***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.

***15. Метод психоанализа и психодинамического наблюдения.***

Топографическая модель психического аппарата: *Сознание* — часть психики, осознаваемая индивидом → выбор поведения в общественной среде → нарушении баланса возможностей и желаний → проскальзывание информации в сознание (сны, оговорки). *Бессознательное* — часть психики, процессы неосознанны → конфликт с сознательными представлениями человека. Особенности: отсутствие времени, неразличение фантазии и реальности, отсутствие принципа противоречия. *Предсознательное* — невозможно описать, но потенциально осознаваема при внимании → мишень психоанализа.

*Психоанализ* – направлении психологии → 4-5 сеансов, лежачий пациент не видит психоаналитика → разделение психики на сознательное и бессознательное(травмирующие переживания детства / столкновение с общественными нравственными нормами → бессознательные влечения → поведение и мышление человека). *Методы:* (1) *свободных ассоциаций* → использование феномена ассоциативности мышления для познания бессознательных психических процессов и явлений → применение для коррекции функциональных расстройств психики через осознания пациентами причин, источников и характера их проблем; (2) *толковая сновидений* (Фрейд) → сон = скрытое деформированная бессознательную истина → ↑запутанность = ↑важность → сопротивления (отказ от толкования); (3) интерпретации → обработка результатов предыдущих 2 → перевод из бессознательного в сознательное.

Психодинамический подход - видимые человеку процессы в психике определяются самостоятельно при борьбе внутри себя.

***16. Особенности психиатрической документации***

Документация стационара

1. Истории болезней.
2. Журнал движения больных.
3. Процедурный журнал.
4. Журнал учета распределения лекарств.
5. Журнал наблюдения за больными.

Особенности истории болезни:

Жалобы: при наличии на курации записать, если нет, внести в анамнез жалобы при госпитализации.

Объективный анамнез: из чьих слов и по каким документам

Анамнез болезни: время, обстоятельства, как начались отклонения в переживаниях и поведении больного, если ранее лечился → в хронологической последовательности, течение, препараты, последствия (отношения больного к семье, работоспособность), *важно*: непосредственная причина обращения, чья инициатива.

Субъективный анамнез: опрос больного о жизни, болезни, переживаниях. Записывать дополнения или отрицания объективного анамнеза.

Соматическое состояние: внимание неврологическому исследованию.

Параклинические исследования: экспериментально-психологические, нейрофизиологические, электрофизиологические.

Психическое состояние: (а) внешний вид; (б) особенности контакта (в) состояние сознания - ориентация относительно места, времени, в среде, окружающей и собственной личности; (г) расстройства внимания, памяти, восприятия, мышления и интеллекта, эмоциональной и эффекторно-волевой сфер.

Дневники: высказывания больного, выводы после наблюдения за его поведением.

Лечение: приводят рецепты психотропных препаратов.

Медико-социальная, военная, судебно-психиатрическая экспертизы.

После каждой записи подпись куратора, консультанта, членов ВКК

***17. Значение параклинических методов в психиатрической диагностике. Инструментальная и лабораторная диагностика. Экспериментально-психологические методы диагностики. Компьютерная психодиагностика.***

*Лабораторные анализы* крови, мочи, спинномозговой жидкости, ревмопробы (сиаловая, С-реактивный белок), исследование белковых фракций плазмы.

*Ликвородиагностика* → травматические, инфекционные, сосудистые, ↑проницаемости гематоэнцефалического барьера (интоксикационные психозы, инфекционно-токсические состояния с нарушениями психики, острые стадии эндогенных психозов, фебрильная шизофрения).

*Электроэнцефалография* → эпилепсия, опухолеи, сосудистые и травматические поражения мозга

*Компьютерная томография* → опухоли, прогрессирующие дегенеративные и атрофические заболевания ЦНС (болезнь Альцгеймера, шизофрения, злоупотребление алкоголя).

*Ядерно-магнитный резонанс* → демиелинизирующие заболевания, б-ни Альцгеймера, мультиинфарктной деменции.

*Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)* → изменения после психотропных средств (сниж.активности лобных долей при шизофрении; локализация дофаминовых рецепторов и т. д.)

***18. Понятие психопатологического синдрома, симптома и заболевания***

*Психопатологические симптомы* — строго фиксированное по форме описание патологического признака, соотнесенного с определенной патологией. *Специфическими являются*: *продуктивные (позитивные) симптомы* → привнесение чего-то нового в психику от болезненного процесса (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение); *негативные* → признаки обратимого или стойкого ущерба, изъяна, дефекта от болезненного процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия).

*Психопатологический синдром* — закономерное сочетание симптомов, связанных между собой единым патогенезом и соотносящихся к определенным нозологическим формам. Синдромы и их смена, преобладание одних над другими → клиническая картина болезни.

