и изменяет и приспосабливает среду в соответствии со своими потребностями.

Особая разновидность экзогенных заболеваний – психогении. Возникновение психогенных заболеваний связано с эмоциональным стрессом, семейными и

социальными проблемами.

К эндогенным факторам, обусловливающим развитие того или иного

психического расстройства, относятся некоторые заболевания внутренних органов (соматические), аутоинтоксикации, типологические особенности психической

деятельности, нарушения обмена веществ, функции

эндокринных желез, патологическая наследственность и наследственная предрасположенность или отягощенность.

Следует отметить, что конкретная этиология известна лишь у небольшого числа нозологически самостоятельных психических расстройств и болезней:

прогрессивный паралич, сифилис мозга, СПИД, классический вариант

травматической болезни мозга, фенилпировиноградная олигофрения, алкоголизм, наркомания и некоторые другие.

***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).