*Позитивные* = качественно новые, симптомокомплекс → прогрессирование психического заболевания (астенический, аффективнвх расстройств, Кандинского-Клерамбо). *Негативные (дефицитарные)* = выпадение из созревшей психической деятельности присущей ей качеств и свойств, минус-симптомы (истощаемость психики,осознаваемые изменения Я, дисгармония)

*Психическое заболевание* – нарушение психических функций, которое приводит к дезадаптации человека. Четкий термин отсутствует. Влечёт изменения и нарушения в сфере чувств, мышления, поведения, почти всегда происходят изменения соматических функций организма.

***19. Синдромологическая и нозологическая классификация психических патологий***

*Синдромологический принцип* ("единый психоз") — единая природа различных психических расстройств, различие в клинической картине = наблюдение на различных этапах болезни. Против — разные этиологические факторы, За — психофармакология. При назначении лекарственной терапии, ориентируются не на причину, а на выявляемые психопатологические симптомы и синдромы.

*Нозологический принцип* — связь между причиной, клиническими проявлениями, течением и исходом болезни → разделение болезней на основании общности этиологии, патогенеза и единообразии клинической картины.

Традиционно разделение психических расстройств на органические и функциональные. Отчетливые морфоструктурные изменения ГМ → стойкая негативная симптоматика (нарушение памяти, интеллекта).

***20. Характеристика регистров псих расстройств***

*Психотические расстройства (психозы)*:

(1) грубая дезинтеграция психики– неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности (формальные признаки психоза: галлюцинации, бред, однако синдромально ориентировано [параноидный, онейроидный и т.д.]);

(2) исчезновение критики – невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования, своих ошибок, наклонностей;

(3) исчезновение способности произвольно руководить собой, своим действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением → неадекватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также на самого себя.

*Позитивные синдромы*: психотические варианты маниакальных и депрессивных синдромов, паранойяльные и вербальные галлюцинации, кататонические, парафренные (онейроидные), галлюцинаторно-параноидные, помрачения сознания, парамнезии, судорожные и психоорганические. *Негативные синдромы*: имбецильность и идиотия, психического дефекта регрессе личности, психический маразм.

*Непсихотические расстройства*:

(1) адекватность психических реакций реальности по содержанию, неакдеватность по силе и частоте.

(2) сохранение критичности часто утрированной, сенситивно ззаостренно;

(3) ограничение способности регулировать свое поведение по законам психологии, общества и природы, ситуационной зависимостью психопатологических проявлений.

*Позитивные синдромы*: эмоционально-гиперестетические, аффективные, невротические (навязчивые, истерические, деперсонализационные, сенестопатические, ипохондрические). *Негативные синдромы*: дебильность, синдромы приобретенного психического дефекта.

***21. Принципы и методы лечения психических расстройств и заболеваний***

*Обоснованность терапевтической тактики* — правильно поставлен диагноз, определена психопатологическая симптоматика, острота состояния, индивидуальные особенности личности больного и его физического состояния.

*Динамичность терапии* – изменение состояния больного, его острота и тяжесть, стадия развития болезни. Медикаментозное лечение → психотерапия → социальная реадаптация. Способ введения лекарств также определяется состоянием больного.

*Безопасность* – учет побочных явлений и осложнений → анализ показаний и противопоказаний.

*Минимальная госпитализация* – амбулаторное и стационарное лечение в зависимости от состояния больного, возможных последствий заболевания для самого больного и для окружающих, а в ряде случаев - желанием пациента.

*Биологическая терапия*: методы воздействия на биологические процессы, лежащие в основе психических нарушений → применение психотропных средств (психофармакотерапия), шоковых методов лечения (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), других средств (гормоны, витамины, диета).

*Психотерапия*: комплексное психологическое воздействие врача на психику больного → устранение болезненных симптомов, изменение отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде → внушение и разъяснение (рациональная психотерапия, суггестивная психотерапия, внушение, самовнушение, гипноз).

*Физиотерапия*: электросон, иглорефлексотерапия, санаторно-курортное лечение, трудотерапия.

***22. Принципы и методы социально-трудовой реабилитации психически больных и профилактики психических заболеваний.***

Социально-трудовая реабилитация – комплекс медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий, направленных на максимальное приспособление больного к профессиональной деятельности. Условия: длительная медикаментозная + психотерапевтическая + трудовая терапия. Зависит от: прогридиентности заболевания, глубины негативных симптомов, начального профессионального уровня. Места: общее производство, дневные и ночные стационары, воскресный стационар, стационары на дому, общежития для пациентов, лечебно-трудовые мастерские при диспансерах, специальные цехи на общих предприятиях.

*Первичная профилактика* → стоп развитию психически → (1) здоровый сон, (2) умеренные физические нагрузки, (3) наличие хобби, (4) хорошие отношения в семье, (5) нормальная половая жизнь.

*Вторичная профилактика* → стоп рецидива уже существующих заболеваний → назначает специалист индивидуально, после пройденного лечения.

***23. Принципы и методы судебно-психиатрической, военной, трудовой экспертизы.***

*Трудовая экспертиза*: временная утрата трудоспособности → больничный лист (до 10 месяцев); стойкая утрата → определяется группа инвалидности МСЭК → критерии:

I группа: не может работать по специальности → должен перейти на нижеоплачиваемую работу. Возможно снятие группы.

II группа: стойко выраженное расстройство функции организма, → работа в лечебно производственных мастерских.

III группа: социальная недостаточность, требующая защиты и помощи → не могут работать, нуждаются в уходе/надзоре [глубоке слабоумием, конечные состояниях шизофрении].

*Военная экспертиза*: проводится в отношении призывников военно-врачебной комиссией (ВВК) → основные критерии: (1) наличие нарушений в функциях отдельных органов и систем организма, (2) степень имеющихся патологических изменений, (3) частота обострений.

*Судебно-психиатрическая экспертиза:* вопросы вменяемости, дееспособности, возможности отбывания наказания, способности свидетеля/ потерпевшего правильно воспринимать обстоятельства и давать о них правильные показания → применение мер медицинского характера в отношении невменяемых.

***24. Психофизиологические и нейропсихологические основы расстройств ощущения, восприятия и представлений.***

*Ощущение* – первичный психический акт, психический процесс отражения в сознании человека отдельных свойств, качеств предметов или явлений при непосредственном их воздействии на органы чувств. Основа нарушений → (1) *изменение порога* чувствительности (↓ или ↑уровня ощущений относительно нормы) [гиперестезия, гипестезия, анестезия] / (2) *изменение внутреннего восприятия* [сенестопатии].

*Восприятие* – психический процесс отражения в сознании человека предметов или явлений в совокупности их свойств при непосредственном воздействии их на органы чувств. Основа нарушений → (1) *искажение процесса восприятия* объекта/его признаков [психосенсорные расстройства] / (2) *↓процесса узнавания* воспринимаемых объектов [агнозии] / (3) *несоответствие субъективного образа объективному* [иллюзии] / (4) *замена объективного образа субъективным* или *добавление субъективного образа в реальность* [галлюцинации].

*Представление* – след бывшего ощущения или бывшего восприятия. Это образные воспоминания, мыслительный, субъективный образ действительности, возникающий в сознании человека в отсутствие соответствующего предмета или явления, который действовал на органы чувств ранее. Основа нарушений → *органические/медиаторные поражения коры ГМ* [деперсонализация, дереализация, deja vu, jamais vu].

***25. Классификация и определение нарушений ощущения: гиперестезии, гипестезии, анестезии, сенестопатии.***

1. Гипестезии и анестезии → ослабление

II. Гиперестезии → усиление

III. Парестезии, синестезии, сенестопатии → искажение.

*Гипестезия* – ↓субъективной яркости и интенсивности ощущений и восприятий, конкретности, → возникновение чувства чуждости.

*Анестезия* – выключение ощущений и восприятий ← нарушения проекционнной системы / поражения коркового ядра / истерия.

*Гиперестезия* – ↑ощущений ранее нейтральных раздражителей, гиперпатической окраска.

*Синестезия* – восприятие, при котором раздражение одного органа чувств → специфические ощущениями + ощущения, соответствующие другому органу чувств (иррадиации возбуждения с одной сенсорной системы на другую.

*Парестезии* – нарушение чувствительности кожи → ощущения онемения и покалывания в пораженной зоне.

*Сенестопатии* – разнообразные, неприятные, необычные, беспричинные ощущения внутренних органов и различных областей тела.

***26. Классификация и определение нарушений восприятия: иллюзии, психосенсорные расстройства, галлюцинации.***

*Иллюзии*: (1) по анализаторам: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства [висцеральные и проприоцептивные]; (2) по механизму возникновения: физические [свойства объектов], физиологические [особенности анализатора], психические [изменение психической деятельности]. *Аффективные* (эмоциональные) ← выраженные колебания настроения / остроформирующиеся аффекты страха, тревоги. *Слуховые вербальные* ← бред отношения. *Парейдолические* ← нарушения сознания.

*Психосенсорные расстройства:* (1) метаморфопсии: микропсии [↓размеров], макропсии [↑размеров], дисморфопсии [нарушение проворций]; (2) интеро- и проприоцептивные: нарушение схемы тела.

*Галлюцинации (мнимое восприятие без реального раздражителя в данное время):* (1) анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства [висцеральные и проприоцептивные]; (2) по сложности: простые [фотопсии, акоазмы], сложные [имеющие содержание]; (3) по полноте развития: полные [истинные] и неполные [ложные, псевдогаллюцинации, галлюциноиды]; (4) по отношению к личности больного: нейтральные, комментирующие, императивные; (5) особые: гипнагогические [при засыпании], гипнапомпические, [при пробуждении] экстракампинные [вне поля восприятия], рефлекторные [перенос реально предмета], функциональные [реальный и галлюцинаторные предметы одновременно], отрицательные [удаление реального предмета], эпизодические [экстаз], типа Шарля Боне [критичные воприятия от утраченных ранее анализаторов].

***27. Возрастные особенности расстройств ощущений, восприятия, представлений.***

*Сенестопатии:* с 5-7-летнего возраста, чаще в области органов брюшной полости кратковременными эпизодами (иногда признак эпилепсии) → оформленность в подростковом возрасте, сходны со взрослыми → 60+ как часть инволюционных сенестоипохондрических психозов.

*Иллюзии:* у детей иллюзии как вариант нормы [склонность к фантазированию → иногда отрыв от реальности]; как патология [при тяжелых соматических заболевания, аффектогенные фобические] → 60+ = деффицитарные иллюзии [от поражения анализаторов].

*Галлюцинации:* детский возраст = зрительные галлюцинации-иллюзии [нет четкой границы] пугающе-фантастического характера + гипнагонические псевдогаллюцинации [при эмоциональной лабильности] → гипнагонический галлюцинации при помрачении сознания у подростков → 60+ при деменции.

*Психосенсорные нарушения*: 6+ лет при поражениях ГМ в виде метаморфопсий и аутотопагнозий.

***28. Способы выявления расстройств ощущения, восприятия и представлений.***

Исследование ощущений и восприятия проводится *клиническими методами* [(1) тактильной и болевой чувствительности; (2) температурной чувствительности; (3) расстройств органов слуха и зрения; (4) восприятия речи]; *экспериментально-психологическими методами* [«классификация предметов», таблицы Поппельрейтера, таблицы Равена = зрительная агнозия; таблицы Лукьяновой = зрительная возбудимость, тахистоскопический метод = слуховая агнозия].

Методы исследования представлений: *субъективные* [оценка яркости и четкости представлений опросником Д.Маркса]; *объективные* ["метод квадрата букв ", методика Шепарда].

6. Классификация и определение нарушений памяти.

Память – психический процесс запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта. Расстройства памяти при психических и соматических заболеваниях проявляются нарушением способности запоминать, удерживать и воспроизводить усвоенный материал.

Классификация:

Гипермнезия — значительное или резкое обострение памяти. Обычно сопровождается наплывом множественных воспоминаний и образными представлениями.

• Фиксационная

• Репродукционная

Гипомнезия (Дисмнезия) — расстройство памяти, характеризующееся

снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.

Амнезия — выпадение из памяти событий, произошедших в определенный период времени — встречается как после состояний нарушенного сознания, так и в связи с грубыми органическими поражениями головного мозга.

Виды амнезии:

Фиксационная амнезия – утрата способности запоминания, отсутствие памяти на текущие события. Фиксационная амнезия легко обнаруживается в беседе.

Репродукционная амнезия – невозможность воспроизведения необходимой в данный момент информации.

Ретроградная амнезия – исчезновение из памяти событий, предшествовавших черепно-мозговой травме (инсульту, эпилептическому припадку, отравлению, самоповешению и др.) за несколько минут, дней и даже недель.

Антероградная амнезия характеризуется пробелами воспоминания,

относящимися к событиям, происшедшим и происходящим уже после начала заболевания (черепно-мозговая травма, инсульт, эпилептический припадок и др.). ретроантероградная амнезия является одним из признаков Корсаковского

синдрома.

Прогрессирующая амнезия – утрата способности к запоминанию и постепенно нарастающее оскудение запасов памяти.

Амнезия кататимная — психогенно возникающие пробелы памяти на неприятные для индивидуума события.

Амнезия конградная возникает на период, во время которого существовало

состояние помрачения сознания или другое психическое расстройство. Конградная амнезия может быть полной (оглушение сознания, тяжелые формы делирия,

аменция, некоторые формы сумеречных состояний) и частичной, когда в памяти больного остаются фрагменты психоза (делирий, онейроид). В последнем случае создаются условия для возникновения резидуального бреда. В связи с конградной амнезией могут возникать антероградная и ретроградная амнезии.

Амнезия периодическая возникает на фоне альтернирующего сознания,

встречающегося при истерических состояниях. Больной живет в двух, совершенно отличающихся друг от друга состояниях, сменяющих одно другое. В состоянии "А" сохраняется память на все относящиеся к нему события. То же относится и к

состоянию "Б". Вместе с тем, находясь в состоянии "А", больной совершенно не помнит, что с ним происходило в состоянии "Б" и наоборот — в состоянии "Б" не помнит, что происходило в состоянии "А".

Амнезия ретардированная возникает на период помрачения сознания или другого психического расстройства не сразу после их окончания, а спустя различные сроки, обычно исчисляемые днем- неделей.

Палимпсест — запамятование отдельных событий и деталей своего поведения, бывших накануне в период опьянения, на высоте его развития.

Качественные нарушения воспоминаний (парамнезии) —

изменение содержания воспоминаний.

Псевдореминисценции — ложные воспоминания, которых не было в данный период времени, но которые были или могли быть в прошлой жизни больного («иллюзии

памяти»). В отличие от конфабуляций они являются более стабильными, повторно высказываются больным.

Конфабуляции — ложные воспоминания фантастического содержания, воспоминания о событиях, которых не было и не могло быть в жизни больного («галлюцинации памяти»).

Криптомнезия — искажение памяти, проявляющееся в исчезновении различий

между действительными событиями и событиями, увиденными во сне, услышанными или прочитанными больным.

 симптом «уже виденного» (deja vu) сводится к тому, что впервые в жизни увидев что-либо, человек чувствует, будто это уже происходило с ним когда- то раньше. При этом присутствует критическое понимание ошибочности этого ощущения.

 симптом «никогда не виденного» (jamais vu) заключается в том, что что-то хорошо знакомое воспринимается как чужое, чуждое, будто бы увиденное впервые.

 Синдром Капгра (J.M.Capgras) проявляется нарушением узнавания людей: синдром положительного двойника, при котором больной считает незнакомых ему людей своими хорошими знакомыми; синдром отрицательного двойника, когда больной не узнает своих родственников, знакомых, считает их подставными лицами, близнецами, двойниками близких ему людей.

Проблемы с памятью могут быть спровоцированы множеством факторов. Наиболее распространенной причиной является астенический синдром, вызванный ежедневной психоэмоциональной нагрузкой, повышенной тревожностью, физическим недомоганием. Патологическая основа выраженного снижения функций памяти – органические заболевания ЦНС и психические патологии. К наиболее распространенным причинам мнестических нарушений относятся:

• Переутомление. Чрезмерные физические, умственные и эмоциональные нагрузки становятся источником стресса и функционального снижения когнитивных процессов. Вероятность ослабления памяти выше при несбалансированном питании, недосыпе, бодрствовании в ночное время.

• Соматические болезни. Физические недуги способствуют развитию общего истощения. Трудности запоминания бывают вызваны как астенизацией, так и смещением внимания с информации, поступающей извне, на ощущения в теле.

• Алкоголизм и наркомания. Память ослабляется на фоне мозгового поражения, токсического повреждения печени, гиповитаминоза. При длительной зависимости развивается стойкий когнитивный дефицит.

• Нарушения мозгового кровообращения. Причиной может стать спазм или атеросклероз мозговых сосудов, инсульт и другие возрастные нарушения. В группе риска пациенты с гипертонической болезнью.

• Черепно-мозговые травмы. Память нарушается в остром и отдаленном периоде. Выраженность расстройств колеблется от легких затруднений при запоминании нового материала до внезапной утраты всех накопленных знаний (включая имя, фамилию, лица родственников).

• Дегенеративные процессы в ЦНС. При нормальном старении мозг претерпевает инволюционные изменения – уменьшается объем тканей, количество клеток, уровень метаболизма. Происходит ослабление памяти и других познавательных функций. Выраженной стойкой дисфункцией сопровождаются дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона и пр.).

• Психические расстройства. Когнитивный дефект формируется при

различных деменциях, шизофрении. Эпилепсия, являясь неврологической болезнью, влияет психику, в том числе вызывает изменения памяти.

• Умственная отсталость. Может быть связана с генетическими патологиями, осложнениями при беременности и родах. Мнестические нарушения наиболее выражены при умеренных и тяжелых формах болезни.

Память исследуется в процессе беседы и наблюдения за больным. В беседе можно проверить сохранность памяти на недавние и более отдаленные события личной и общественной жизни, общий запас знаний, воспроизведение дат, имен окружающих лиц, а также выявить обманы памяти (парамнезии). Необходимо, чтобы человек,

память которого исследуется, рассказал о событиях, происходивших

непосредственно в ближайшие дни, предшествовавшие исследованию, а также об

основных событиях своей жизни и общественно- политических событиях,

содержании некоторых из прочитанных книг, просмотренных кинофильмов. Такой опрос позволяет выяснить особенности сохранения в памяти человека, состояние

его кратковременной и долговременной памяти.

Для выявления амнезии, ретроградной и антероградной, важно установить, помнит ли больной события, происходившие в период времени после начала заболевания или предшествовавшие заболеванию. Полезно сравнить сведения о себе,

рассказываемые больным, и сведения, сообщаемые о нем его родственниками. Ответы на вопросы дают возможность судить о степени и характере нарушений памяти больного, особенно в сопоставлении с данными наблюдения за его поведением и материалами экспериментально-психологического исследования.

Для экспериментальной проверки состояния памяти испытуемым предъявляются для повторения наборы, состоящие из слогов, слов, цифр, короткие рассказы. Изменяя

способ предъявления, можно изучать особенности различных типов памяти.

При исследовании памяти наиболее часто требуется исследование способности к запоминанию. Для этого можно предложить пациенту воспроизвести сразу после прочтения экспериментатором с интервалом в одну секунду 10 простых слов (дым, сон, шар, пух, звон, куст, час, лед, плач, свет).

Чтение списка слов повторяют 10 раз, отмечая в протоколе количество правильно воспроизведенных слов, в том числе два и более раз, а также появление новых слов, которых в списке не было. В норме человек запоминает 10 слов после 3-4 предъявлений. Воспроизведение с первого предъявления менее 4-3 слов (норма 5-9, в среднем 7 слов) — серьезное свидетельство в пользу грубых расстройств

памяти, псевдодеменции или симуляции, особенно если в двух последних случаях не соблюдается "правило края" (обычно лучше запоминаются первые и последние слова из списка). Следует, однако, заметить, что "закон края" у слепых и слабовидящих людей проявляется слабее — у них наиболее продуктивно происходит запоминание начала материала.

Непосредственное запоминание не нарушено, если после зачитывания 10 слов испытуемый в 4-5 попытках воспроизводит не менее 7 слов (если меньше — нарушено).

Долговременная память не нарушена, если через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов из списка (если меньше — нарушена).

Вместо слов часто дают для запоминания цифровые ряды, которые предлагают воспроизвести в прямом и обратном порядке. Можно предложить запомнить

какую-нибудь дату, затем попросить считать от 1 до 30, а потом попросить эту дату назвать. Способность к ретенции и особенности символической памяти хорошо выявляются и при пробах повторения содержания коротких рассказов, а также проверки школьных знаний. Для изучения процессов сохранения в памяти

испытуемых можно также использовать приведенную выше методику запоминания 10 слов, но слова просят повторить после первого предъявления через определенные промежутки времени (15,30,60,180 минут и т.д.).

Для исследования зрительной памяти можно использовать портреты известных больному лиц, наборы рисунков и различных геометрических фигур (например, тесты зрительной ретенции Бентона, Бендера и другие).

Тест Бентона состоит из набора карточек с геометрическими фигурами. После 10-секундной экспозиции испытуемый должен воспроизвести нарисованные

фигуры по памяти. Тест позволяет выявлять нарушения памяти при органических заболеваниях мозга.

9. Классификация и определение нарушений мышления и интеллекта.

Мышление — высшая форма отражения объективной реальности, процесс обобщенного и опосредованного отражения предметов и явлений материального мира в их закономерных связях и отношениях.

При патологических состояниях может нарушаться ассоциативный процесс или исчезают связи между отдельными мыслями, что свидетельствует о нарушении мышления по форме. В других случаях нарушается процесс формирования

умозаключений, страдает логика, нарушается мышление по содержанию.

Классификация нарушений мышления и интеллекта:

I. По темпу

1. Ускорение (увеличение числа ассоциаций в единицу времени), (мания).

2. Замедление (уменьшение числа ассоциаций в единицу времени) (депрессия).

II. По стройности

1. Разорванность (нет связи между мыслями и предложениями).

2. Бессвязность (нет связи между словами).

3. Инкогеренция (нет связи между слогами).

4. Вербигерация (стереотипное повторение одних и тех же слов или словосочетаний).

5. Паралогичное мышление (умозаключения строятся вразрез с логикой).

6. Амбитендентность мышления (одновременное возникновение взаимоисключающих идей).

7. Перерывы мышления (шперрунги).

III. По целенаправленности

1. Резонерство (бесплодное мудрствование).

2. Обстоятельность («топтание» вокруг несущественных обстоятельств).

3. Персеверация (застревание на одной ассоциации).

4. Аутистическое мышление (одностороннее, захватывающее лишь внутренний мир больного).

5. Символизм (выводы строятся на основании случайных ассоциаций).

IV. По продуктивности

1. Навязчивые идеи (мысли, возникающие помимо воли больного и воспринимаемые им как болезненные).

2. Сверхценные идеи (переоценка реальных фактов).

3. Бред (болезненно обусловленное ложное суждение, не поддающееся коррекции)

4. Неологизмы (возникновение необычных, непонятных слов).

Интеллект — глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами . Это способность индивидуума адаптироваться к окружающей среде. Человек, обладающий интеллектом, — это тот, кто правильно судит, понимает и размышляет и кто благодаря своему здравому смыслу и инициативности может приспосабливаться к обстоятельной жизни .

На сегодняшний день по МКБ-10 выделяют 4 степени умственной отсталости:

Лёгкая — дебильность. Ограничена способность к абстрактному мышлению, в связи с этим могут окончить лишь начальную школу по специальной программе. Осваивают некоторые специальности, но получают только низкую квалификацию. При эмоциональной и социальной незрелости не справляются с требованиями брачной жизни или воспитания детей.

Умеренная — имбецильность. Медленно развивается понимание и использование речи, отстает развитие навыков самообслуживания и моторики, часть больных осваивает основы чтения, письма и счета и приобретает некоторые умения. Они овладевают простой работой и выполняют ее под надзором. Независимое проживание невозможно, но участвуют в простейших социальных занятиях.

Тяжёлая— имбецильность, тяжёлая умственная субнормальность, тяжелая умственная отсталость (тяжелая имбецильность) Овладевают навыками самообслуживания не полностью. Даже основы школьных умений не доступны. Если и овладевают некоторыми элементарными трудовыми процессами, то нуждаются в постоянном надзоре. Имеются моторные нарушения и слабое развитие речи. Этиология — органическое поражение мозга.

Глубокая— идиотия. У одних не развиваются даже предпосылки интеллекта. Они не осваивают никаких навыков, обладают двумя-тремя элементарными эмоциями, речь не развивается. У других — ограниченная способность к пониманию или выполнению требований и инструкций. Неподвижны или ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала. Они не способны заботиться о своих основных потребностях, нуждаются в постоянной помощи и уходе.

10. Психофизиологические и нейропсихологические основы расстройств

мышления и интеллекта.

ПРИЧИНЫ РАССТРОЙСТВ МЫШЛЕНИЯ:

Биохимические изменения в мозге. Патологии кровообращения, интоксикации, дисметаболические болезни влияют на функционирование нервной системы.

Нарушается поступление кислорода, гормонов и медиаторов, скорость и направленность нейропередачи.

Черепно-мозговые травмы. Мышление изменяется из-за структурных повреждений и функциональных сдвигов в головном мозге. Расстройства формируются в остром и отдаленном периоде.

Психозы. Психотические состояния органического, инфекционного и интоксикационного происхождения нередко сопровождаются бредом, бессвязностью мыслительных функций. Для шизофрении характерно резонерство, разноплановость.

Дегенеративные болезни ЦНС. Мышление нарушается при деменции, атрофии, старческом слабоумии, болезни Альцгеймера, болезни Пика. Часто определяется снижение уровня обобщения, сложности абстрагирования.

Эпилепсия. Выраженность и характер расстройства зависят от тяжести заболевания. У большинства больных мышление становится инертным, обстоятельным.

Воспаление ЦНС. Чаще всего местом локализации воспалительного процесса являются мозговые оболочки. Нарушается продукция и отток спинномозговой жидкости, повышается внутричерепное давление. При энцефалитах поражается непосредственно мозговое вещество.

Опухоли мозга. Новообразование увеличивается в размерах, раздражающе воздействует на нервные центры, провоцирует атрофию клеток и волокон, ишемию. Выраженность патологии мышления определяется локализацией опухоли и стадией болезни.

Стрессы, неврозы. Сильное перенапряжение, эмоциональное потрясение, депрессия, тревога изменяют направленность и скорость мышления. Оно становится замедленным, сфокусированным на внутренних переживаниях.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Недоразвитие интеллектуальных функций возникает в результате разнообразных факторов, которые влияют на процесс созревания мозга ребенка. Заболевания,

которые проявляются нарушениями интеллекта:

• Дегенеративные заболевания мозга;

• Болезнь Альцгеймера;

• БолезньПаркинсона;

• Хроническая гидроцефалия;

• Болезнь Гентингтона;

• Вирусный энцефалит.

Кроме того, причиной может стать авитаминоз, психические

заболевания и депрессия. Авитаминозы: Пеллагра; Синдром Вернике- Корсакова; Авитаминоз B12; Эндокринные .

11. Способы выявления расстройств мышления и интеллекта.

Психометрические методы исследования памяти, внимания и интеллекта имеют наибольшее значение для диагностики органических поражений головного мозга, оценки степени отставания в психическом развитии. Чаще всего используемой характеристикой степени развития интеллекта является коэффициент IQ (интеллектуальный индекс).

Другой часто применяемой методикой являются прогрессивные матрицы Равена, использующие невербальные наборы символов и фигур, в расположении которых обследуемый должен выявить закономерности. Тест мало связан с

образованием человека, однако нередко его выполнение нарушается при

расстройстве внимания. Предварительная тренировка также искажает результаты.

Счет по Крепелину предполагает вычитание из 100 или 200 одного и того же числа (7 или 17).

Нарушения наблюдаются как при расстройствах оперативной памяти, так и при ослаблении интеллекта. Ухудшение результатов по мере выполнения задания

свидетельствует об истощаемости. Задания на классификацию заключаются в разделении большого количества объектов на наименьшее число групп. При нарушении способности к абстрагированию получается большое количество

мелких групп. На повреждение интеллекта указывает и конкретное толкование смысла пословиц и поговорок.

Метод пиктограммы(Л.С. Выгодский) заключается в попытке запоминания 10—15 слов и

абстрактных понятий посредством их изображения на рисунке без использования букв. Подбираются сюжеты в порядке возрастания степени абстракции, например веселый праздник, тяжелая работа,

болезнь, счастье, любовь, развитие, обман, подвиг, вражда, справедливость, дружба и пр. Анализируется объясняемая больным связь между рисунком и изображаемым понятием.

Выявляются уровень абстрагирования, стройность ассоциаций, опора на второстепенные признаки, эмоциональное отношение обследуемого к изображаемым понятиям.

12. Классификация и определения нарушений эмоций.

Эмоции– это процессы и состояния в форме непосредственного переживания

действующих на индивида явлений и событий. Возникновение эмоций происходит либо вследствие удовлетворения или неудовлетворения каких-либо потребностей человека, либо в связи с расхождением ожидаемых и реальных событий.

Расстройства эмоциональных состояний и свойств.

1. Нарушение выраженности (силы) эмоций.

1. Сензитивность (эмоциональная гиперестезия) – повышенная эмоциональная

чувствительность, ранимость. Может быть врожденным личностным свойством, особенно выраженным при психопатиях.

2. Эмоциональная холодность –нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодное отношение ко всем событиям, независимо от их эмоциональной значимости. Выявляется у психопатов, при шизофрении.

3. Эмоциональная тупость – слабость, обеднение эмоциональных проявлений и

контактов, оскуднение чувств, доходящее до безучастности. Встречается в рамках шизофренического дефекта.

4. Апатия – безразличие, полное отсутствие чувств, при котором не возникают

желания и побуждения. Чаще наблюдается чувственное притупление, при котором эмоции становятся тусклыми, бедными. Преимущественной эмоцией больных

является равнодушие. Встречается при шизофрении ( дефект) и грубых органических поражениях головного мозга, а так же может быть ведущим проявлением депрессивного синдрома.

2. Нарушение адекватности эмоций

1. Эмоциональная амбивалентность – одновременное сосуществование

антогонистических эмоций, обусловливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения. Симптом, встречающийся при шизофрении.

2. Эмоциональная неадекватность – возникновение эмоции, не соответствующей качественно, содержательно вызывающему ее раздражителю, пардоксальность

эмоций ( пациент с грустным лицом повествует о приятных впечатлениях). Так же встречается при шизофрении.

3. Нарушения устойчивости эмоций.

1. Эмоциональная лабильность – патологически неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации.

Патологически неустойчивое настроение характерно для астенического синдрома,

кроме того, может встречаться в рамках эмоционально-волевых расстройств при патологии личности.

2. Эксплозивность – повышенная эмоциональная возбудимость, при которой легко возникает переживание досады, гнева, вплоть до ярости, с агрессивными

поступками. Может возникнуть по незначительному поводу. Эксплозивность характерна для эмоционально-волевых расстройств при патологии личности, органических (травматических) поражениях головного мозга.

3. Слабодушие – состояние легко колеблющегося настроения по ничтожному поводу от слезливости до сентиментальности с умиленностью. Может сопровождаться

капризностью, раздражительностью, утомляемостью. Наблюдается при сосудистом поражении головного мозга, при соматогенной астении.

Расстройства настроения.

Патологически повышенное настроение.

1. Гипертимия – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («веселость, брызжущая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов. Гипертимия – основной симптом маниакальных синдромов.

2. Эйфория – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, препятствует

познавательным процессам. Эйфория встречается при интоксикациях (инфекционного, алкогольного и т.п. характера) .

3. Мория – веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием,

склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения. при глобальной деменции.

4. Экстаз – гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до исступленного восхищения, чувства прозрения, озарения. Часто сочетается с растерянностью, кататоническими проявлениями, онейроидным помрачением сознания.

Патологически пониженное настроение .

1) Гипотимия – болезненно пониженное настроение, переживаемое как, грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, щемление, чувство безысходности,

сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности,

беспомощности, суицидными мыслями и поступками. Такой тип расстройства настроения характерен для депрессивных синдромов.

2) Дисфория – болезненно пониженное настроение, сопровождающееся

раздражительно-тоскливо-злобным, мрачным чувством. Возникает и оканчивается внезапно. Может длиться часами или днями. Во время дисфории больные склонны к агрессивным действиям. Дисфории, преимущественно, наблюдаются у больных с

неблагоприятно текущей эпилепсией, при травматических и других органических поражениях головного мозга.

3) Тревога – гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством

томительного ожидания грядущей беды, отчаянием, опасениями за судьбу родных.Иногда тревога ощущается телесно с витальным оттенком, как зуд, внутренняя дрожь. Часто сочетается с двигательным ( психомоторным) возбуждением. Как

патологическое состояние тревога иррациональна и вызвана болезненными

психическими переживаниями, а не реальными событиями ( « что-то в мире должно

случиться», – пытается, к примеру, объяснить свое беспокойство пациент). Встречается при многих острых психозах ( острые параноидные психозы, синдромы помрачения

сознания), при депрессии ( тревожная депрессия). Тревожная окраска переживаний характерна для психопатологических состояний в пожилом возрасте. При неврозах ( тревожные расстройства) тревога носит менее выраженный характер, отсутсвует выраженное психомоторное возбуждение и сопровождается обильными вегетативными проявлениями ( вегетативная тревога).

4) Страх, как патологическое состояние - переживание сиюминутной опасности, с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания. Субъективно тяжело перносится.

Встречается как в рамках острых психозов ( бредовые психозы, ситндромы помрачения сознания), так и при неврозах навязчивых состояний в рамках фобий ( описаны выше).

***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).